

 HG HOSPITAL Hayatınız Güvende	KAN VE KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYONU FORMU	Doküman No	TH FR 02
		Yayın Tarihi	15.01.2025
		revizyon No	0
		revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	1 / 1

TEDAVİ GÖRDÜĞÜ BÖLÜM :

TANI :

TARİH :

HASTANIN ADI SOYADI :

PROTOKOL NO:

YAŞ : CİNSİYET :

KAN GRUBU:

ABO:

RH:

BİLGİ VERİLİP ONAYI ALINAN KİŞİ :
(Hasta veya yakını)
ADI SOYADI:
İMZASI:
TARİH:

TRANSFÜZYON ENDİKASYONU :

İSTEM GEREKÇESİ

TRANSFÜZYON PLANLAYAN DOKTOR :

	EVET	HAYIR
TRANSFÜZYON ÖYKÜSÜ VAR MI		
DOĞUM ÖYKÜSÜ?		
HASTA ÖYKÜSÜNDE ANTİKOR		
TRANSPLANTASYON TRANSFÜZYON		
TRANSFÜZYON REAKSİYONU		
FETO MATARNAL UYUŞMAZLIK		

TRANSFÜZE EDİLECEK ÜRÜN:	
1)TAM KAN	
2)ERİTROSİT	
3)TROMBOSİT SÜSPANSİYONU	
4)TDP	

İSTEM MİKTARI :	1 Ü	2 Ü
PLANLANAN VERİLİŞ SÜRESİ		

CROSS MATCH YAPILDIMI?:	CROSS MATCH YAPAN 1. KİŞİ :
EVET :	CROSS MATC YAPAN 2.KİŞİ
HAYIR:	CROSS MATCH TARİH :

	1.Ü	2.Ü	3.Ü	4.Ü	5.Ü
KAN VE KAN ÜRÜNÜ TORBA NO:					
KAN VE KAN ÜRÜNÜ SON KULLANMA TARİHİ :					
TRANSFÜZYONU BAŞLATAN 1.HEMŞİRE:					
TRANSFÜZYONU BAŞLATAN 2. HEMŞİRE					
TRANSFÜZYONU BİTİREN HEMŞİRE:					
TRANSFÜZYON BAŞLAMA SAATİ :					
TRANSFÜZYON BİTİŞ SAATİ :					

KOMPLİKASYONLAR:	Komplikasyon Tarih veSaati:
1)ATEŞ	9)HİPERNATREMİ
2)DİSPNE	10)HİPERKALEMİ
3)TAŞİKARDİ	11)AKUT HEMOLİTİK REAK.
4)YAN AĞRISI	
5)ÜRTİKER	
6)HİPOTANSİYON	
7)YÜKLENME	
8)HİPOKS	

ANİTİKOR TARAMA TESTİ	NEGATİF	POZİTİF
YAPAN TEKNİSYEN :		