



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TRANSFÜZYON HİZMETLERİ
KAN VE KAN ÜRÜNLERİ İADE FORMU



HASTA BİLGİLERİ

ADI SOYADI:

DOSYA NO:

BÖLÜM:

KAN GRUBU:

İSTEM TARİHİ VE SAATİ:

İADESİ YAPILAN ÜRÜNÜN CİNSİ

	MİKTAR
<input type="checkbox"/> TAM KAN	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ERİTROSİT SÜSPANSİTONU	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TAZE DONMUŞ PLAZMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TROMBOSİT SÜSPANSİYONU(AFEREZ VEYA HAVUZLANMIŞ)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DİĞER	<input type="checkbox"/>

Seri Numaraları

1.
2.
3.

İADE NEDENİ:

BÖLÜM HEMŞİRESİ

AD SOYAD İMZA

BÖLÜM DOKTORU

AD SOYAD İMZA

Teslim Eden Sağlık Personeli

Ad Soyad/İmza:

Tarih /Saat:

Yetkili Transfer Personeli

Ad Soyad/İmza:

Teslim Alan Sağlık Personeli

Ad Soyad/İmza:

Tarih/ Saat:

KULLANILABİLİR

İMHA