



# KAN VE KAN ÜRÜNLER TRANSFÜZYONU STEM FORMU

Doküman Kodu	TH.FR.019
Yayın Tarihi	07.01.2016
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1

ÇOK ACİL	KAN 10-15 DAKKA ÇİNDE TESLİM EDİLİR	TRANSFUZYON PLANLAYAN DR.
ACİL	KAN 1 SAAT ÇİNDE TESLİM EDİLİR	
ÖNCELİK	KAN 3 SAAT ÇİNDE TESLİM EDİLİR	

<input type="checkbox"/>	Tarama testlerinin kart testle çalışmasını kabul ediyorum
<input type="checkbox"/>	Cross-match testinin yapılmamasını kabul ediyorum
<input type="checkbox"/>	Kan grubu uygunluğu ile transfüzyonu kabul ediyorum
<input type="checkbox"/>	O Rh negatif eritrosit konsantrasyonunu kabul ediyorum
<input type="checkbox"/>	AB grubu plazmayı kabul ediyorum
<input type="checkbox"/>	Farklı gruptan trombosit verilmesini kabul ediyorum
<input type="checkbox"/>	D ER.....

TRANSFÜZYON ENDİKASYONU
-------------------------

HASTANIN ADI SOYADI :
PROTOKOL NO:
YAŞ : CİNSİYET :
YATTIĞI SERVİS:

STEM GEREKÇESİ
----------------

KAN GRUBU:
ABO:
RH:

	EVET	HAYIR
TRANSFUZYON ÖYKÜSÜ VAR MI		
DOĞUM ÖYKÜSÜ?		
HASTA ÖYKÜSÜNDE ANTİKOR		
TRANSPLANTASYON TRANSFUZYON		
TRANSFUZYON REAKSİYONU		
FETÖ MATERNAL UYUMAZLIK		

BİLGİ VERİLEP ONAYI ALINAN KİŞİ :
(Hasta veya yakını)
ADI SOYADI:
MZASI:
TARİH:

TRANSFUZE EDİLECEK ÜRÜN:	ÜNİTE
TAM KAN	
ERİTROSİT SÜSPANSİYONU	
TROMBOSİT SÜSPANSİYONU	
TDP	

PLANLANAN VERİLME SÜRESİ
--------------------------

HASTADAN KAN ÖRNEĞİNİN ALAN KİŞİ	CROSS MATCH YAPILDI MI?		CROSS MATCH YAPAN 1. KİŞİ :			
	EVET	HAYIR	CROSS MATCH YAPAN 2. KİŞİ CROSS MATCH TARİHİ :			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

	1.U	2.U	3.U	4.U	5.U	6.U
KAN VE KAN ÜRÜNÜ TORBA NO:						
KAN VE KAN ÜRÜNÜ SON KULLANMA TARİHİ :						
TRANSFUZYONU BAŞLATAN 1. HEMORREJİ:						
TRANSFUZYONU BAŞLATAN 2. HEMORREJİ						
TRANSFUZYONU BİTİREN HEMORREJİ:						
TRANSFUZYON BAŞLAMA SAATİ :						
TRANSFUZYON BİTİME SAATİ :						

KOMPLİKASYONLAR:	Komplikasyon Tarih ve Saati:					
1)ATE	<input type="checkbox"/>	5)ÜRTİKERYERİ	<input type="checkbox"/>	9)HİPERNATREMİ	<input type="checkbox"/>	
2)DİSPNE	<input type="checkbox"/>	6)HİPOTANSİYON	<input type="checkbox"/>	10)HİPERKALEMİ	<input type="checkbox"/>	
3)TAKARDİ	<input type="checkbox"/>	7)YÜKLENME	<input type="checkbox"/>	11)AKUT HEMOLİTİK REAK.	<input type="checkbox"/>	
4)YANAK RİSİ	<input type="checkbox"/>	8)HİPOKSİ	<input type="checkbox"/>			

ANTİKOR TARAMA TESTİ YAPAN KİŞİ :	NEGATİF <input type="checkbox"/>	POZİTİF <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------