Prokalite
(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
AFEREZ İŞLEM İSTEM VE UYGUNLUK FORMU

Doküman Kodu: KBY.FR.001	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 2

HASTA / BAĞIŞÇI BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		**T.C. Kimlik No**	
Protokol No		**Doğum Tarihi / Yaş**	
Boy (cm) / Kilo (kg)		**Kan Grubu**	
Hasta / Bağışçı		**Alerji Öyküsü**	

İSTEM (işlemi isteyen hekim tarafından doldurulur)			
Tanı		**Endikasyon**	
İşlem Türü (plazma değişimi, sitaferez, kök hücre toplama vb.)		**Planlanan Seans Sayısı / Sıklığı**	
Replasman Sıvısı		**İşlenecek Hacim / Hedef**	
İsteyen Hekim / Birim		**İstem Tarihi**	

İŞLEM ÖNCESİ KONTROL (aferez hemşiresi)	**Evet**	**Hayır**	**Açıklama**
Hekim istemi var	☐	☐	
Kimlik iki tanımlayıcı ile doğrulandı	☐	☐	
Bağışçı sorgulama formu dolduruldu (bağışçılarda)	☐	☐	
Bilgilendirilmiş onam alındı	☐	☐	
Cihaz günlük kontrolleri yapıldı, cihaz uygun	☐	☐	
Kit, replasman sıvısı, ilaç ve malzemeler hazır	☐	☐	
İşlem öncesi tam kan sayımı yapıldı	☐	☐	

HEKİM DEĞERLENDİRMESİ (aferez hekimi)			
Muayene Bulguları		**Tansiyon / Nabız / Ateş**	
Hb / Hct / Trombosit		**Diğer Tetkikler**	
Kullandığı İlaçlar (ACE inhibitörü vb.)		**Damar Yolu (periferik / SVK gerekli)**	

İşlem uygundur	**İşlem uygun değildir**	**Gerekçe / Açıklama**
☐	☐	

İsteyen Hekim	**Aferez Hekimi (uygunluk onayı)**	**Aferez Hemşiresi**
Adı Soyadı: Tarih / Saat: İmza:	Adı Soyadı: Tarih / Saat: İmza:	Adı Soyadı: Tarih / Saat: 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.