



Özel Ekol Hastanesi

KAN ve KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYONU KONTROL ve İZLEM FORMU

HASTANIN	Adı - Soyadı :	T.C. Kimlik No :
	Doğum Tarihi :/...../.....	Tedavi Gördüğü Bölüm:
	Protokol Numarası:	KAN GRUBU : DONÖR NO:

KAN ve KAN ÜRÜNÜNÜN BİRİM TARAFINDAN TESLİM ALINMA SAATİ:

TRANSFÜZYON ÖNCESİ

TRANSFÜZYONU YAPILACAK KAN ÜRÜNÜ

Kan ürünü	Adet	ISBT No	Kan Ürünü No	Son Kullanma Tarihi
Tam Kan				
Trombosit Süspansiyonu				
Taze Donmuş Plazma				
Eritrosit Süspansiyonu				
Kriyopresipitat				

Transfüzyon için hasta, hekim tarafından bilgilendirilir ve onam alınır. (HD.RB.62 Kan ve Kan Ürün. Transf. Aydınlatılmış Onam Formu ile)

KONTROLLER		1.Kişi	2.Kişi
1	Hastanın kan grubunun kontrol et		
2	Gönderilen kan komponenti ile hastanın kan grubu uyumunu kontrol et		
3	Hasta adına yapılan çapraz karşılaştırma testini (Cross Match) kontrol et		
4	Mikrobiyolojik test sonuçlarını ve sonuçlarının negatif olduğunu kontrol et		
5	Kan veya kan ürününün alınma ve son kullanma tarihini kontrol et		
6	Tedavi planında yazılan ürünle, gelen ürününün aynı olup olmadığını kontrol et		
7	Torbada sızma olup olmadığını kontrol et		
8	Ürün renginde değişiklik, içerisinde pıhtı/partüklü varlığını kontrol et		
9	Ürünün ISBT numarasını kontrol et		
10	Etiketdeki depolama sıcaklığını kontrol et		
11	Transfüzyona başlamadan önce hastaya kimlik doğrulama yap		
Transfüzyon öncesi kontroller gerçekleştirildi ve herhangi bir uyumsuzluk ve şüphe bulunmamaktadır.		Tarih :/...../..... Saat: Kontrol Gerçekleştiren 1. Kişi Ad / Soyad / İmza	Tarih :/...../..... Saat: Kontrol Gerçekleştiren 2. Kişi Ad / Soyad / İmza

Yukarıdaki bilgiler ile ilgili uyumsuzluk veya şüpheniz varsa problem çözülene kadar kesinlikle TRANSFÜZYONA BAŞLAMAYINIZ.

TRANSFÜZYON SIRASINDA

PLANLANAN VERİLİŞ SÜRESİ: Transfüzyon Başlama Saati: Transfüzyon Bitiş Saati:
Transfüzyon Uzama Nedeni: Alınan Önlem/Müdahale: Uzama Süresi:
Bildirimi Yapan Ad / Soyad / İmza:

Transfüzyon ilk 15 dakika yavaş yapılmalıdır ve bu süreçte hasta yatağı başında izlenmelidir.

	Transfüzyon Öncesi	Transfüzyon ilk 15'Dk	Transfüzyon 30'Dk	Transfüzyon 45'Dk	Transfüzyon 1. Saat	Transfüzyon 2.Saat	Transfüzyon 3.Saat	Transfüzyon SONU	Transfüzyon 4 Saat SONRA
Ateş									
Nabız									
Solunum									
Tansiyon									

REAKSİYON OLDU İSE TESPİT ETTİĞİNİZ BELİRTİLERİ AŞAĞIDAKİ KUTULardan İŞARETLEYİNİZ

<input type="checkbox"/> Titreme	<input type="checkbox"/> Siyanoz	<input type="checkbox"/> Venöz Dolgunluk	<input type="checkbox"/> Bel Ağrısı
<input type="checkbox"/> Ateş	<input type="checkbox"/> Rall	<input type="checkbox"/> Ödem	<input type="checkbox"/> Parmaklarda Ağrı
<input type="checkbox"/> Ürtiker	<input type="checkbox"/> Balgamsız Öksürük	<input type="checkbox"/> Anüri	<input type="checkbox"/> Karın Krampları
<input type="checkbox"/> Hipotansiyon	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Hematüri	<input type="checkbox"/> Bilinç Kaybı
<input type="checkbox"/> Baş Dönmesi	<input type="checkbox"/> Bulantı	<input type="checkbox"/> Baş Ağrısı	<input type="checkbox"/> Anafilaktik Şok
<input type="checkbox"/> Dispne	<input type="checkbox"/> Kusma	<input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı	<input type="checkbox"/> Diğer:.....
<input type="checkbox"/> Taşipne	<input type="checkbox"/> Taşikardi	<input type="checkbox"/> Yan Ağrısı	

Transfüzyon Sonlandırma Anına Kadar Verilen Kan Ürününün Miktarı ml - Saati : :

TRANSFÜZYON REAKSİYON OLDU İSE

* Transfüzyonu durdur, hastanın damar yolundan % 0.9 NaCl uygulayınız.

* Hastanın doktoruna ve hemovijilans sorumlusuna bilgi veriniz.

* Hastanın kimliğini tekrar kontrol ediniz.

* Kan ürününü ve hastanın ABO ve Rh grubunu tekrar kontrol ediniz.

* Kan komponentini, kan verme setini ve beraberinde verilen sıvıları atmayınız.

* Kan bankası reaksiyon hakkında bilgilendiriniz.

* Görüşülen kişinin Adı -Soyadı ve görüşme saatini kayıt ediniz.

* Formun ilk nüshası Transfüzyon Merkezine teslim edilecek, bir fotokopide hasta dosyasına eklenecektir.

Transfüzyonu Uygulayan
Ad / Soyad / İmza

Reaksiyon Dışında Transfüzyon Durdurma Nedeni :

DOKÜMAN NO : TH.FR.01	YAYIN TARİHİ : 01.01.2008	REVİZYON NO : 03	REVİZYON TARİHİ : 30.09.2025	SAYFA NO : 1/1
-----------------------	---------------------------	------------------	------------------------------	----------------