(Logonuz Burada)

**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)**
COVID 19 İMMÜN PLAZMA (İP) TEDAVİSİ TAKİP FORMU



| ***Hastanın*** | | |
|---|---|---|
| **Adı-Soyadı (ilk Harfleri)** | | |
| **TC Numarası** | | |
| **Doğum Tarihi** | ...../...../..... | **Cinsiyeti** KADIN ERKEK |
| **COVID-19 Tanı** | Kesin (PCR +) Olası (klinik/radyolojik bulgular +, PCR bekleniyor) | |
| **Kan Grubu** *En az 2 kez 2 farklı numuneden bakılmış kan grubu sonucu | | |

**COVID-19 İMMÜN PLAZMA ENDİKASYONU**

**(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)**
Düşmeyen Ateş .....gün Dispne
Takipne (Solunum sayısı > 30/dakika) Solunum Sayısı ..... /dakika
$PaO_2$ / $FiO_2$ <300 mm Hg
5 litre/dakika ve üstünde nazal oksijen desteğine rağmen oksijen saturasyonu <%90
5 litre/dakika ve üstünde nazal oksijen desteğine rağmen parsiyel oksijen basıncı <70 mmHg Mekanik ventilasyon ihtiyacı var Non-invaziv İnvaziv
SOFA skoru .....
Vazopressör ihtiyacı var Şok tablosu
Diğer kötü prognoz parametreleri var
Lenfopeni < %20 ferritin > 1000 ug/L CRP > 30 mg/L D-Dimer > 4 ng/ml
Prognozu ve sağkalımı olumsuz etkileyecek eşlik eden hastalık var mı?
Hipertansiyon Diabetes Mellitus Kardiyovasküler Hastalıklar
Malignite KOAH Sigara
Diğer (açıklayınız) .....

**COVID-19 İMMÜN PLAZMA TRANSFÜZYONU**

Konsey Kararı
**Hasta Onamı** Hastadan Alındı Hasta Yakınından Alındı

**İlk semptomun ortaya çıktığı tarih (hastalık başlangıcı)** ..../..../.....

**Hastaneye Yatış Tarihi** ..../..../.....

**Yoğun Bakım Ünitesine yatış tarihi** ..../..../.....

| | |
|---|---|
| COVID-19 IP 1. Ünite No ..... | Transfüzyon Tarihi ...../...../ 20..... |
| COVID-19 IP 2. Ünite No..... | Transfüzyon Tarihi ...../...../ 20..... |
| COVID-19 IP 3. Ünite No..... | Transfüzyon Tarihi ...../...../ 20..... |

* Önerilen tedavi dozu 1-2 ünitedir ve 48 saat ara ile uygulanır. Gerektiği takdirde, 3. Doz 96. saatte uygulanır.

| **Bulgular** | **İmmün Plazma Tedavi Öncesi** | **Tedavinin 48. Saatinde** | **Tedavinin 96. Saatinde** | **Tedavinin 7. Günü** | **Taburculuk** |
|---|---|---|---|---|---|
| Ateş | | | | | |
| Kan basıncı | | | | | |
| Nabız | | | | | |
| O2 saturasyonu | | | | | |
| $FiO_2$ | | | | | |
| $PaO_2$ | | | | | |
| Nötrofil Sayısı | | | | | |
| Lenfosit Sayısı | | | | | |
| CRP/hsCRP | | | | | |
| Ferritin | | | | | |
| Prokalsitonin | | | | | |
| LDH | | | | | |
| D-dimer | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vazopressör İhtiyacı | | | | | |
| SOFA skoru | | | | | |
| PCR | | | | | |
| COVID-19 Spesifik Antikor Titresi* (bakılabilirse) | IgM:<br>IgG: | | | | IgM:<br>IgG: |
| AC-BT Bulgusu | Stabil<br>Gerileme<br>Progresyon | | | | Stabil<br>Gerileme<br>Progresyon |
| Mekanik Ventilasyon | | | | | |

| | |
|---|---|
| Hastaned Yatış Süresi gün<br>Mekanik Ventilasyonda Kalma Süresi gün | Akut Bakımda Yatış Süresi gün<br>Yoğun Bakımda Yatış Süresi gün |

**Hastanın COVID-19 IP ile birlikte aldığı diğer tedaviler**
☐ Antiviral : Antienflamatuar :
Antibakteriyel : Diğer :

| | |
|---|---|
| **Sonuç** | Sağkalım (iyileşme) Eksitus |