



Özel Ekol Hastanesi
KAN ve KAN ÜRÜNLERİ İSTEM FORMU



Hastanın

Adı soyadı:

İstek Tarihi:

Protokol Numarası:

Planlanan Transfüzyon Tarihi –Saati:

Doğum Tarihi:

Planlanan Veriliş Süresi:

Cinsiyet:

Ön Tanı:

Tedavi Gördüğü Bölüm :

Hastanın Kan Grubu: Rh (....)

Transfüzyon Endikasyonu:

Ameliyat	<input type="checkbox"/>
Hemoglobin Yükseltmek	<input type="checkbox"/>
Exchange Transfüzyon	<input type="checkbox"/>
Trombositopeni	<input type="checkbox"/>
Koagülasyon Bozukluğu	<input type="checkbox"/>
Diğer	<input type="checkbox"/>

İstenen Kan/Kan Ürününün Türü ve Miktarı

Eritrosit süspansiyonu ünite / ml.	Hazırlanacak olan kan veya kan ürününün kan grubu: Rh (....)
Taze donmuş plazma ünite / ml.	
Trombosit süspansiyonu (tam kandan) ünite / ml.	
Trombosit süspansiyonu (aferez ile) ünite / ml.	
Kriyopresipitat ünite / ml.	
Taze kan ünite / ml.	
Diğer ünite / ml.	

Ek İşlem İstemi

Evet Hayır

Lökosit filtrasyonu

Işınlama

Yıkama

Eski Kayıt Bilgileri

Hastanın eski kaydı var mı? Evet Hayır

Hastanın bilinen kan grubu: Beyan ile Kart ile

Hasta Öyküsünde Herhangi Biri Var Mı?

Evet

Hayır

Antikor

Transplantasyon

Transfüzyon

Transfüzyon reaksiyonu

Geçirilmiş gebelik -doğum

Fetomatermal uyumsuzluk

İlişkili olabilecek diğer öyküler /özel durumlar:

.....

HEKİM ADI-SOYADI

KAŞE / İMZA

Bu form iki nüsha hazırlanacak ve bir nüshası hastanın dosyasında, ikinci nüsha da kan bankasında saklanacaktır.

Doküman No TH.FR.02	Yayın Tarihi 01.01.2008	Revizyon No 02	Revizyon Tarihi 24.03.2016	Sayfa No 1 / 1
-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	--------------------------