

HASTA BİLGİLERİ				Bileklik barkodu yapıştırınız	
Ad, Soyad					
Klinik		Tanı			
TRANSFÜZYON BİLGİLERİ				1. Bileşen barkodunu yapıştırınız	
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	2. Bileşen barkodunu yapıştırınız	
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		3. Bileşen barkodunu yapıştırınız
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):					
TEDAVİ BİLGİLERİ				İstenmeyen Reaksiyon Kodu:	
<input type="checkbox"/> Adrenalin <input type="checkbox"/> Kortikosteroid <input type="checkbox"/> Antipiretik <input type="checkbox"/> Oksijen <input type="checkbox"/> Diüretik <input type="checkbox"/> Antihistaminik <input type="checkbox"/> Analjezik <input type="checkbox"/> TDP <input checked="" type="checkbox"/> Antibiyotik (Belirtiniz): <input checked="" type="checkbox"/> Diğer:.....				Hekim Kaşe İmza	
TRANSFÜZYON SÜRECİNİN KLİNİK KONTROLÜ					
Reaksiyon sonrası hastadan örnek alındı mı? Mor kapaklı (EDTA'lı) tüp ile kan örneği <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Mavi kapaklı (sitratl) tüp ile kan örneği <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Kırmızı kapaklı (düz) tüp ile kan örneği <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E İdrar kabı ile idrar örneği <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Kan kültür şişesi ile hemokültür <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Diğer tetkikler için örnek (Belirtiniz):		Transfüzyon izlem formu dolduruldu mu? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E İstenmeyen reaksiyon formu dolduruldu mu? <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 Klinik tarafından transfüzyon öncesi sürece ilişkin bir hata saptandı mı? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Yanıtınız evet ise açıklayınız:		Hekim Kaşe İmza	
HEMOVİJİLAN HEMŞİRESİ / KOORDİNATÖRÜ KONTROLÜ					
Hasta Kan Grubu /ABO/Rh) Yeni Örnek Ile Tekrarlandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğrulandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Çapraz Karşılaştırma Yeni Örnek Ile Tekrarlandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğrulandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E		Hemovijilans Hemşiresi Kaşe İmza	
Transfüzyon öncesi sürece ilişkin bir hata saptandı mı? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Yanıtınız evet ise açıklayınız: <input type="checkbox"/> Klinik hatası <input type="checkbox"/> TM hatası <input type="checkbox"/> BKM hatası				Hemovijilans Koordinatörü Kaşe İmza	