|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Anafilaktik  Tranfüz 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** |