



T.C.

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ ŞÜPHELİ İSTENMEYEN REAKSİYON HIZLI BİLDİRİM FORMU



Kan Hizmet Biriminin Adı.....			
Hasta Bilgileri	Cinsiyet: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	Yaş:	Kan Grubu:
Transfüzyon Tarihi: / /	Başlangıç Saati:	Bitiş/Sonlandırma Saati:	
İstenmeyen Reaksiyon Tarihi: / /		Rapor Etme Tarihi: / /	
BİLEŞEN BİLGİLERİ			
Bileşen ISBT No:		Bileşen ABO/Rh Grubu:	
<input type="checkbox"/> Tam kan	<input type="checkbox"/> Trombosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Kriyopresipitat	
<input type="checkbox"/> Eritrosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Taze Donmuş Plazma	<input type="checkbox"/> Kriyopresipitatu Uzaklaştırılmış Plazma	
<input type="checkbox"/> Aferez Eritrosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Taze Plazma	<input type="checkbox"/> Aferez Granülosit Konsantresi	
<input type="checkbox"/> Aferez Trombosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Diğer:		
BİLEŞEN ÖZELLİKLERİ			
Çapraz karşılaştırma <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun değil <input type="checkbox"/> Yapılmadı	<input type="checkbox"/> Işınlanmış	<input type="checkbox"/> CMV Negatif	
Hasta başı filtrasyon <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Yıkanmış	<input type="checkbox"/> HLA uygun	
<input type="checkbox"/> Buffy coat uzaklaştırılmış	<input type="checkbox"/> Bölünmüş	<input type="checkbox"/> Otolog	
<input type="checkbox"/> Lökosit azaltılmış	<input type="checkbox"/> Diğer eritrosit antijenleri uygun; <i>Hangi eritrosit antijenlerinin uygun olduğu belirtilecektir.</i>		
<input type="checkbox"/> Diğer;			
TEDARİKÇİ BİLGİLERİ			
<input type="checkbox"/>Bölge Kan Merkezi <input type="checkbox"/> Hastane Transfüzyon Merkezi <input type="checkbox"/> Diğer:			
İSTENMEYEN REAKSİYONLAR			
<input type="checkbox"/> ABO Uyumsuzluğundan Kaynaklı Akut İmmün Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (A1)	<input type="checkbox"/> Hipokalsemi/Sitrat Toksikitesi (A13)		
<input type="checkbox"/> Alloantikordlardan kaynaklı Akut İmmün Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (A2)	<input type="checkbox"/> Hipotermi (A14)		
<input type="checkbox"/> İmmünolojik olmayan hemoliz (A3)	<input type="checkbox"/> Hiperkalemi (A15)		
<input type="checkbox"/> Gecikmiş Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (GHTR) (G1)	<input type="checkbox"/> Hemosiderozis (G5)		
<input type="checkbox"/> Gecikmiş Serolojik Transfüzyon Reaksiyonu (Alloimmünizasyon) (G2)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili İmmünmodülasyon (TRIM)(G6)		
<input type="checkbox"/> Febril Non Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (FNHTR) (A4)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Bakteriyal Enfeksiyon (A16)		
<input type="checkbox"/> Hafif Alerjik Reaksiyon (A5)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Viral Enfeksiyon HBV(G7)		
<input type="checkbox"/> Anafaktik Reaksiyon (A6)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Viral Enfeksiyon HCV(G8)		
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Graft Versus Host Hastalığı (TA-GVHH)(G3)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Viral Enfeksiyon (HIV-1/2) (G9)		
<input type="checkbox"/> Transfüzyon Sonrası Purpura (G4)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Viral Enfeksiyon (Diğer) (G10) Açıklayınız;		
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Akut Akciğer Hastalığı (TRALI) (A7)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Paraziter Enfeksiyon(Sıtma) (G11)		
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Dispne (TAD) (A8)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Paraziter Enfeksiyon (Diğer)(G12) Açıklayınız;		
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Dolaşım Yüklenmesi (TACO) (A9)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Prion Enfeksiyonu (G13)		
<input type="checkbox"/> Hipotansif Transfüzyon Reaksiyonu (A10)	<input type="checkbox"/> Akut Tanımlanamayan Transfüzyon Reaksiyonu (AX)		
<input type="checkbox"/> Hipertansif Transfüzyon Reaksiyonu (A11)	<input type="checkbox"/> Gecikmiş Tanımlanamayan Transfüzyon Reaksiyonu (GX)		
<input type="checkbox"/> Hava Embolisi (A12)			
REAKSİYON İLİŞKİLENDİRME DERESESİ			
<input type="checkbox"/> Değerlendirilmeyen <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
REAKSİYON CİDDİYET DERESESİ			
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
Klinik Gidiş: Bu forma ek olarak; bir yazı ile reaksiyonun semptom ve bulgularını, bunların transfüzyonun başlamasından itibaren zaman olarak ve transfüze edilen kan miktarına göre ortaya çıkışını, tıbbi müdahale olarak yapılanları ve alıcının son durumunu ayrıntılı olarak açıklayınız.			
BİLDİRİMİ YAPAN HEKİM Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih		HEMOVİJİLANS KOORDİNATÖRÜ Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih	