



T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ
İSTENMEYEN REAKSİYON İNCELEME VE TEDAVİ FORMU



HASTA BİLGİLERİ				
Ad, Soyad		Doğum tarihi		
Klinik		Tanı		
TRANSFÜZYON BİLGİLERİ				
Tarihi	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Transfüzyon Miktarı	
Doğru Hasta <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğru Bileşen <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> ÇK Uygun <input type="checkbox"/> ÇK Uygunsuz <input type="checkbox"/> ÇK Yok				
Öncesinde ateş (son 24 saat) <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eş zamanlı sıvı infüzyonu <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eşlik eden tedavi: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Tarihi	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Transfüzyon Miktarı	
Doğru Hasta <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğru Bileşen <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> ÇK Uygun <input type="checkbox"/> ÇK Uygunsuz <input type="checkbox"/> ÇK Yok				
Öncesinde ateş (son 24 saat) <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eş zamanlı sıvı infüzyonu <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eşlik eden tedavi: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Tarihi	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Transfüzyon Miktarı	
Doğru Hasta <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğru Bileşen <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> ÇK Uygun <input type="checkbox"/> ÇK Uygunsuz <input type="checkbox"/> ÇK Yok				
Öncesinde ateş (son 24 saat) (Belirtiniz):				
Eş zamanlı sıvı infüzyonu <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
Eşlik eden tedavi: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E (Belirtiniz):				
İSTENMEYEN REAKSİYON TANIMI				
.....				
TEDAVİ BİLGİLERİ			İstenmeyen Reaksiyon Kodu:	
<input type="checkbox"/> Adrenalin <input type="checkbox"/> Kortikosteroid <input type="checkbox"/> Antipiretik <input type="checkbox"/> Oksijen			Hekim Kaşe İmza	
<input type="checkbox"/> Diüretik <input type="checkbox"/> Antihistaminik <input type="checkbox"/> Analjezik <input type="checkbox"/> TDP				
<input type="checkbox"/> Antibiyotik (Belirtiniz):	<input type="checkbox"/> Diğer:.....			
TRANSFÜZYON SÜRECİNİN KLİNİK KONTROLÜ				
Reaksiyon sonrası hastadan örnek alındı mı?		Transfüzyon izlem formu dolduruldu mu? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Mor kapaklı (EDTA'lı) tüp ile kan örneği <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		İstenmeyen reaksiyon formu dolduruldu mu? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Mavi kapaklı (sitratlı) tüp ile kan örneği <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		TM gönderilmek üzere bileşen/ler seti ile birlikte saklandı mı? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Kırmızı kapaklı (düz) tüp ile kan örneği <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Klinik tarafından transfüzyon öncesi sürece ilişkin bir hata saptandı mı? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
İdrar kabı ile idrar örneği <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Yanıtınız evet ise açıklayınız:		
Kan kültür şişesi ile hemokültür <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E				
Diğer tetkikler için örnek (Belirtiniz):				
HEMOVİJILANS HEMŞİRESİ / KOORDİNATÖRÜ KONTROLÜ				
Hasta Kan Grubu /ABO/Rh Yeni Örnek İle		Çapraz Karşılaştırma Yeni Örnek İle		Hemovijilans Hemşiresi Kaşe İmza
Tekrarlandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Tekrarlandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Doğrulandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Doğrulandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		
Transfüzyon öncesi sürece ilişkin bir hata saptandı mı? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E				Hemovijilans Koordinatörü Kaşe İmza
Yanıtınız evet ise açıklayınız: <input type="checkbox"/> Klinik hatası <input type="checkbox"/> TM hatası <input type="checkbox"/> BKM hatası				