T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TRANSFÜZYON HİZMETLERİ

KAN VE KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYONU İZLEM FORMU

Klinik:	**HASTA BİLGİLERİ**	**Transfüzyon tarihi:**
Adı Soyadı: **Dosya No:**	**Hasta Kan Grubu** ☐ **A** ☐ **B** ☐ **AB** ☐ **O** ☐ **Rh(+)** ☐**Rh(-)**	Cinsiyet ☐**K** ☐**E** 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 süresi ve hızı hastanın durumuna göre hekim tarafından belirlenmelidir.)	Transfüzyon Hızı/Süresi: …… /…… Hekim Kaşe/İmza (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:**	
☐Taze donmuş plazma	☐ **A** ☐ **B** ☐ **AB** ☐ **O**	☐Taze donmuş plazma	☐ **A** ☐ **B** ☐ **AB** ☐ **O**
☐Kriyopresipitat	☐ **Rh (+)** ☐ **Rh (-)**	☐Kriyopresipitat	☐ **Rh(+)** ☐ **Rh(-)**
☐Eritrosit süspansiyonu	☐Işınlanmış ☐Lökosit azaltılmış	☐Eritrosit süspansiyonu	☐Işınlanmış ☐Lökosit azaltılmış
☐Trombosit süspansiyonu	☐Aferez ☐Havuzlanmış	☐Trombosit süspansiyonu	☐Aferez ☐Havuzlanmış
☐Diğer:	**Son Kullanma Tarihi:**	☐Diğer:	**Son Kullanma Tarihi:**

TRANSFÜZYON ÖNCESİ KONTROL / ONAY			**TRANSFÜZYON ÖNCESİ KONTROL / ONAY**		
☐Hasta kimlik kontrolü			☐Hasta kimlik kontrolü		
☐Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü			☐Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü		
☐Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü			☐Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü		
Renk değişikliği	Pıhtı	Hemoliz	Renk değişikliği	Pıhtı	Hemoliz
☐**VAR** ☐**YOK**	☐**VAR** ☐**YOK**	☐**VAR** ☐**YOK**	☐**VAR** ☐**YOK**	☐**VAR** ☐**YOK**	☐**VAR** ☐**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

Saat	Süre	Ateş	Nabız	Sol.	Kan basıncı	SPO_2
	0 dk					
	15 dk					
	45 dk					
	1 s 15 dk					
	1 s 45 dk					
	2 s 15 dk					
	2 s 45 dk					
	3 s 15 dk					
	3 s 45 dk					

Transfüzyon Başlama Saati:
Sonlandırma Saati:

Transfüze edilen miktar:

İstenmeyen Olay /Reaksiyon ☐**YOK** ☐**VAR**

2. KAN ÜRÜNÜ TRANSFÜZYON İZLEMİ

Saat	Süre	Ateş	Nabız	Sol.	Kan basıncı	SPO_2
	0 dk					
	15 dk					
	45 dk					
	1 s 15 dk					
	1 s 45 dk					
	2 s 15 dk					
	2 s 45 dk					
	3 s 15 dk					
	3 s 45 dk					

Transfüzyon Başlama Saati:
Sonlandırma Saati:

Transfüze edilen miktar:

İstenmeyen Olay /Reaksiyon ☐**YOK** ☐**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 ürününü 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!