

Klinik:	HASTA BİLGİLERİ				Transfüzyon tarihi:								
Adı Soyadı:	Hasta Kan Grubu <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Rh(+) <input type="checkbox"/> Rh(-)				Cinsiyet <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E								
Dosya No:					Yaş:								
BİLEŞEN TRANSFER BİLGİLERİ													
1. Bileşenin kan merkezinden çıkış tarihi: /...../..... Saati:				2. Bileşenin kan merkezinden çıkış tarihi: /...../..... Saati:									
Transferi yapan personelin Adı Soyadı:				Transferi yapan personelin Adı Soyadı:									
Klinikte teslim alan personelin Adı Soyadı:				Klinikte teslim alan personelin Adı Soyadı:									
Bileşenin bölüme geliş tarihi: : /...../..... Saati:				Bileşenin bölüme geliş tarihi: : /...../..... Saati:									
Transfüzyon Hızı/Süresi: /..... Hekim Kaşe/İmza				Transfüzyon Hızı/Süresi: /..... Hekim Kaşe/İmza									
(Transfüzyon süresi ve hızı hastanın durumuna göre hekim tarafından belirlenmelidir.)				(Transfüzyon süresi ve hızı hastanın durumuna göre hekim tarafından belirlenmelidir.)									
KAN VE KAN ÜRÜNÜ BİLGİLERİ													
1. Kan Ürünü Seri no:				2. Kan Ürünü Seri no:									
<input type="checkbox"/> Taze donmuş plazma		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O		<input type="checkbox"/> Taze donmuş plazma		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O							
<input type="checkbox"/> Kriyopresipitat		<input type="checkbox"/> Rh (+) <input type="checkbox"/> Rh (-)		<input type="checkbox"/> Kriyopresipitat		<input type="checkbox"/> Rh(+) <input type="checkbox"/> Rh(-)							
<input type="checkbox"/> Eritrosit süspansiyonu		<input type="checkbox"/> Işınlanmış <input type="checkbox"/> Lökosit azaltılmış		<input type="checkbox"/> Eritrosit süspansiyonu		<input type="checkbox"/> Işınlanmış <input type="checkbox"/> Lökosit azaltılmış							
<input type="checkbox"/> Trombosit süspansiyonu		<input type="checkbox"/> Aferez <input type="checkbox"/> Havuzlanmış		<input type="checkbox"/> Trombosit süspansiyonu		<input type="checkbox"/> Aferez <input type="checkbox"/> Havuzlanmış							
<input type="checkbox"/> Diğer:		Son Kullanma Tarihi:		<input type="checkbox"/> Diğer:		Son Kullanma Tarihi:							
TRANSFÜZYON ÖNCESİ KONTROL / ONAY				TRANSFÜZYON ÖNCESİ KONTROL / ONAY									
<input type="checkbox"/> Hasta kimlik kontrolü				<input type="checkbox"/> Hasta kimlik kontrolü									
<input type="checkbox"/> Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü				<input type="checkbox"/> Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü									
<input type="checkbox"/> Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü				<input type="checkbox"/> Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü									
Renk değişikliği		Pıhtı		Hemoliz		Renk değişikliği		Pıhtı		Hemoliz			
<input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK		<input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK		<input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK		<input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK		<input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK		<input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK			
Kan ürününü kontrol eden Hemşire Adı Soyadı İmza		Kan ürününü kontrol eden Hekim Adı Soyadı İmza		Kan ürününü kontrol eden Hemşire Adı Soyadı İmza		Kan ürününü kontrol eden Hekim Adı Soyadı İmza							
1. KAN ÜRÜNÜ TRANSFÜZYON İZLEMİ						2. KAN ÜRÜNÜ TRANSFÜZYON İZLEMİ							
Saat	Süre	Ateş	Nabız	Sol.	Kan basıncı	SPO ₂	Saat	Süre	Ateş	Nabız	Sol.	Kan basıncı	SPO ₂
	0 dk							0 dk					
	15 dk							15 dk					
	45 dk							45 dk					
	1 s 15 dk							1 s 15 dk					
	1 s 45 dk							1 s 45 dk					
	2 s 15 dk							2 s 15 dk					
	2 s 45 dk							2 s 45 dk					
	3 s 15 dk							3 s 15 dk					
	3 s 45 dk							3 s 45 dk					
Transfüzyon Başlama Saati: Sonlandırma Saati:		Transfüze edilen miktar:				Transfüzyon Başlama Saati: Sonlandırma Saati:		Transfüze edilen miktar:					
İstenmeyen Olay /Reaksiyon <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR						İstenmeyen Olay /Reaksiyon <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR							
Transfüzyon başlangıcında ilk 15 dk hasta başında beklenmeli. Transfüzyon boyunca her 30 dk da bir hastanın vital bulguları kontrol edilir. Transfüzyon reaksiyonu varsa ✓ Transfüzyonu durdurup hekime haber veriniz. ✓ Hastanın damar yolunu serum fizyolojik ile açık tutunuz. ✓ Hastada reaksiyona neden olan kan ürünü ile giden sıvıları saklayınız. ✓ Mesai saatlerinde Hemovijilans ünitesini (22356), diğer zamanlarda ise kan merkezini (22354) ve Sorumlu Hemşirenizi arayınız. ✓ Kan ürünü uygun koşullarda birimde saklanmalı. Renk değişikliği, pıhtı, Hemoliz VAR ise lütfen kan ürünü Kan Merkezine geri gönderiniz.						KAN VE KAN ÜRÜNLERİNİN UYGULANMA SÜRELERİ		Min.		Max.			
						Eritrosit Süspansiyonu (300-350ml)		1 saat		4 saat			
						Trombosit Süspansiyonu (200-250ml)		15 dk.		30 dk			
						Taze Donmuş Plazma (200-300ml)		15 dk.		45 dk.			
						Kriyopresipitat		Hızlı infüzyon					
REAKSİYON VAR ise Transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon formunu doldurunuz!													