

KAN BAĞIŞI İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN REAKSİYON DOĞRULAMA FORMU

Kan Hizmet Biriminin Adı			
Reaksiyon Tanımı (Kodu)			
İstenmeyen Ciddi Reaksiyon Tarihi		.. / .. /	
Bağış Numarası			
Bağışçı Cinsiyeti		<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	
Bağış Türü		<input type="checkbox"/> Tam Kan <input type="checkbox"/> Aferez	
Bağış Tarihi		.. / .. /	
Bağış Başlangıç Saati			
Bağış Bitiş / Sonlandırma Saati			
İstenmeyen Ciddi Reaksiyon		<input type="checkbox"/> Doğrulanmadı <input type="checkbox"/> Doğrulandı (Doğrulanma tarihi : .. / .. /	
İstenmeyen Ciddi Reaksiyon Tipinin Değişmesi		<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti (açıklayınız).....	
İlişkilendirme Derecesi		Değişiklik	
<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti →		Nedeni	
YENİ İlişkilendirme Derecesi		<input type="checkbox"/> Değerlendirilemeyen <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
İstenmeyen Reaksiyonun Ciddiyet Derecesi		Değişiklik	
<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti		Nedeni	
YENİ Ciddiyet Derecesi		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Klinik Gidiş :			
BAĞIŞTAN SORUMLU DOKTOR		HEMOVİJİLANS SORUMLUSU	
Ünvan Ad, Soyad, İmza Tarih		Ünvan Ad, Soyad, İmza Tarih	