

TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN REAKSİYON İNCELEME VE TEDAVİ FORMU

HASTA BİLGİLERİ				Bileklik barkodu yapıştırınız
Ad, Soyad				
Klinik		Tanı		
TRANSFÜZYON BİLGİLERİ				
Tarihi	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Transfüzyon Miktarı	
Doğru Hasta <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğru Bileşen <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> ÇK Uygun <input type="checkbox"/> ÇK Uygunsuz <input type="checkbox"/> ÇK Yok				
Öncesinde ateş (son 24 saat) <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eş zamanlı sıvı infüzyonu <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eşlik eden tedavi: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Tarihi	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Transfüzyon Miktarı	
Doğru Hasta <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğru Bileşen <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> ÇK Uygun <input type="checkbox"/> ÇK Uygunsuz <input type="checkbox"/> ÇK Yok				
Öncesinde ateş (son 24 saat) <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eş zamanlı sıvı infüzyonu <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eşlik eden tedavi: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Tarihi	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Transfüzyon Miktarı	
Doğru Hasta <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğru Bileşen <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> ÇK Uygun <input type="checkbox"/> ÇK Uygunsuz <input type="checkbox"/> ÇK Yok				
Öncesinde ateş (son 24 saat) (Belirtiniz):				
Eş zamanlı sıvı infüzyonu <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eşlik eden tedavi: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
TEDAVİ BİLGİLERİ				İstenmeyen Reaksiyon Kodu:
<input type="checkbox"/> Adrenalin <input type="checkbox"/> Kortikosteroid <input type="checkbox"/> Antipiretik <input type="checkbox"/> Oksijen <input type="checkbox"/> Diüretik <input type="checkbox"/> Antihistaminik <input type="checkbox"/> Analjezik <input type="checkbox"/> TDP <input type="checkbox"/> Antibiyotik (Belirtiniz): <input type="checkbox"/> Diğer:.....				Hekim Kaşe İmza
TRANSFÜZYON SÜRECİNİN KLİNİK KONTROLÜ				
Reaksiyon sonrası hastadan örnek alındı mı?		Transfüzyon izlem formu dolduruldu mu? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Mor kapaklı (EDTA'lı) tüp ile kan örneği <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		İstenmeyen reaksiyon formu dolduruldu mu? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Mavi kapaklı (sitratl) tüp ile kan örneği <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		TM gönderilmek üzere bileşen/ler seti ile birlikte saklandı mı? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Kırmızı kapaklı (düz) tüp ile kan örneği <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Klinik tarafından transfüzyon öncesi sürece ilişkin bir hata saptandı mı? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
İdrar kabı ile idrar örneği <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Yanıtınız evet ise açıklayınız:		
Kan kültür şişesi ile hemokültür <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E				
Diğer tetkikler için örnek (Belirtiniz):				
HEMOVİJILANS HEMŞİRESİ / KOORDİNATÖRÜ KONTROLÜ				
Hasta Kan Grubu /ABO/Rh Yeni Örnek İle		Çapraz Karşılaştırma Yeni Örnek İle		
Tekrarlandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Tekrarlandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Doğrulandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Doğrulandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Transfüzyon öncesi sürece ilişkin bir hata saptandı mı? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E				
Yanıtınız evet ise açıklayınız: <input type="checkbox"/> Klinik hatası <input type="checkbox"/> TM hatası <input type="checkbox"/> BKM hatası				