

KAN BİLEŞENİ İSTEM FORMU	
Hastanın	
Adı-Soyadı	
Protokol Numarası	
Doğum Tarihi	
Cinsiyeti	
Servisi	
Ön Tanısı	
Kan Grubu	Hastanın bilinen kan grubu <input type="checkbox"/> Kart ile <input type="checkbox"/> Beyan ile Hastanın eski kaydı var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Öyküsü	<input type="checkbox"/> Alloantikör <input type="checkbox"/> Transplantasyon <input type="checkbox"/> Transfüzyon <input type="checkbox"/> Transfüzyon Reaksiyonu <input type="checkbox"/> Geçirilmiş Gebelik <input type="checkbox"/> Fetomaternal Uyuşmazlık <input type="checkbox"/> İlişkili olabilecek diğer öyküler/ özel durumlar
Transfüzyon Endikasyonu	<input type="checkbox"/> Ameliyat <input type="checkbox"/> Hemogloblin Yükseltmek <input type="checkbox"/> Trombositopeni <input type="checkbox"/> Koagülasyon Bozukluğu <input type="checkbox"/> Diğer
Kan ve Kan Bileşenin	
İstek Tarihi	
Planlanan Transfüzyon Tarihi	
Planlanan Veriliş Süresi	
Türü ve Miktarı	<input type="checkbox"/> Eritrosit Konsantresi Ünite / mL <input type="checkbox"/> Taze Donmuş Plazma Ünite / mL <input type="checkbox"/> Trombosit Konsantresi (Tam kandan) Ünite / mL

Bölüm A (Acil olmayan Talepler için bu kısım doldurulur)

	<input type="checkbox"/> Trombosit Konsantresi (Aferez ile) Ünite / mL <input type="checkbox"/> Taze Kan Ünite / mL <input type="checkbox"/> Diğer Ünite / mL
Ek İşlem İstemi	Lökosit filtrasyonu <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Işınlama <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Yıkama <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hekimin Adı-Soyadı İmzası	Kaşe/İmza

Bölüm B (Acil Talepler için bu kısım doldurulur)	ACİL TALEP	
	Aciliyet Durumu	<input type="checkbox"/> Öncelikli (Kan 3 saat içinde temin edilmelidir) <input type="checkbox"/> Acil (Kan 1 saat içinde temin edilmelidir) <input type="checkbox"/> Çok Acil (Kan 15 dakika içinde temin edilmelidir)
	Hayati Tehlike Nedeni ile Kabul Ettiğiniz Seçenek	<input type="checkbox"/> Tarama testlerinin kart test ile çalışılmasını kabul ediyorum. <input type="checkbox"/> Cross-match testinin yapılmamasını kabul ediyorum. <input type="checkbox"/> Kan grubu uygunluğu ile transfüzyonu kabul ediyorum. <input type="checkbox"/> 0 Rh negatif eritrosit konsantresini kabul ediyorum. <input type="checkbox"/> AB grubu plazmayı kabul ediyorum. <input type="checkbox"/> Farklı gruptan trombosit konsantresi verilmesini kabul ediyorum. <input type="checkbox"/> Diğer:
	<p><i>İstediğim kan bileşenlerinin, hastamın yukarıda belirlediğim aciliyet durumu ve hayati tehlike nedeni olarak işaretlediğim seçenek yüzünden tüm sorumluluğu üstleniyorum. Her ne kadar bu kanın transfüzyonunun birtakım riskler oluşturduğunu bilsem de rutin kan bileşeni hazırlanması ve transfüzyon öncesi testlerin yapılması için geçecek zaman dolayısı ile transfüzyonun gecikmesinin hastamın yaşamını tehlikeye sokacağını düşünüyorum.</i></p> <p style="text-align: center;">HEKİM ADI - SOYADI (KAŞE – İMZA)</p> <p>Hemen hastanın doğru etiketlenmiş bir kan numunesini ve imzaladığınız kan bileşeni istem formunu transfüzyon merkezine gönderiniz.</p>	