



Özel Ekol Hastanesi
KAN BAĞIŞI İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN
REAKSİYON, İNCELEME VE TEDAVİ FORMU



Hizmet Birimi ISBT Kodu		Etkinlik Alan Kodu*	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A
Kan Bağışı Tarihi		Reaksiyon Kodu	
Kan Bağışı Numarası		Reaksiyon Tarihi	.../.../.....
Bağış Tipi:	<input type="checkbox"/> Tam Kan <input type="checkbox"/> Aferez	Reaksiyonun Ciddiyet Derecesi	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
REAKSİYONUN LOKALİZASYONU		REAKSİYONUN BAŞLANGIÇ YERİ	
<input type="checkbox"/> Sistemik	<input type="checkbox"/> Flebotomi Öncesi Alanı	<input type="checkbox"/> İkrar Alanı	
<input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Flebotomi Alanı	<input type="checkbox"/> Etkinlik Dışı Mekân	
*M: Merkez, Sabit Kan Alım Yeri, E: Mobil Çalışma, A:Askeri Birlik Çalışması			
KAN BAĞIŞISININ			
Adı Soyadı.....	Kan Bağışı Öncesi Tespit Edilmiş Değerler	TCKNo	
Boy/Vücut Ağırlığı	.....cm /kg	Alınan Kan Bağışı	<input type="checkbox"/> Kan Alımına Başlanamadı
Hb Değeri	.....mg/dl		<input type="checkbox"/> Bağış Tamamlanmadı
Sistolik TA	.....mmHg		<input type="checkbox"/> Kan Alımı Tamamlandı
Diastolik TA	.....mmHg		
Nabız	...../dk	Alınan Kan Miktarı	.....mL
RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ			
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	Yorgunluk	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Kaçıncı Bağışı	<input type="checkbox"/> İlk <input type="checkbox"/> Diğer:.....	Uykusuzluk	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Reaksiyon Öyküsü	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Açlık	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Reaksiyona Şahitliği	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	İlaç Kullanımı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Emosyonel Stres	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Altta Yatan Hastalık	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
SEMPTOM VE BULGULAR			
Nabız <input type="checkbox"/> Hızlı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Yavaş	<input type="checkbox"/> Solukluk	<input type="checkbox"/> Duyu kayıpları	
<input type="checkbox"/> Nabız alınamaması	<input type="checkbox"/> Yorgunluk	<input type="checkbox"/> Hipoestezi	
<input type="checkbox"/> Nabız atımına uygun titreşim	<input type="checkbox"/> Huzursuzluk	<input type="checkbox"/> Parestezi	
<input type="checkbox"/> Nabız atımıyla hareket eden kitle	<input type="checkbox"/> Ateş basması	<input type="checkbox"/> Hissizlik	
<input type="checkbox"/> Aritmi	<input type="checkbox"/> Baş dönmesi	<input type="checkbox"/> Parmaklarda karıncalanma	
<input type="checkbox"/> Hipotansiyon	<input type="checkbox"/> Senkop	<input type="checkbox"/> Ağız çevresinde uyuşma	
<input type="checkbox"/> Asistoli	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Karpopedal spazm	
<input type="checkbox"/> Kan basıncında artış/düşme	<input type="checkbox"/> Ürtiker <input type="checkbox"/> Yaygın <input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Kolda ve ellerde güçsüzlük	
<input type="checkbox"/> Isı artışı	<input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Yaygın <input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Tetani	
<input type="checkbox"/> Siyanoz	<input type="checkbox"/> Şişlik	<input type="checkbox"/> Epileptik nöbet	
<input type="checkbox"/> Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Nekroz	<input type="checkbox"/> Dengesizliklik	
<input type="checkbox"/> Öksürük	<input type="checkbox"/> Hassasiyet	<input type="checkbox"/> Ağızda metalik tat	
<input type="checkbox"/> Ses kısıklığı	<input type="checkbox"/> Anksiyete	<input type="checkbox"/> Bulantı	
<input type="checkbox"/> Hipoksemi	<input type="checkbox"/> Mental konfüzyon	<input type="checkbox"/> Kusma	
<input type="checkbox"/> Hiperventilasyon	<input type="checkbox"/> Bilinç bozuklukları	<input type="checkbox"/> İnkontinans	
<input type="checkbox"/> Hışırtı solunum	<input type="checkbox"/> Görme bozuklukları	<input type="checkbox"/> Disfaji	
<input type="checkbox"/> Pulmoner ödem	<input type="checkbox"/> Hipotoni	<input type="checkbox"/> Hematuri	
<input type="checkbox"/> Terleme		<input type="checkbox"/> Aferez setinde parlak kırmızı plazma	
Kanama			
<input type="checkbox"/> 4 dakikadan kısa sürede torba sisteminin dolması	<input type="checkbox"/> Kan renginden daha açık renkte kan akışı		
<input type="checkbox"/> Artere giriş öyküsü	<input type="checkbox"/> İğne giriş alanından kanama		
<input type="checkbox"/> Hematom	<input type="checkbox"/> Travmaya ilişkin bulgular		
<input type="checkbox"/> Şok Bulguları			



Özel Ekol Hastanesi
KAN BAĞIŞI İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN
REAKSİYON, İNCELEME VE TEDAVİ FORMU



REAKSİYON / OLAY TİPİ KODLAMASI			
100 İğne ile İlişkili Lokal Semptomlarla Giden Reaksiyonlar			
110 Damar Hasarları			
111 Hematom	112 Gecikmiş Kanama	113 Atardamar Yırtığı	
114 Tromboflebit	115 Arteriovenöz Fistül	116 Brachial Arterde Pseudoanevrizma	
117 Axiller Ven Trombozu	118 Üst Extremitede DVT	119 Lokal Enfeksiyon	
120 Sinir Hasarları			
121 İğneye Bağlı Sinir Hasarı	122 Hematoma Bağlı Sinir Hasarı		
130 Tendon Hasarı			
140 Kompartman Sendromu			
150 Ağrılı Kol			
160 Allerjik Reaksiyon Çeşitleri			
161 Lokal Allerjik Reaksiyon	162 Sistemik Allerjik Reaksiyon	163 Anafilaktik Reaksiyon	
200 Genel Semptomlarla Giden Reaksiyonlar (Vazovagal Reaksiyonlar-VVR)			
(a) Hafif Reaksiyon		(b) Orta Şiddette Reaksiyon	(c) Şiddetli Reaksiyon
(Örneğin, 202a: Hafif Şiddette Hasarlı Vazovagal Reaksiyon)			
201 Ani VVR	202 Yaralanmalı VVR	203 Gecikmiş VVR	204 Yaralanmalı Gecikmiş VVR
300 Afereze İlişkin Reaksiyonlar			
301 Sitrata Toksikitesi	302 Hemoliz	303 Hava Embolizmi	
400 Diğer Reaksiyonlar			
410 Kardiyovasküler Reaksiyonlar			
411 Anjina Pektoris	412 Kalp Durması	413 Serebrovasküler Olay	
414 Miyokard Enfarktüs	415 Geçici İskemik Atak		
REAKSİYONUN TAKİBİ			
Saat	Arteriyel Tansiyon	Nabız	Pozisyon
Saat:.....	...../.....mmHg	...../dk	<input type="checkbox"/> Oturarak <input type="checkbox"/> Yatarak <input type="checkbox"/> Ayaklar Yukarıda
Saat:.....	...../.....mmHg	...../dk	<input type="checkbox"/> Oturarak <input type="checkbox"/> Yatarak <input type="checkbox"/> Ayaklar Yukarıda
Saat:.....	...../.....mmHg	...../dk	<input type="checkbox"/> Oturarak <input type="checkbox"/> Yatarak <input type="checkbox"/> Ayaklar Yukarıda
Saat:.....	...../.....mmHg	...../dk	<input type="checkbox"/> Oturarak <input type="checkbox"/> Yatarak <input type="checkbox"/> Ayaklar Yukarıda
Saat:.....	...../.....mmHg	...../dk	<input type="checkbox"/> Oturarak <input type="checkbox"/> Yatarak <input type="checkbox"/> Ayaklar Yukarıda
Düzelme	...../.....mmHg	...../dk	<input type="checkbox"/> Oturarak
MÜDAHALE / TEDAVİ SÜRECİ			
<input type="checkbox"/> Herhangi bir ilaç/sıvı kullanılmadan düzelme gerçekleşti			
<input type="checkbox"/> İlaç kullanıldı	Açıklayınız:		
<input type="checkbox"/> IV sıvı infüzyonu yapıldı			
<input type="checkbox"/> Oksijen verildi			
<input type="checkbox"/> Diğer medikal müdahale			
SONUÇ			
<input type="checkbox"/> Kan bağışçısı komplikasyonsuz olarak kan toplama alanını terk etti			
<input type="checkbox"/> Düzelme sağlandı ve altta yatan neden için hastaneye yönlendirildi			
Açıklama:			
<input type="checkbox"/> Düzelme sağlanamadı ve acilen hastaneye sevk edildi			
Açıklama:			
Doktorun Görüşü:			
Flebotomi Yapan Ünvan, Ad Soyad, imza tarih	Bağıştan Sorumlu Doktor Ünvan, Ad Soyad, imza tarih	Hemovijilans Sorumlusu Ünvan, Ad Soyad, imza tarih	