



T.C.ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TRANSFÜZYON HİZMETLERİ KAN VE KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYONU İZLEM FORMU



Klinik:	HASTA BİLGİLERİ				Sorumlu doktor:			Hasta Kan Grubu																				
Transfüzyon tarihi:	Adı soyadı:		Protokol no:		Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E	Yaş:	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> O																
KAN VE KAN ÜRÜNÜ BİLGİLERİ													<input type="checkbox"/> Rh(+) <input type="checkbox"/> Rh(-)															
1. Kan Ürünü			2. Kan Ürünü				3. Kan Ürünü																					
<input type="checkbox"/> Taze donmuş plazma	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> Taze donmuş plazma	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> Taze donmuş plazma	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> O	Transfüzyon başlangıcında ilk 15 dk hasta başından ayrılmamalıdır. Transfüzyon boyunca her 30 dk da bir hastanın vital bulguları kontrol edilir. Transfüzyon reaksiyonu şüphesi varsa ✓ Transfüzyonu durdurup hekime haber veriniz. ✓ Hastanın damar yolunu serum fizyolojik ile açık tutunuz. ✓ Hastadan yeni kan örneği alarak reaksiyona neden olan kan ürünü ile giden sıvıları saklayınız ✓ Mesai saatlerinde Hemovijilans ünitesini (22356),diğer zamanlarda ise kan merkezini (22354)arayınız.													
<input type="checkbox"/> Kriyopresipitat	<input type="checkbox"/> Rh(+)		<input type="checkbox"/> Rh(-)		<input type="checkbox"/> Kriyopresipitat	<input type="checkbox"/> Rh(+)		<input type="checkbox"/> Rh(-)		<input type="checkbox"/> Kriyopresipitat	<input type="checkbox"/> Rh(+)		<input type="checkbox"/> Rh(-)															
<input type="checkbox"/> Eritrosit süsp.	<input type="checkbox"/> Işınlanmış		<input type="checkbox"/> Lökosit azaltılmış		<input type="checkbox"/> Eritrosit süsp.	<input type="checkbox"/> Işınlanmış		<input type="checkbox"/> Lökosit azaltılmış		<input type="checkbox"/> Eritrosit süsp.	<input type="checkbox"/> Işınlanmış		<input type="checkbox"/> Lökosit azaltılmış															
<input type="checkbox"/> Trombosit süsp.	<input type="checkbox"/> Aferez		<input type="checkbox"/> Havuzlanmış		<input type="checkbox"/> Trombosit süsp.	<input type="checkbox"/> Aferez		<input type="checkbox"/> Havuzlanmış		<input type="checkbox"/> Trombosit süsp.	<input type="checkbox"/> Aferez		<input type="checkbox"/> Havuzlanmış															
<input type="checkbox"/> Diğer:	1. Kan Seri no:				<input type="checkbox"/> Diğer:	2. Kan Seri no:				<input type="checkbox"/> Diğer:	3. Kan Seri no:																	
Son kul. tarihi:			Son kul. tarihi:				Son kul. tarihi:																					
TRANSFÜZYON ÖNCESİ KONTROL / ONAY			TRANSFÜZYON ÖNCESİ KONTROL / ONAY				TRANSFÜZYON ÖNCESİ KONTROL / ONAY																					
<input type="checkbox"/> Hasta kimlik kontrolü			<input type="checkbox"/> Hasta kimlik kontrolü				<input type="checkbox"/> Hasta kimlik kontrolü																					
<input type="checkbox"/> Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü			<input type="checkbox"/> Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü				<input type="checkbox"/> Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü																					
<input type="checkbox"/> Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü			<input type="checkbox"/> Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü				<input type="checkbox"/> Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü																					
Renk değişikliği		Pıhtı		Hemoliz		Renk değişikliği		Pıhtı		Hemoliz		Renk değişikliği		Pıhtı		Hemoliz		Renk değişikliği, pıhtı, Hemoliz <input type="checkbox"/> VAR ise lütfen kan ürününü Kan Merkezine geri gönderiniz.										
<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK											
Kan ürününü kontrol eden 1. Kişi Adı Soyadı İmza		Kan ürününü kontrol eden 2. Kişi Adı Soyadı İmza		Kan ürününü kontrol eden 1. Kişi Adı Soyadı İmza		Kan ürününü kontrol eden 2. Kişi Adı Soyadı İmza		Kan ürününü kontrol eden 1. Kişi Adı Soyadı İmza		Kan ürününü kontrol eden 2. Kişi Adı Soyadı İmza		Kan ürününü kontrol eden 1. Kişi Adı Soyadı İmza		Kan ürününü kontrol eden 2. Kişi Adı Soyadı İmza														
1. KAN ÜRÜNÜ TRANSFÜZYON İZLEMİ			2. KAN ÜRÜNÜ TRANSFÜZYON İZLEMİ				3. KAN ÜRÜNÜ TRANSFÜZYON İZLEMİ						Max.		4 saat		60dk.		30 dk.		KAN VE KAN ÜRÜNLERİNİN UYGULANMA SÜRELERİ Eritrosit süsp. Trombosit süsp. Taze donmuş plazma Kriyopresipitat							
Saat	Süre	Ateş	Nabız	Sol.	Kan basıncı	SPO ₂	Saat	Süre	Ateş	Nabız	Sol.	Kan basıncı	SPO ₂	Saat	Süre	Ateş	Nabız	Sol.	Kan basıncı	SPO ₂			Min.	1 saat	30 dk.	15 dk.	Hızlı inf.	
	0 dk							0 dk							0 dk													
	15 dk							15 dk							15 dk													
	45 dk							45 dk							45 dk													
	1 s 15 dk							1 s 15 dk							1 s 15 dk													
	1 s 45 dk							1 s 45 dk							1 s 45 dk													
	2 s 15 dk							2 s 15 dk							2 s 15 dk													
	2 s 45 dk							2 s 45 dk							2 s 45 dk													
	3 s 15 dk							3 s 15 dk							3 s 15 dk													
	3 s 45 dk							3 s 45 dk							3 s 45 dk													
Transf. Başlama / Sonlandırma Saati:		Transfüze edilen miktar:		Transf. Başlama / Sonlandırma Saati:		Transfüze edilen miktar:		Transf. Başlama / Sonlandırma Saati:		Transfüze edilen miktar:		Transf. Başlama / Sonlandırma Saati:		Transfüze edilen miktar:						REAKSİYON <input type="checkbox"/> VAR ise Transfüzyon ile ilişkili şüpheli istenmeyen reaksiyon formunu doldurunuz! Kan ürününü imha veya örnek alınması için lütfen kan merkezine gönderiniz!								
İstenmeyen olay / Reaksiyon		<input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR		İstenmeyen olay / Reaksiyon		<input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR		İstenmeyen olay / Reaksiyon		<input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR		İstenmeyen olay / Reaksiyon		<input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR														