



Özel EKOL HASTANESİ
ACİL KAN ve KAN ÜRÜNÜ İSTEM FORMU



Hasta Bilgileri

Adı Soyadı :	Kan Grubu :
Protokol No :	
Yaş-Cinsiyet :	
Bölüm :	İstem Tarihi ve Saati: _____
Ön Tanı :	
Acil Kan İstem Gerekçesi (Transfüzyon endikasyonu) :	
Hastada daha önce transfüzyon öyküsü: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	

İstemi Yapılan Kan Ürünü Bilgileri

<input type="checkbox"/> Kan Grubu :	
<input type="checkbox"/> Tam Kan :	ünite
<input type="checkbox"/> Eritrosit Süsp. :	ünite
<input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz):	
Hastanın acil tranfüzyon ihtiyacı olduğu için verilecek kanın;	
<input type="checkbox"/> Çapraz karşılaştırma yapılmadan,	
<input type="checkbox"/> Çapraz karşılaştırma yapılarak,	
<input type="checkbox"/> HbsAg, Anti HCV, Anti HIV ve VDRL testleri tamamlanmadan,	
<input type="checkbox"/> HbsAg, Anti HCV, Anti HIV ve VDRL testleri hızlı tanı kitleri ile yapılarak,	
<input type="checkbox"/> Kan grubu uygunluğu ile tranfüzyonu kabul ediyorum.	
<input type="checkbox"/> O Rh negatif eritrosit konsantresini kabul ediyorum.	
<input type="checkbox"/> AB grubu plazmayı kabul ediyorum.	
HER TÜRLÜ TIBBİ VE HUKUKİ SORUMLULUĞU ALARAK TRANSFÜZYON İÇİN HAZIRLANMASINI İSTİYORUM.	
Dr.Adı Soyadı:	İmzası:.....
(El yazısı ile)	

Verilen Kan Ürünü Bilgileri

Kan Grubu:
Ünite Numaraları:
Kan ürününü teslim eden Ad-Soyad/İmza:

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

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
TH.FR.10	21.05.2014	03	25.11.2017	1 / 1