

TH.FR.02 **18.08.2017** Rev02 01.06.2020 1/1

Hastanın	Adı Soyadı		Kan Onam Formu	() Var	() Yok
	Protokol No		Hasta kan Grubu		
	Servisi		Bileşen Kan Grubu		

TRANSFÜZYON ÖNCESİ

KONTROLLER		KONTROL EDEN			
		1.Kişi(HEMŞİRE)		2.Kişi(HEKİM)	
1	Hastanın kimliğini doğru				
2	Hastanın kan grubunu kontrol et				
3	Kan ürünü ile hastanın kan grubu uyumlumu				
4	Kan ürünü görünümünü kontrol et	() Uygun	() Uygun değil	() Uygun	() Uygun değil
5	Hasta adına cross-match yapıldığını kontrol et	() Uygun	() Uygun değil	() Uygun	() Uygun değil
6	Son Kullanma Tarihi	() Uygun	() Uygun değil	() Uygun	() Uygun değil
7	Bileşenin Transfüzyon Merkezinden Çıkış Tarihi/Saati	___/___/_____ .:___		Derece: _____	
8	Bileşenin Kliniğe Geliş Tarihi/Saati	___/___/_____ .:___		Derece: _____	

Yukarıdaki bilgiler ile uyumsuzluk veya şüpheniz varsa problem çözülene kadar transfüzyona başlamayınız.

Transfüzyon Hızı/Süresi: _____/_____

(Transfüzyon öncesi her hastanın kilosu, yaşı, altta yatan hastalığı, ko-morbiditesi değerlendirilerek ideal trasfüzyon hızı ve süresi hekim tarafından belirlenmelidir.)

TRANSFÜZYONU YAPILACAK KAN ÜRÜNÜ

Kan Ürünü	Adet	Ürün No	Son Kullanma Tarihi
Tam Kan			
Eritrosit Süspansiyonu			
Taze Donmuş Plazma			
Trombosit süspansiyonu			
Aferez Trombosit S.			
Kryopresipitat			
Diğer(.....)			

TRANSFÜZYON İZLEMİ

Transfüzyon Başlama Saati	___:___							
Saat	Süre	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Beden ısısı	Diğer	Müdahale (Varsa Belirtiniz)	İzleyen Hemşire
	0.dk							
	15.dk							
	45.dk							
	1.saat 15. dk							
	1.saat 45. dk							
	2.saat 15. dk							
	2.saat 45. dk							
	3.saat 15. dk							
	3.saat 45. dk							
Transfüzyon Bitiş/Sonlandırma Saati	Transfüzyon <input type="checkbox"/> Tamamlandı <input type="checkbox"/> Tamamlanamadı, nedeni.....						
Transfüze Edilen Bileşen Miktarı (ml)	İstenmeyen Olay/Reaksiyon <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR						

NOT: Transfüzyon izlemi, **0. dk, ilk 15 dakikası hasta başından ayrılmamak kaydı** ile ve transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları takip edilerek yapılmalıdır. **Transfüzyon bitiminde ve bitiminden 1 saat sonra hastanın vital bulguları** mutlak takip edilmelidir.

❖ Transfüzyon ile ilişkili İstenmeyen Reaksiyon Formu

❖ Transfüzyon ile ilişkili İstenmeyen Reaksiyon İnceleme ve Tedavi Formu

İstenmeyen Olay / Reaksiyon Gelişirse Formları Doldurmanız Zorunludur.

TRANSFÜZYON REAKSİYONU ŞÜPHESİ OLDU İSE;

- Transfüzyonu durdur, ilgili hekime haber ver.
- Hastanın damar yolunu serum fizyolojik ile açık tut.
- Hastadan yeni kan örneği al.
- Hastaya verilen kan ve kan bileşeni ile birlikte giden sıvıları sakla.
- Kan merkezini ve hemovijilans hemşiresini haberdar et.