



**Özel Ekol Hastanesi**  
**TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN**  
**REAKSİYON DOĞRULAMA FORMU**



Kan Hizmet Biriminin Adı			
Reaksiyon Tanımı (Kodu)		İlişkilendirme Derecesi (Imputabilite)*	
İstenmeyen Ciddi Reaksiyon Tarihi	.. / .. / .....	<input type="checkbox"/> Değerlendirilemeyen	
Bileşen No		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Transfüzyon Tarihi	.. / .. / .....	Reaksiyon Ciddiyet Derecesi*	
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Transfüzyon Başlangıç Saati :		Bitiş / Sonlandırma Saati:	
İstenmeyen Ciddi Reaksiyon	<input type="checkbox"/> Doğrulanmadı <input type="checkbox"/> Doğrulandı (Doğrulanma tarihi : .. / .. / .....		
İstenmeyen Ciddi Reaksiyon Tipinin Değişmesi	<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti (Açıklayınız).....		
İlişkilendirme Derecesi	Değişiklik		
<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti	Nedeni		
YENİ İlişkilendirme Derecesi			
<input type="checkbox"/> Değerlendirilemeyen <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
Reaksiyonun ciddiyet Derecesi	Değişiklik		
<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti	Nedeni		
YENİ Ciddiyet Derecesi			
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
Klinik Gidiş:			
Hastanın Hekimi Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih		Hemovijilans Koordinatörü Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih	

(\*) Bakınız; Ulusal Hemovijilans Rehberi

<i>Doküman No</i> TH.FR.21	<i>Yayın Tarihi</i> 18.04.2018	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 1 / 1
-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------