



Özel Ekol Hastanesi
KAN BAĞIŞÇISI TIBBİ DEĞERLENDİRME VE FLEBOTOMİ
FORMU



KAN BAĞIŞÇISI TIBBİ DEĞERLENDİRME VE FLEBOTOMİ FORMU

Buraya Alfanümerik veya Nümerik Kod İçeren Etiket Yapıştırılacaktır	Kan Bağışı Yapılan Yer	Kan Bağışı Tipi
	<input type="checkbox"/> Kan Bağış Merkezi	<input type="checkbox"/> Tam Kan Bağışı
	<input type="checkbox"/> Sivil Ekip Çalışması	<input type="checkbox"/> Aferez Bağışı
	<input type="checkbox"/> Askeri Ekip Çalışması	<input type="checkbox"/> Tromboferez
	<input type="checkbox"/> Sabit Ekip Yeri	<input type="checkbox"/> Eritroferez
<input type="checkbox"/> Transfüzyon Merkezi	<input type="checkbox"/> Plazmaferez	
Kan Bağışı Öncesi Muayene ve Ölçüm Değerleri		
Vücut Ağırlığı: kg	Nabız: /dk	
Vücut Isısı: °C	Kan Basıncı: /..... mmHg	
Hemoglobin : g/dL	Trombosit Sayısı: x10 ⁹ /L*	
Flebotomi Alanı Kontrolü <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil	İlaç Etiketi Buraya Yapıştırılır**	Muayene ve Ölçüm Yapan Flebotomist Kaşe ve İmza
Kan Grubu*** <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RhD Pozitif <input type="checkbox"/> RhD Negatif		

* Tromboferez yapılacaksa ölçülmelidir, **Aspirin, Piroksikam veya diğer NSAİ kullanımı varsa, İlaç Uyarı Etiketi yapıştırılır, ***Ön gruplama yapılıyorsa, yazılmalıdır.

Sorumlu Hekimin Değerlendirmesi		
<input type="checkbox"/> Kan Bağışı Yapabilir	<input type="checkbox"/> Ret Veritabanı Kontrolü Yapıldı	
<input type="checkbox"/> Kan Bağışı İçin Uygun Değildir <input type="checkbox"/> Kalıcı Ret <input type="checkbox"/> Geçici Ret <input type="checkbox"/> Geçici Şartlı Ret	Kan Bağışçısı Reddedildiyse, Ret Nedeni:	
Hekimin Düşünceleri:	Sorumlu Hekim Kaşe ve İmza	
Flebotomi İşleminin Değerlendirmesi <input type="checkbox"/> İşlem Sorunsuz Tamamlandı <input type="checkbox"/> İşlem Tamamlanamadı		
Tam Kan Bağışı İçin Bağış Süresi: <input type="checkbox"/> <12 Dk <input type="checkbox"/> 12-15 Dk <input type="checkbox"/> >15 Dk	Tam Kan Bağışı İçin Toplanan Kan Hacmi: <input type="checkbox"/> 450 mL±%10 <input type="checkbox"/> ≥300 ve<405 mL <input type="checkbox"/> <300 mL	İşlem Tamamlanamadı İse Nedeni:
Aferez İçin Bağış Süresi:Dk	Aferez İçin Hacim: Tromboferez mL EritroferezmL PlazmaferezmL	Flebotomiyi Yapan Flebotomist Kaşe ve İmza

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
TH.FR.27	18.04.2018	00	-	1 / 1