

TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ ŞÜPHELİ İSTENMEYEN REAKSİYON FORMU

HASTA BİLGİLERİ								
Ad,Soyad				Kan Grubu				
Protokol No		Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E				
TC Kimlik No		Yaş						
Transfüzyon Tarihi	/	/	Başlangıç Saati	Bitiş/Sonlandırma saati				
BİLEŞEN BİLGİLERİ								
Bileşen no:.....		Bileşen ABO/Rh						
<input type="checkbox"/>	Tam Kan	<input type="checkbox"/>	Aferez Eritrosit Konsantresi	<input type="checkbox"/>	Taze Plazma			
<input type="checkbox"/>	Eritrosit Konsantresi	<input type="checkbox"/>	Aferez Trombosit Konsantresi	<input type="checkbox"/>	Kriyopresipitatu Uzaklaştırılmış Plazma			
<input type="checkbox"/>	Trombosit Konsantresi	<input type="checkbox"/>	Aferez Granülosit Konsantresi	<input type="checkbox"/>	Kriyopresipitat			
<input type="checkbox"/>	Taze Donmuş Plazma (TDP)	<input type="checkbox"/>	Diğer:					
BİLEŞEN ÖZELLİKLERİ								
<input type="checkbox"/>	Çapraz Karşılaştırma YOK	<input type="checkbox"/>	Işınlanmış	<input type="checkbox"/>	Hasta Başı Filtrasyon VAR			
<input type="checkbox"/>	Buffy Coat Uzaklaştırılmış	<input type="checkbox"/>	Yıkılmış	<input type="checkbox"/>	CMV Negatif			
<input type="checkbox"/>	Lökosit Azaltılmış	<input type="checkbox"/>	Bölünmüş	<input type="checkbox"/>	HLA uygun			
<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otolog			
TEDARİKÇİ BİLGİLERİ								
<input type="checkbox"/>Bölge KM		<input type="checkbox"/> Hastane Kan Merkezi	<input type="checkbox"/> Diğer:					
BELİRTİ VE BULGULAR								
BELİRTİLER			KAN ANALİZLERİ					
<input type="checkbox"/>	Ateş	<input type="checkbox"/>	Baş Ağrısı	<input type="checkbox"/>	Retikulositoz	<input type="checkbox"/>	İndirekt Hiperbilirubinemi	
<input type="checkbox"/>	Üşüme	<input type="checkbox"/>	Göğüs Ağrısı	<input type="checkbox"/>	Hemoglobin düzeyi	<input type="checkbox"/>	Serbest Hemoglobin Varlığı	
<input type="checkbox"/>	Titreme	<input type="checkbox"/>	Karın Ağrısı	<input type="checkbox"/>	Haptoglobulin düzeyi	<input type="checkbox"/>	LDH Düzeyi	
<input type="checkbox"/>	Huzursuzluk	<input type="checkbox"/>	Sırt Ağrısı	<input type="checkbox"/>	O2 satürasyonu	<input type="checkbox"/>	Ferritin Düzeyi	
<input type="checkbox"/>	Hipertansiyon	<input type="checkbox"/>	Bel Ağrısı	<input type="checkbox"/>	İyonize kalsiyum	<input type="checkbox"/>	BNP Düzeyi	
<input type="checkbox"/>	Hipotansiyon	<input type="checkbox"/>	İnfüzyon Yerinde Ağrı	<input type="checkbox"/>	IgA	<input type="checkbox"/>	Hiperpotasemi	
<input type="checkbox"/>	Bilinç Kaybı	<input type="checkbox"/>	Şok	<input type="checkbox"/>	HPA Antikorları Pozitifliği			
<input type="checkbox"/>	Kaşıntı	<input type="checkbox"/>	Öksürük	<input type="checkbox"/>	Direk Coombs Pozitifliği			
<input type="checkbox"/>	Kızarıklık	<input type="checkbox"/>	Hışırtı	<input type="checkbox"/>	İndirekt Coombs Pozitifliği (Saptanan antikorlar.....)			
<input type="checkbox"/>	Döküntü	<input type="checkbox"/>	Dispne	İDRAR ANALİZLERİ				
<input type="checkbox"/>	Ürtiker	<input type="checkbox"/>	Disfoni	<input type="checkbox"/>	Hemoglobinüri	<input type="checkbox"/>	Bilirubinüri	
<input type="checkbox"/>	Sarıklık	<input type="checkbox"/>	Disfaji	<input type="checkbox"/>	Hemosiderinüri	<input type="checkbox"/>	Ürobilinojen	
<input type="checkbox"/>	Solukluk	<input type="checkbox"/>	Oligoanüri	DİĞER İNCELEMELER				
<input type="checkbox"/>	Hipotoni	<input type="checkbox"/>	Stridor	<input type="checkbox"/>	Anormal EKG	<input type="checkbox"/>	Anormal Akciğer Grafisi	
<input type="checkbox"/>	Bulantı	<input type="checkbox"/>	Oligoanüri	<input type="checkbox"/>	Anormal EKO	<input type="checkbox"/>	Biyopsi bulguları	
<input type="checkbox"/>	Kusma	<input type="checkbox"/>	Koyu renk idrar	<input type="checkbox"/>	Diğer:			
<input type="checkbox"/>	Diyare	<input type="checkbox"/>	Kanama	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	Halsizlik	<input type="checkbox"/>	Kollaps	<input type="checkbox"/>				
İSTENMEYEN REAKSİYONLAR*								
<input type="checkbox"/>	(A1) Akut Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu	<input type="checkbox"/>	(A11) Hipokalsemi/Sitrat Toksikitesi					
<input type="checkbox"/>	(A2) FNHTR	<input type="checkbox"/>	(A12) Hipotermi					
<input type="checkbox"/>	(A3) Hafif Allerjik Reaksiyon	<input type="checkbox"/>	(A13) Hiperkalemi					
<input type="checkbox"/>	(A4) Anafilaktik Reaksiyon	<input type="checkbox"/>	(G1) Gecikmiş Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu					
<input type="checkbox"/>	(A5) TRALI	<input type="checkbox"/>	(G2) TA-GVHD					
<input type="checkbox"/>	(A6) TACO	<input type="checkbox"/>	(G3) Transfüzyon Sonrası Purpura					
<input type="checkbox"/>	(A7) TAD	<input type="checkbox"/>	(G4) Transfüzyon ile İlişkili Viral Enfeksiyon					
<input type="checkbox"/>	(A8) Hipotansif Transfüzyon reaksiyonu	<input type="checkbox"/>	(G5) Transfüzyon ile İlişkili Paraziter Enfeksiyon					
<input type="checkbox"/>	(A9) Transfüzyon ilişkili Sepsis	<input type="checkbox"/>	(G6) Hemosiderozis					
<input type="checkbox"/>	(A10) Hava embolisi	<input type="checkbox"/>	(G7) Gecikmiş Serolojik Transfüzyon Reaksiyonu					
<input type="checkbox"/>	(X) Tanımlanamayan Transfüzyon Reaksiyonu							
BİLDİRİMİ YAPAN								
Klinik	Hemşire, Adı Soyadı			Hekim, Adı Soyadı				
Tarih	İmza			İmza				

* Hemovijilans Rehberi esas alınarak her reaksiyon bildirimini için tek bir seçenek işaretlenecektir.