(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN REAKSİYON DOĞRULAMA FORMU

Doküman Kodu: KBY.FR.036	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Kan Hizmet Biriminin Adı		
Reaksiyon Tanımı		
Reaksiyon Tarihi	. . / . . /	Reaksiyon İlişkilendirme Derecesi *(Imputabilite)**
Doğrulama Tarihi	. . / . . /	□ Değerlendirilemeyen
Bileşen ISBT No		□ 0 □ 1 □ 2 □ 3
Transfüzyon Tipi	□ Tam Kan □ Aferez	Reaksiyon Ciddiyet Derecesi*
Transfüzyon Tarihi	. . / . . /	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4
Transfüzyon Başlangıç Saati:		Transfüzyon Bitiş / Sonlandırma Saati:

İstenmeyen Reaksiyon □ Doğrulandı
□ Doğrulanmadı (açıklayınız):.....

İstenmeyen Reaksiyon Tipinin Değişmesi □ Değişmedi
□ Değişti (açıklayınız): .....
YENİ Reaksiyon Tipi:.....

İlişkilendirme Derecesi □ Değişmedi □ Değişti	Değişiklik Nedeni:….

YENİ İlişkilendirme Derecesi:
□ Değerlendirilemeyen □ 0 □ 1 □ 2 □ 3

Reaksiyonun Ciddiyet Derecesi □ Değişmedi □ Değişti	Değişiklik Nedeni:….

YENİ Ciddiyet Derecesi
□ 1 □ 2 □ 3 □ 4

Klinik Gidiş:
☐ Tamamen iyileşti
☐ Minör sekel (açıklayınız)
☐ Ciddi sekel (açıklayınız)
☐ Ölüm (açıklayınız)

Hastanın Hekimi **(Unvan Ad, Soyad, İmza Tarih)**	**Hemovijilans Koordinatörü** **(Unvan Ad, Soyad, İmza Tarih)**