



T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULUMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ÇOKLU KAN ÜRÜNÜ (Taze Donmuş Plazma, Kriyopresipitat) TRANSFÜZYON İZLEM FORMU



Klinik:	HASTA BİLGİLERİ				Sorumlu doktor:		Hasta Kan Grubu						
Transfüzyon Tarihi:	Adı soyadı:		Dosya no:		Cinsiyet <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	Yaş:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Rh(+) <input type="checkbox"/> Rh(-)						
KAN VE KAN ÜRÜNÜ BİLGİLERİ													
1. Kan ürünü		2. Kan ürünü		3. Kan ürünü		KAN ÜRÜNÜ TRANSFÜZYON İZLEMİ							
<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"/> Taze donmuş plazma	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	Saat	Süre	Ateş	Nabız	Sol.	Kan Basıncı	SPO ₂	
<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"/> Kriyopresipitat	<input type="checkbox"/> Rh (+) <input type="checkbox"/> Rh (-)		0 dk						
Kan seri no:	Son kul. tarihi	Kan seri no:	Son kul. tarihi	Kan seri no:	Son kul. tarihi		15 dk						
Renk değişikliği, pıhtı, hemoliz <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK		Renk değişikliği, pıhtı, hemoliz <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK		Renk değişikliği, pıhtı, hemoliz <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK			45 dk						
<input type="checkbox"/> Hasta kimlik kontrolü		<input type="checkbox"/> Hasta kimlik kontrolü		<input type="checkbox"/> Hasta kimlik kontrolü			1 s 15 dk						
<input type="checkbox"/> Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü		<input type="checkbox"/> Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü		<input type="checkbox"/> Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü			1 s 45 dk						
<input type="checkbox"/> Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü		<input type="checkbox"/> Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü		<input type="checkbox"/> Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü			2 s 15 dk						
Kan ürünü kontrol eden Hemşire Adı Soyadı İmza	Kan ürünü kontrol eden Hekim Adı Soyadı İmza	Kan ürünü kontrol eden Hemşire Adı Soyadı İmza	Kan ürünü kontrol eden Hekim Adı Soyadı İmza	Kan ürünü kontrol eden Hemşire Adı Soyadı İmza	Kan ürünü kontrol eden Hekim Adı Soyadı İmza		2 s 45 dk						
							3 s 15 dk						
							3s 45 dk						
4. Kan ürünü		5. Kan ürünü		6. Kan ürünü		TransfüzyonBaşlama/ Sonlandırma Saati:		Transfüze edilen miktar:					
<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"/> Taze donmuş plazma	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> İstenmeyen Olay /Reaksiyon <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR							
<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"/> Kriyopresipitat	<input type="checkbox"/> Rh (+) <input type="checkbox"/> Rh (-)	Renk değişikliği, pıhtı, hemoliz <input type="checkbox"/> VAR ise; lütfen kan ürünü kan merkezine geri gönderiniz.							
Kan seri no:	Son kul. tarihi	Kan seri no:	Son kul. tarihi	Kan seri no:	Son kul. tarihi	Transfüzyon başlangıcında ilk 15 dk hasta başında beklenmeli Transfüzyon boyunca her 30 dk da bir hastanın vital bulguları kontrol edilir.							
Renk değişikliği, pıhtı, hemoliz <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK		Renk değişikliği, pıhtı, hemoliz <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK		Renk değişikliği, pıhtı, hemoliz <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK		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.							
<input type="checkbox"/> Hasta kimlik kontrolü		<input type="checkbox"/> Hasta kimlik kontrolü		<input type="checkbox"/> Hasta kimlik kontrolü		REAKSİYON <input type="checkbox"/> VAR ise Transfüzyon ile ilişkili istenmeyen reaksiyon formunu doldurunuz!							
<input type="checkbox"/> Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü		<input type="checkbox"/> Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü		<input type="checkbox"/> Hasta, kan ürünü ve kan grubu kontrolü		Bileşenin kan merkezinden çıkış tarih /...../.....Saati::.....							
<input type="checkbox"/> Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü		<input type="checkbox"/> Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü		<input type="checkbox"/> Kan seri no ve son kullanma tarihi kontrolü		Transferi yapan personelin Ad/Soyad:							
Kan ürünü kontrol eden Hemşire Adı Soyadı İmza	Kan ürünü kontrol eden Hekim Adı Soyadı İmza	Kan ürünü kontrol eden Hemşire Adı Soyadı İmza	Kan ürünü kontrol eden Hekim Adı Soyadı İmza	Kan ürünü kontrol eden Hemşire Adı Soyadı İmza	Kan ürünü kontrol eden Hekim Adı Soyadı İmza	Klinikte teslim alan personelin Ad/Soyad:							
						Bileşenin bölüme geliş tarihi: : /...../..... Saati::.....							
						Transfüzyon Hızı/Süresi: /..... Hekim Kaşe/İmza (Transfüzyon süresi ve hızı hastanın durumuna göre hekim tarafından belirlenmelidir.)							