

KAN BAĞIŞI İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN REAKSİYON YILLIK BİLDİRİM FORMU

Kan Hizmet Biriminin Adı		Bildirim Dönemi: 01 / 01 / 20 - 31 / 12 / 20				
Bağış Tipi * <input type="checkbox"/> Tam Kan <input type="checkbox"/> Aferez <input type="checkbox"/> Eritrosit konsantresi <input type="checkbox"/> Trombosit konsantresi <input type="checkbox"/> Plazma <i>*Her bileşen türü için ayrı bir form doldurulur.</i>	Dönem içinde Yapılan Bağış Sayısı					
	Dönem içinde Bağış Yapan Bağışçı Sayısı					
	Dönem içinde Bildirilen İstenmeyen Reaksiyon Sayısı					
	Dönem içinde Ölümle Sonlanan Olgu Sayısı					
Nedenlerine ve İlişkilendirme Derecelerine Göre İstenmeyen Reaksiyonlar*						
		Değerlendirilmeyen	0	1	2	3
Hematom	Toplam					
	Ölüm					
Gecikmiş Kanama	Toplam					
	Ölüm					
Atardamar Yırtığı	Toplam					
	Ölüm					
Tromboflebit	Toplam					
	Ölüm					
Arteryovenöz Fistül	Toplam					
	Ölüm					
Brakiyal Arterde Psödoanevrizma	Toplam					
	Ölüm					
Aksiller Ven Trombozu	Toplam					
	Ölüm					
Üst Ekstremitede Derin Ven Trombozu	Toplam					
	Ölüm					
Lokal Enfeksiyon	Toplam					
	Ölüm					
İğneye Bağlı Sinir Hasarı	Toplam					
	Ölüm					
Hematoma Bağlı Sinir Hasarı	Toplam					
	Ölüm					
Tendon Hasarı	Toplam					
	Ölüm					
Kompartman Sendromu	Toplam					
	Ölüm					
Ağrılı Kol	Toplam					
	Ölüm					

Lokal Allerjik Reaksiyon	Toplam					
	Ölüm					
Sistemik Allerjik Reaksiyon	Toplam					
	Ölüm					
Anafilaktik Reaksiyon	Toplam					
	Ölüm					
Ani Vazovagal Reaksiyon	Toplam					
	Ölüm					
Yaralanmalı Ani Vazovagal Reaksiyon	Toplam					
	Ölüm					
Gecikmeli Vazovagal Reaksiyon	Toplam					
	Ölüm					
Yaralanmalı Gecikmeli Vazovagal Reaksiyon	Toplam					
	Ölüm					
Sitrat Toksisitesi	Toplam					
	Ölüm					
Hemoliz	Toplam					
	Ölüm					
Hava Embolizmi	Toplam					
	Ölüm					
Diğer Reaksiyonlar	Toplam					
	Ölüm					
Anjina Pektoris	Toplam					
	Ölüm					
Kalp Durması	Toplam					
	Ölüm					
Serebrovasküler Olay	Toplam					
	Ölüm					
Miyokard Enfarktüsü	Toplam					
	Ölüm					
Geçici İskemik Atak	Toplam					
	Ölüm					
BİLDİRİMİ YAPANLAR						
HEMOVİJİLAN SORUMLUSU Ünvan Ad, Soyad, İmza Tarih			HEMOVİJİLAN KOORDİNATÖRÜ BKM MÜDÜRÜ Ünvan Ad, Soyad, İmza Tarih			