



# TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN REAKSİYON DOĞRULAMA FORMU

Doküman Kodu	TH.FR.10
Yayın Tarihi	21.10.2024
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1

Kan Hizmet Biriminin Adı: .....	
Reaksiyon Tanımı: .....	Reaksiyon İlişkilendirme Derecesi ( <i>Imputabilite</i> )*
Reaksiyon Tarihi: ..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Değerlendirilemeyen
Doğrulama Tarihi: ..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Bileşen ISBT No: .....	Reaksiyon Ciddiyet Derecesi*
Transfüzyon Tarihi: ..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Transfüzyon Başlangıç Saati: .....	Bitiş / Sonlandırma Saati: .....
İstenmeyen Reaksiyon	<input type="checkbox"/> Doğrulandı <input type="checkbox"/> Doğrulanmadı (açıklayınız): .....
İstenmeyen Reaksiyon Tipinin Değişmesi	<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti (açıklayınız): .....
<b>YENİ</b> Reaksiyon Tipi : .....	
İlişkilendirme Derecesi	Değişiklik
<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti	→ Nedeni (Açıklayınız): .....
<b>YENİ</b> İlişkilendirme Derecesi	
<input type="checkbox"/> Değerlendirilemeyen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Reaksiyonun ciddiye Derecesi	Değişiklik
<input type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti	→ Nedeni (Açıklayınız): .....
<b>YENİ</b> Ciddiyet Derecesi	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Klinik Gidiş: <input type="checkbox"/> Tamamen iyileşti <input type="checkbox"/> Minör sekel (açıklayınız): <input type="checkbox"/> Ciddi sekel (açıklayınız): <input type="checkbox"/> Ölüm (açıklayınız):	
Hastanın Hekimi Unvan, Ad, Soyad, imza, tarih	Hemovijilans Koordinatörü

(\*) Bakınız; Ulusal Hemovijilans Rehberi