

TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ ŞÜPHELİ İSTENMEYEN REAKSİYON HIZLI BİLDİRİM FORMU

Kan Hizmet Biriminin Adı			
Hasta Bilgileri	Cinsiyet <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	Yaş	Kan Grubu
Transfüzyon Tarihi: / /	Başlangıç Saati:.....		Bitiş/Sonlandırma Saati:.....
İstenmeyen Ciddi Reaksiyon Tarihi / /	Rapor Etme Tarihi / /		Reaksiyon Kodu:
BİLEŞEN BİLGİLERİ			
Bileşen no:*		Bileşen ABO/Rh	
<input type="checkbox"/> Tam kan	<input type="checkbox"/> Trombosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Kriyopresipitat	
<input type="checkbox"/> Eritrosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Taze Donmuş Plazma	<input type="checkbox"/> Kriyopresipitatu Uzaklaştırılmış Plazma	
<input type="checkbox"/> Aferez Eritrosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Taze Plazma	<input type="checkbox"/> Aferez Granülosit Konsantresi	
<input type="checkbox"/> Aferez Trombosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Diğer:		
BİLEŞEN ÖZELLİKLERİ			
<input type="checkbox"/> Lökosit azaltılmış	<input type="checkbox"/> Işınlanmış	<input type="checkbox"/> Buffy Coat Uzaklaştırılmış	
<input type="checkbox"/> Hasta başı filtrasyon VAR	<input type="checkbox"/> Yıkılmış	<input type="checkbox"/> CMV Negatif	
<input type="checkbox"/> Çapraz karşılaştırma YOK	<input type="checkbox"/> Bölünmüş	<input type="checkbox"/> HLA uygun	
<input type="checkbox"/> Diğer Eritrosit Antijenleri; Uygun** :		<input type="checkbox"/> Otolog	
<input type="checkbox"/> Diğer;			
TEDARİKÇİ BİLGİLERİ			
<input type="checkbox"/>Bölge KM	<input type="checkbox"/> Hastane TM	<input type="checkbox"/> Diğer:	
İSTENMEYEN REAKSİYONLAR			
<input type="checkbox"/> ABO Uyumsuzluğundan Kaynaklanan İmmünolojik Hemoliz	<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Virüs Enfeksiyonu (HBV)		
<input type="checkbox"/> İmmünolojik Olmayan Hemoliz	<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Virüs Enfeksiyonu (HCV)		
<input type="checkbox"/> Alloantikordardan Kaynaklanan İmmünolojik Hemoliz	<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Virüs Enfeksiyonu (HIV-1/2)		
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ilişkili Akut Akciğer Hasarı (TRALI)	<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Virüs Enfeksiyonu (Diğer):		
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Dolaşım Yüklenmesi (TACO)	<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Bakteri Enfeksiyonu		
<input type="checkbox"/> Anafilaksi	<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Parazit Enfeksiyonu (Sıtma)		
<input type="checkbox"/> Transfüzyon Sonrası Purpura	<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Parazit Enfeksiyonu (Diğer):		
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ilişkili <i>Graft versus Host</i> Hastalığı	<input type="checkbox"/> Diğer İstenmeyen Ciddi Reaksiyonlar (açıklayınız):		
İLİŞKİLENDİRME DERECESESİ			
<input type="checkbox"/> Değerlendirilmeyen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
REAKSİYON CİDDİYET DERECESESİ			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Klinik Gidiş:			
BİLDİRİMİ YAPAN HEKİM		HEMOVİJİLAN S KOORDİNATÖRÜ	
Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih		Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih	

*Bileşen ile ilişkilendirilemeyen reaksiyonlarda "BİLİNMIYOR" yazılacaktır

**Hangi eritrosit antijenlerinin uygun olduğu belirtilecektir.