



Özel Ekol Hastanesi
TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ ŞÜPHELİ
İSTENMEYEN REAKSİYON HIZLI
BİLDİRİM FORMU



Kan Hizmet Biriminin Adı						
Hasta Bilgileri	Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E	Yaş	Kan Grubu	
Transfüzyon Tarihi: ... / ... /		Başlangıç Saati:.....		Bitiş/Sonlandırma Saati.....		
İstenmeyen Ciddi Reaksiyon Tarihi		... / ... /		Rapor Etme Tarihi	... / ... /	Reaksiyon Kodu :
BİLEŞEN BİLGİLERİ						
Bileşen no:*			Bileşen ABO/Rh			
<input type="checkbox"/> Tam kan	<input type="checkbox"/> Trombosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Kriyopresipitat				
<input type="checkbox"/> Eritrosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Taze Donmuş Plazma	<input type="checkbox"/> Kriyopresipitatu Uzaklaştırılmış Plazma				
<input type="checkbox"/> Aferez Eritrosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Taze Plazma	<input type="checkbox"/> Aferez Granülosit Konsantresi				
<input type="checkbox"/> Aferez Trombosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Diğer:					
BİLEŞEN ÖZELLİKLERİ						
<input type="checkbox"/> Lökosit azaltılmış	<input type="checkbox"/> Işınlanmış	<input type="checkbox"/> Buffy Coat Uzaklaştırılmış				
<input type="checkbox"/> Hasta başı filtrasyon VAR	<input type="checkbox"/> Yıkanmış	<input type="checkbox"/> CMV Negatif				
<input type="checkbox"/> Çapraz karşılaştırma YOK	<input type="checkbox"/> Bölünmüş	<input type="checkbox"/> HLA uygun				
<input type="checkbox"/> Diğer Eritrosit Antijenleri; Uygun** :		<input type="checkbox"/> Otolog				
<input type="checkbox"/> Diğer;						
TEDARİKÇİ BİLGİLERİ						
<input type="checkbox"/>Bölge KM		<input type="checkbox"/> Hastane TM	<input type="checkbox"/> Diğer:			
İSTENMEYEN REAKSİYONLAR						
<input type="checkbox"/> ABO Uyumsuzluğundan Kaynaklanan İmmünolojik Hemoliz			<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Virüs Enfeksiyonu (HBV)			
<input type="checkbox"/> İmmünolojik Olmayan Hemoliz			<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Virüs Enfeksiyonu (HCV)			
<input type="checkbox"/> Alloantikorlardan Kaynaklanan İmmünolojik Hemoliz			<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Virüs Enfeksiyonu (HIV-1/2)			
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ilişkili Akut Akciğer Hasarı (TRALI)			<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Virüs Enfeksiyonu (Diğer):			
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile ilişkili Dolaşım Yüklenmesi (TACO)			<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Bakteri Enfeksiyonu			
<input type="checkbox"/> Anafilaksi			<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Parazit Enfeksiyonu (Sıtma)			
<input type="checkbox"/> Transfüzyon Sonrası Purpura			<input type="checkbox"/> Transfüzyonla Bulaşan Parazit Enfeksiyonu (Diğer):			
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ilişkili <i>Graft versus Host</i> Hastalığı			<input type="checkbox"/> Diğer İstenmeyen Ciddi Reaksiyonlar (açıklayınız):			
İLİŞKİLİLENDİRME DERECE						
<input type="checkbox"/> Değerlendirilmeyen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
REAKSİYON CİDDİYET DERECE						
<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
Klinik Gidiş:						
BİLDİRİMİ YAPAN HEKİM			HEMOVİJİLANS KOORDİNATÖRÜ			
Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih			Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih			

*Bileşen ile ilişkilendirilemeyen reaksiyonlarda "BİLİNMIYOR" yazılacaktır

**Hangi eritrosit antijenlerinin uygun olduğu belirtilecektir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
TH.FR.11	06.12.2016	00	-	1 / 2