



Özel Ekol Hastanesi
TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN
REAKSİYON YILLIK BİLDİRİM FORMU



Kan Hizmet Biriminin Adı		Bildirim Dönemi: 01 / 01 / 20 . . - 31 / 12 / 20 . . .				
Kan Bileşeni * <input type="checkbox"/> Tam Kan <input type="checkbox"/> Eritrosit konsantresi <input type="checkbox"/> Trombosit konsantresi <input type="checkbox"/> Plazma <input type="checkbox"/> Kriyopresipitat *Her bileşen türü için ayrı bir form doldurulur.	Dönem içinde Transfüze Edilen Kan Bileşeni Sayısı					
	Dönem içinde Transfüze Edilen Alıcı Sayısı					
	Dönem içinde Bildirilen İstenmeyen Reaksiyon Sayısı					
	Dönem içinde Ölümle Sonlanan Olgu Sayısı					
Nedenlerine ve İlişkilendirme Derecelerine Göre İstenmeyen Reaksiyonlar						
		Değerlendirilmeyen	0	1	2	3
İmmunolojik Hemoliz	ABO uygunsuzluğundan kaynaklanan	Toplam				
		Ölüm				
İmmunolojik Olmayan Hemoliz	Alloantikoriardan kaynaklanan	Toplam				
		Ölüm				
Anafilaksi	Toplam					
		Ölüm				
Transfüzyon ilişkili Akut Akciğer Hasarı (TRALI)	Toplam					
		Ölüm				
Transfüzyonla ilişkili Dolaşım Yüklenmesi (TACO)	Toplam					
		Ölüm				
Transfüzyon Sonrası Purpura	Toplam					
		Ölüm				
Transfüzyon ilişkili Graft versus Host hastalığı	Toplam					
		Ölüm				
Transfüzyonla Bulaşan Bakteriyel Enfeksiyon	Toplam					
		Ölüm				
Transfüzyonla Bulaşan Paraziter Enfeksiyon	HBV	Toplam				
		Ölüm				
	HCV	Toplam				
		Ölüm				
	HIV 1-2	Toplam				
		Ölüm				
	Diğer:	Toplam				
		Ölüm				
Diğer (Açıklayınız):	Sıtma	Toplam				
		Ölüm				
	Diğer:	Toplam				
		Ölüm				
BİLDİRİMİ YAPAN/LAR	Hemovijilans Hemşiresi Ünvan Ad, Soyad, İmza, Tarih	Toplam				
		Ölüm				
		Hemovijilans Koordinatörü Ünvan Ad, Soyad, İmza, Tarih				