(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** KAN BİLEŞENİ TRANSFER VE TRANSFÜZYON İZLEM FORMU	

Doküman Kodu: KBY.FR.010	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 2

HASTA BİLGİLERİ			
Adı ve Soyadı:		İstek tarihi	
Protokol No:		İstek Yapan Klinik	
TC. Kimlik No:		İstenen Bileşen	
Doğum Tarihi :		Hasta Kan grubu	
Cinsiyeti:	□ K □ E		

BİLEŞEN BİLGİLERİ		
Bileşen ISBT No:	Bileşen ABO/Rh Grubu:	Bileşen Miktarı: .....ml
□ Tam kan	□ Aferez eritrosit konsantresi	□ Taze Plazma
□ Eritrosit konsantresi	□ Aferez trombosit konsantresi	□ Kriyopresipitat
□ Trombosit konsantresi	□ Aferez granülosit konsantresi	□ Kriyopresipitatı uzaklaştırılmış plazma
□ Taze Donmuş Plazma	□ Diğer:	

BİLEŞEN ÖZELLİKLERİ		
Çapraz □ Uygun □ Uygun değil □ Yapılmadı	□ Işınlanmış	□ CMV Negatif
Hasta başı filtrasyon □ Var □ Yok	□ Yıkanmış	□ HLA uygun
□ Buffy coat uzaklaştırılmış	□ Bölünmüş	□ Otolog
□ Lökosit azaltılmış	□ Diğer eritrosit antijenleri uygun; (Hangi eritrosit antijenlerinin uygun olduğu belirtilecektir)	

TEDARİKÇİ BİLGİLERİ □ .....Bölge Kan Merkezi □ Hastane Transfüzyon Merkezi □ Diğer:

TRANSFER ÖNCESİ BİLEŞEN KONTROLÜ	
Bileşen renk kontrolü	□ Uygun □ Uygun değil
Pıhtı	□ Yok □ Var
Hemoliz	□ Yok □ Var
Son kullanma tarihi	□ Uygun □ Uygun değil

BİLEŞEN TRANSFER BİLGİLER
İstemi karşılayan/teslim eden personelin Adı-Soyadı, imzası:
Bileşenin Transfüzyon Merkezinden Çıkış Tarihi: ...../...../..... Saati .....
Transferi yapan personelin Adı-Soyadı, imzası:
Klinikte teslim alan personelin Adı-Soyadı, imzası
Bileşenin Kliniğe Geliş Tarihi: ...../...../..... Saati: .....

TRANSFÜZYON ÖNCESİ KONTROL/ONAY					
TRANSFÜZYON BİLGİ KONTROLÜ	1.Kişi (Hemşire)	2.Kişi (Hekim)	BİLEŞEN KONTROLÜ	1.Kişi (Hemşire)	2.Kişi (Hekim)
Hasta kimlik kontrolü	□ Yapıldı	□ Yapıldı	Bileşen renk kontrolü	□ Uygun □ Uygun Değil	□ Uygun □ Uygun Değil
Hasta/Bileşen kan grubu kontrolü	□ Yapıldı	□ Yapıldı	Pıhtı	□ YOK □ VAR	□ YOK □ VAR
Çapraz Karşılaştırma Kontrolü	□ Yapıldı	□ Yapıldı	Hemoliz	□ YOK □ VAR	□ YOK □ VAR
Bileşen Numarası Kontrolü	□ Yapıldı	□ Yapıldı	Son Kullanma Tarihi	□ Uygun □ Uygun Değil	□ Uygun □ Uygun Değil
KONTROL EDENLER	HEKİM /KAŞE-İMZA			HEMŞİRE /KAŞE-İMZA	

TRANSFÜZYON PLANI	
Transfüzyon Tarihi: ..... Transfüzyon Başlangıç Saati:	Transfüzyon Hızı / Süresi: ..... / ..... (Transfüzyon öncesi her hastanın kilosu, yaşı, altta yatan hastalığı, ko-morbiditesi değerlendirilerek ideal transfüzyon hızı ve süresi hekim tarafından belirlenmelidir) Hekim Kaşe İmza

TRANSFÜZYON İZLEMİ								
Saat	Süre	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Beden ısısı	Diğer	Müdahale (Varsa)	İzleyen Hemşire

	0.dk							
	15.dk							
	45.dk							
	1.saat 15. dk							
	1.saat 45. dk							
	2.saat 15. dk							
	2.saat 45. dk							
	3.saat 15. dk							
	3.saat 45. dk							

Transfüzyon Bitiş/Sonlandırma Saati	…...	Transfüzyon □ Tamamlandı □ Tamamlanamadı, nedeni..... □ Tamamlanamadı, nedeni.....
Transfüze Edilen Bileşen Miktarı (ml)	…….	İstenmeyen Olay/Reaksiyon □ YOK □ VAR

NOT: Transfüzyon izlemi, 0. dk, ilk 15 dakikası hasta başından ayrılmamak kaydı ile ve transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları takip edilerek yapılmalıdır. Transfüzyon bitiminde
ve bitiminden 1 saat sonra hastanın vital bulguları mutlak takip edilmelidir.

TRANSFÜZYON REAKSİYONU ŞÜPHESİ OLDU İSE;

- Transfüzyonu durdur, ilgili hekime haber ver.
- Hastanın damar yolunu serum fizyolojik ile açık tut.
- Bileşen ve hasta bilgilerini kontrol et.
- Hastadan yeni kan örneği al.
- Hastaya verilen kan ve kan bileşeni ile birlikte giden sıvıları sakla.
- Kan merkezini haberdar et. Tel: .....