|  |  |
| --- | --- |
| **saglik-bakanligi-log-6dcef7a4e70da8cff952.jpg** | **T.C.****SAĞLIK BAKANLIĞI****SİLOPİ DEVLET HASTANESİ**KAN VE KAN ÜRÜNLERİ UYGUNLUK VE TRANSFÜZYON TAKİP FORMU |
| **DOKÜMAN KODU:**  **STH.FR.02** | **YAYIN TARİHİ: 17.01.18** | **REVİZYON NO: 03** | **REVİZYON TARİHİ: 17.02.2020** | **SAYFA NO: 01** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hastanın Adı Soyadı** | **:**  | **Kliniği** | **: DAHİLİYE SERVİSİ (SİLOPİ DH)** |
| **İşlem Numarası** | **:**  | **Komplement ve Miktarı** | **: Eritrosit Süspansiyonu (ml)** |
| **Kan Grubu** | **: 0 Rh (+)** | **Son Kullanma Tarihi** | **:**  |
| **Kan/Kan Ürün Numarası** | **: T00** | **Kanın Geldiği Kurum** | **: KIZILAY KAN MERKEZİ** |

Kan ve Kan Ürünleri Uygunluğu (Crossmatch)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SONUÇ : UYGUN****ISBT NO :** | **TARİH : 10.08.2017 12:39:00** | **Kan Merkezi Görevlisi**  |
| **HBsAg**NEGATİF | **ANTI-HIV I-II**NEGATİF | **HAZIRLANAN KANLARLA İLGİLİ BİLGİLER****ANTI-HCV VDRL**NEGATİF NEGATİF | **TESTLERİ ÇALIŞILMIŞTIR** |

İLGİLİ KLİNİK

|  |  |
| --- | --- |
| **Evet** | **Hayır** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| * **İlaç Kullanımı: HASTA BAŞI KONTROL**
* **Kaçıncı Transfüzyon;**
* **Uygulama Bölgesi ve İnfüzyon Hızı:**

**HASTA BAŞI KONTROLÜNDE CEVAPLANANLARDAN HERHANGİ BİRİ HAYIR İSE KESİNLİKLE TRANSFÜZYON YAPMAYINIZ*** **Takip formu ve ürün üzerindeki kan protokol numaraları aynıdır.**
* **Donör ve alıcının kan grupları uygundur.**
* **Kan ürününün son kullanma tarihi transfüzyon için uygundur.**
* **Kan ürününde transfüzyona engel bir durum yoktur.**
 |
| **Tranfüzyon** |  | **SAAT** | **ATEŞ** | **TANSİYON** | **NABIZ** | **SOLUNUM** |
| **HEMEN** |  |  |  |  |  |
| **15 dk** |  |  |  |  |  |
| **30 dk** |  |  |  |  |  |
| **45 dk** |  |  |  |  |  |
| **1 saat** |  |  |  |  |  |
| **1.5 saat** |  |  |  |  |  |
| **2 saat** |  |  |  |  |  |
| **2.5 saat** |  |  |  |  |  |
| **3 saat** |  |  |  |  |  |
| * Transfüzyona Başlanan Tarih ve Saat **:**
* Transfüzyon Bitiş Saati **:**
* Transfüzyon Sırasında Verilen İlaçlar **:**

Transfüzyon Reaksiyonu Var Hemolitik Allerjik Yok Febril-Nonhemolitik AnafilaktikTranfüz Edilen Miktar Tamamı Kısmı Yaklaşık.................ml Diğer |

**Tranfüzyon Uygulayan Kişinin Düşünce ve Gözlemi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **KAN MERKEZİNDEN TESLİM ALAN PERSONEL** | **TRANSFÜZYONU UYGULAYAN SAĞLIK PER.** | **GÖZLEMCİ SAĞLIK PER.** |
| **TARİH :** 10.08.2017 12:3192:0309 **İmza****Adı Soyadı :** PERSONEL | **Adı Soyadı : İmza** | **Adı Soyadı : İmza** |