(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
KAN BAĞIŞÇISI TIBBİ DEĞERLENDİRME VE KAN ALMA FORMU

Doküman Kodu: KBY.FR.030	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Buraya Alfanümerik veya Nümerik Kod İçeren Etiket Yapıştırılacaktır	**Kan Bağışı Yapılan Yer** ☐Kan Bağış Merkezi ☐Sivil Ekip Çalışması ☐Askeri Ekip Çalışması ☐Sabit Ekip Yeri ☐Transfüzyon Merkezi	**Kan Bağışı Tipi** ☐**Tam Kan Bağışı** ☐**Aferez Bağışı** ☐***Tromboferez*** ☐***Eritroferez*** ☐***Plazmaferez***

Kan Bağışı Öncesi Muayene ve Ölçüm Değerleri

Vücut Ağırlığı: …….. Kg	Nabız: ……. /dk	
Vücut Isısı: …… ºC	Kan Basıncı: …….. /…….. mmHg	
Hemoglobin: …….g/dL	Trombosit Sayısı: …….. x10⁹/L*	
Flebotomi Alanı Kontrolü ☐Uygun ☐ Değil	İlaç Etiketi Buraya Yapıştırılır**	Muayene ve Ölçüm Yapan Flebotomist
Kan Grubu*** ☐A ☐B ☐ 0 ☐RhD Pozitif ☐RhD Negatif		

* Tromboferez yapılacaksa ölçülmelidir, **Aspirin, Piroksikam veya diğer NSAI kullanımı varsa, İlaç Uyarı Etiketi yapıştırılır , ***Ön gruplama yapılıyorsa, yazılmalıdır.

Hekim Değerlendirmesi

☐ Kan Bağışı Yapabilir	☐ Ret veritabanı Kontrolü Yapıldı
☐ Kan Bağışı İçin Uygun Değildir ☐ Kalıcı Ret ☐ Geçici Ret ☐ Geçici Şartlı Ret	Kan Bağışçısı Reddedildiyse, Ret Nedeni ve Süresi: ……
Hekimin Düşünceleri:	Hekim Kaşe ve İmza

Flebotomi İşleminin Değerlendirmesi ☐ *Sorunsuz Tamamlandı* ☐ *İşlem Tamamlanamadı*

Tam Kan Bağışı İçin Bağış Süresi: ☐ <12 dk ☐ 12-15 dk ☐ >15 dk	Tam Kan Bağışı için Toplanan Kan Hacmi: ❒ 450 mL±%10 ❒ ≥300 ve<405mL ❒ <300 mL	İşlem Tamamlanamadı İse Nedeni:
Aferez İçin Bağış Süresi: .....Dk	Aferez İçin Hacim: Tromboferez ..... mL Eritroferez .....mL Plazmaferez .....mL	Flebotomiyi Yapan Flebotomist Kaşe ve İmza