(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
AFEREZ İŞLEM İZLEM FORMU

Doküman Kodu: KBY.FR.002	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 2

İŞLEM BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		**Protokol No**	
İşlem Tarihi		**Seans No**	
İşlem Türü		**Cihaz / Seri No**	
Kit Adı / Lot No		**Damar Yolu**	
Antikoagülan / Oran		**Replasman Sıvısı**	
Başlama Saati		**Bitiş Saati**	

İZLEM

Saat	Tansiyon	Nabız	Ateş	SpO_2	İşlenen Kan Hacmi	Giriş / Dönüş Akışı	Belirti (sitrat, vazovagal vb.)	Paraf

SIVI DENGESİ VE SONUÇ

Toplam İşlenen Kan Hacmi (ml)		**Uzaklaştırılan Hacim (ml)**	
Verilen Replasman (ml)		**Kullanılan Antikoagülan (ml)**	
Ürün Hacmi (kök hücre/bileşen)		**Sıvı Dengesi (ml)**	

UYGULANAN İLAÇLAR

Saat	İlaç	Doz	Yol	İsteyen Hekim	Uygulayan

İŞLEM SONU	Evet	Hayır	Açıklama
Kan geri dönüşü yapıldı	☐	☐	
Kateter bakımı yapıldı / damar yolu çıkarıldı	☐	☐	
İşlem sonrası gözlem yapıldı, vital bulgular normal	☐	☐	
Olumsuz olay yaşanmadı (yaşandıysa bildirim formu dolduruldu)	☐	☐	
Hasta bir sonraki seans hakkında bilgilendirildi	☐	☐	

İsteyen hekime geri bildirim yapıldı	☐	☐	

İşlemi Yapan Hemşire / Teknisyen	Aferez Hekimi
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Tarih / Saat:	Tarih / Saat:
İmza:	İmza:

Bu örnek doküman Prokalite tarafından hazırlanmıştır. Kurumunuzun yapısına, yürürlükteki mevzuata, Sağlık Bakanlığı rehberlerine ve güncel bilimsel kaynaklara göre uyarlanmalı; ilaç, doz ve süre bilgileri kurumun yetkili hekim ve eczacıları tarafından doğrulanmalıdır.