



# KAN BAĞIŞI İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN REAKSİYON İNCELEME VE TEDAVİ FORMU

Doküman Kodu	TH.FR.09
Yayın Tarihi	21.10.2024
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1

<b>Hizmet Birimi ISBT Kodu</b>			
Kan Bağışı Tarihi	..... /..... /.....	Kan Bağışı Numarası:	
Bağış Tipi	<input type="checkbox"/> Tam Kan <input type="checkbox"/> Aferez <input type="checkbox"/> Eritrosit Konsantresi <input type="checkbox"/> Trombosit Konsantresi <input type="checkbox"/> Plazma <input type="checkbox"/> Granülosit <input type="checkbox"/> Kombine		
Etkinlik Alanı	<input type="checkbox"/> Merkez (sabit kan alım yeri)	<input type="checkbox"/> Ekip (mobil çalışma)	<input type="checkbox"/> Askeri birlik çalışması
Reaksiyon Tarihi	.... /.... /.....		
Reaksiyon Tanımı			
Reaksiyonun Ciddiyet Derecesi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>Reaksiyonun Lokalizasyonu</b>	<b>Reaksiyonun Başlangıç Yeri</b>		
<input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Flebotomi Öncesi Alanı	<input type="checkbox"/> İkram Alanı	
<input type="checkbox"/> Sistemik	<input type="checkbox"/> Flebotomi Alanı	<input type="checkbox"/> Etkinlik dışı mekan .....	
<b>KAN BAĞIŞÇISININ</b>			
Adı Soyadı: .....	Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	TCK No:.....	
<b>Kan Bağışı Öncesi Tespit Edilmiş Değerler</b>			
Boy/Vücut Ağırlığı	..... cm / .....kg	Alınan Kan Bağışı	
Hb Değeri	..... gr/dL	<input type="checkbox"/> Kan Alımına Başlanmadı	
Sistolik TA	..... mmHg	<input type="checkbox"/> Bağış Tamamlandı	
Diastolik TA	..... mmHg	<input type="checkbox"/> Kan Alımı Tamamlandı	
Nabız	..... /dk	Alınan Kan Miktarı	.....mL
<b>RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ</b>			
Kaçıncı Bağışı	<input type="checkbox"/> İlk <input type="checkbox"/> Diğer:.....	Uykusuzluk	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Reaksiyon Öyküsü	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Açlık	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Reaksiyona Şahitliği	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	İlaç Kullanımı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Emosyonel Stres	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Alta Yatan Hastalık	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Yorgunluk	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Diğer:.....	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
<b>SEMPTOM VE BULGULAR</b>			
Nabız <input type="checkbox"/> Hızlı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Yavaş	<input type="checkbox"/> Solukluk	<input type="checkbox"/> Hipoestezi	
<input type="checkbox"/> Nabız alınamaması	<input type="checkbox"/> Yorgunluk	<input type="checkbox"/> Parestezi	
<input type="checkbox"/> Nabız atımına uygun titreşim	<input type="checkbox"/> Huzursuzluk	<input type="checkbox"/> Hissizlik	
<input type="checkbox"/> Nabız atımıyla hareket eden kitle	<input type="checkbox"/> Ateş basması	<input type="checkbox"/> Parmaklarda karıncalanma	
<input type="checkbox"/> Aritmi	<input type="checkbox"/> Baş dönmesi	<input type="checkbox"/> Ağız çevresinde uyuşma	
<input type="checkbox"/> Hipotansiyon	<input type="checkbox"/> Senkop	<input type="checkbox"/> Karpopedal spazm	
<input type="checkbox"/> Asistoli	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Kolda ve ellerde güçsüzlük	
<input type="checkbox"/> Kan basıncında artış/düşme	<input type="checkbox"/> Ürtiker <input type="checkbox"/> Yaygın <input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Tetani	
<input type="checkbox"/> Isı artışı	<input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Yaygın <input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Epileptik nöbet	
<input type="checkbox"/> Siyanoz	<input type="checkbox"/> Şişlik	<input type="checkbox"/> Dengesizliklik	
<input type="checkbox"/> Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Nekroz	<input type="checkbox"/> Ağızda metalik tat	
<input type="checkbox"/> Öksürük	<input type="checkbox"/> Hassasiyet	<input type="checkbox"/> Bulantı	
<input type="checkbox"/> Ses kısıklığı	<input type="checkbox"/> Anksiyete	<input type="checkbox"/> Kusma	
<input type="checkbox"/> Hipoksemi	<input type="checkbox"/> Mental konfüzyon	<input type="checkbox"/> İnkontinans	
<input type="checkbox"/> Hiperventilasyon	<input type="checkbox"/> Bilinç bozuklukları	<input type="checkbox"/> Disfaji	
<input type="checkbox"/> Hişirtirli solunum	<input type="checkbox"/> Görme bozuklukları	<input type="checkbox"/> Hematüri	
<input type="checkbox"/> Pulmoner ödem	<input type="checkbox"/> Hipotoni	<input type="checkbox"/> Aferez setinde parlak kırmızı plazma	
<input type="checkbox"/> Terleme	<input type="checkbox"/> Duyu kayıpları	<input type="checkbox"/> Diğer:.....	