



SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN REAKSİYON DOĞRULAMA FORMU

Kan Hizmet Biriminin Adı:	
Reaksiyon Tanımı:	Reaksiyon ilişkilendirme Derecesi (Imputabilite)*
Reaksiyon Tarihi: / /	<input type="checkbox"/> Değerlendirilemeyen
Doğrulama Tarihi: / /	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Bileşen ISBT No:	Reaksiyon Ciddiyet Derecesi*
Transfüzyon Tarihi: / /	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Transfüzyon Başlangıç Saati:	Bitiş / Sonlandırma Saati:
İstenmeyen Reaksiyon <input type="checkbox"/> Doğrulandı <input type="checkbox"/> Doğrulanmadı (açıklayınız):	
İstenmeyen Reaksiyon <input type="checkbox"/> Değişmedi Tipinin Değişmesi <input type="checkbox"/> Değişti (açıklayınız):	
YENİ Reaksiyon Tipi :	
İlişkilendirme Derecesi	Değişiklik
<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti	Nedeni (Açıklayınız):
YENİ ilişkilendirme Derecesi	
<input type="checkbox"/> Değerlendirilemeyen <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Reaksiyonun ciddiyet Derecesi	Değişiklik
<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti	Nedeni (Açıklayınız):
YENİ Ciddiyet Derecesi	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Klinik Gidiş: <input type="checkbox"/> Tamamen iyileşti <input type="checkbox"/> Minör sekel (açıklayınız): <input type="checkbox"/> Ciddi sekel (açıklayınız): <input type="checkbox"/> Ölüm (açıklayınız):	
Hastanın Hekimi Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih	Hemovijilans Koordinatörü Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih

(*) Bakınız; Ulusal Hemovijilans Rehberi