(Logonuz Burada)

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

Doküman Kodu: KBY.FR.014	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Kan Hizmet Biriminin Adı		
Reaksiyon Tanımı		
Reaksiyon Tarihi	. . / . . /	İlişkilendirme Derecesi *(Imputabilite)**
Doğrulama Tarihi	. . / . . /	□ Değerlendirilemeyen
Bağış Numarası		□ 0 □ 1 □ 2 □ 3
Bağışçı Cinsiyeti	□ Kadın □ Erkek	
Bağış Tipi	□ Tam Kan □ Aferez	İstenmeyen Reaksiyonun CiddiyetDerecesi*
Bağış Tarihi	. . / . . /	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4
Bağış Başlangıç Saati:		Bağış 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

İstenmeyen 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)

BAĞIŞTAN SORUMLU DOKTOR (Unvan Ad, Soyad, İmza Tarih)	HEMOVİJİLANS SORUMLUSU (Unvan Ad, Soyad, İmza Tarih)

(*) Bakınız; Ulusal Hemovijilans Rehberi