

		KAN BİLEŞENİ TRANSFER VE TRANSFÜZYON İZLEM FORMU	Doküman No:	TRF.FR.03
			Yürürlük Tarihi:	12.10.2009
			Revizyon No:	5
			Revizyon Tarihi:	15.11.2013
			Sayfa No:	1/1

Adı-Soyadı		İstek tarihi	
Doğum Tarihi		Planlanan transfüzyon tarihi-saati	
Protokol No		Planlanan verilış süresi	
Kimlik No		Ön tanı	
Servisi		Servis	
KAN GRUBU		İstemde bulunan hekim	
TORBA NO		Ad/Soyad/İmza/Kaşe	

TRANSFÜZYONU YAPILACAK KAN ÜRÜNÜ				TRANSFÜZYON MERKEZİ TEKNİSYENİ TARAFINDAN DOLDURULACAK			
KAN ÜRÜNÜ	ADET	ÜRÜN NO	SON KULL. TARİHİ	HASTANIN KAN GRUBU			CROSS MATCH
TAM KAN				ÜRÜN TÜRÜ/HACMI			UYGUN
ERİTROSİT SÜSPANSİYONU				ÜRÜN NO			UYGUN DEĞİL
TAZE DONMUŞ PLAZMA				DONÖR KAN GRUBU			ÇIKIŞ SAATİ
TROMBOSİT SÜSPANSİYONU				ÜRÜNÜN ALINDIĞI YER			
KRİYOPRESİPİTAT				ÜRÜN SON KUL. TARİHİ			İMZA
DİĞER				ÜRÜNÜ GÖNDEREN AD/SOYAD			

HASTA İÇİN İSTENEN TETKİKLER		TRANSFÜZYON ÖNCESİ KONTROLLER		KONTROL EDEN	
KAN GRUBU	İNDİREKT COOMBS	HASTANIN KİMLİĞİNİ DOĞRULA			
CROSS MATCH	SOĞUK AGLUTİN	HASTANIN KANGRUBUNU KONTROL ET			
ANTİKOR TARAMA	ANTİ A TİTRESİ	TORBA ÜZERİNDEKİ BİLGİLER (ÜRÜNTÜRÜ, TORBA NO,SKT) FORM İLE UYUMLUDUR			
DİREKT COOMBS	ANTİ B TİTRESİ				
HBSAG	HEMOGRAM	HASTA ADINA CROSS MATCH YAPILDIĞINI KONTROL ET			
ANTİ HCV	VDRL	TRANSFÜZYON İÇİN ONAY AL ,DAMAR YOLU AÇ			
ANTİ HIV	DİĞER	KAN VE KAN ÜRÜNÜNÜN SKT GEÇMEMİŞ			

TRANSFÜZYON SIRASINDA									
TRANSFÜZYON BAŞLAMA SAATİ					TRANSFÜZYON BİTİŞ SAATİ				
	Transfüz Öncesi	Transfüzyon 15'Dk	Transfüz 30'dk	Transfüzyon 60'dk	Transfüzyon 90'dk	Transfüzyon 120'dk	Transfüz 150'dk	Transf 180'dk	Transfüzyon Sonu
Ateş									
Nabız									
Solunum									
Tansiyon									
Saturasyon									
Hemşire									

REAKSİYON OLDU İSE AŞAĞIDAKİ KUTULardan SEÇİNİZ									
TİTREME	TAŞİPNE	KUSMA	BAŞ AĞRISI	BİLİNÇ KAYBI					
BALGAMSIZ ÖKSÜRÜK	SIYANOZ	TAŞİKARDİ	GÖĞÜS AĞRISI	ŞOK					
ÜRTİKER	RALL	BEL AĞRISI	YAN AĞRISI	DİĞER					
HİPOTANSİYON	ATEŞ	ÖDEM	VENÖZ DOLGUNLUK	TRANSFÜZYON SONLANDIRMA ANINA KADAR VERİLEN ÜRÜNÜN MİKTARI					
BAŞ DÖNMESİ	KIZARIKLİK	ANURİ	PARMAKLARDA AĞRI ML					
DİSPNE	BULANTI	HEMATÜRİ	KARIN KRAMPLARI						

REAKSİYON OLDU İSE

*Transfüzyonu durdur, hastanın damar yolundan %0,9 NaCl uygulayınız.*Hastanın doktoruna bilgi veriniz.*Hastanın kimliğini tekrar kontrol ediniz.

*Kan ürünü ve hastanın ABO ve RH grubunu tekrar kontrol ediniz. Kan komponentini, kan verme setini ve beraberinde verilen sıvıları atmayınız.

*Kan bankası reaksiyon hakkında bilgilendiriniz.*Görüşülen kişinin Adı-Soyadı ve görüşme saatini kayıt ediniz

TRANSFÜZYONU UYGULAYAN

Adı – Soyadı / Saati

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
------------	--------------	-----------