



TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN REAKSİYON FORMU

Doküman Kodu	TH.FR.11
Yayın Tarihi	21.10.2024
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1 / 2

HASTA BİLGİLERİ			
Adı ve Soyadı:		Hasta Kan Grubu	
Protokol No			
TC Kimlik No			
Doğum tarihi			
Cinsiyeti	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E		
Transfüzyon Tarihi/...../.....	Başlangıç Saati:	Bitiş/Sonlandırma saati:
BİLEŞEN BİLGİLERİ			
Bileşen ISBT No:	Bileşen A BO/Rh Grubu:		
<input type="checkbox"/> Tam Kan	<input type="checkbox"/> Aferez Eritrosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Taze Plazma	
<input type="checkbox"/> Eritrosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Aferez Trombosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Kriyopresipitatu Uzaklaştırılmış Plazma	
<input type="checkbox"/> Trombosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Aferez Granülosit Konsantresi	<input type="checkbox"/> Kriyopresipitat	
<input type="checkbox"/> Taze Donmuş Plazma (TDP)	<input type="checkbox"/> Diğer:		
BİLEŞEN ÖZELLİKLERİ			
Çapraz Karşılaştırma <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun değil <input type="checkbox"/> Yapılmadı	<input type="checkbox"/> Işınlanmış	<input type="checkbox"/> CMV Negatif	
Hasta başı filtrasyon <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Yıkama işi	<input type="checkbox"/> HLA Uygun	
<input type="checkbox"/> Buffy coat uzaklaştırılmış	<input type="checkbox"/> Bölünmüş üş	<input type="checkbox"/> Otolog	
<input type="checkbox"/> Lökosit azaltılmış	<input type="checkbox"/> Diğer e ritrosit antijenleri uygun; <i>Hangi eritrosit antijenlerinin uygun olduğu belirtilecek tir.</i>		
<input type="checkbox"/> Diğer:			
TEDARİKÇİ BİLGİLERİ			
<input type="checkbox"/>Bölge Kan Merkezi <input type="checkbox"/> Hastane Transfüzyon Merkezi <input type="checkbox"/> Diğer:			
BELİRTİ VE BULGULAR			
BELİRTİLER		KAN ANALİZLERİ	
<input type="checkbox"/> Ateş	<input type="checkbox"/> Baş Ağrısı	<input type="checkbox"/> Retikülositoz	<input type="checkbox"/> İndirekt Hiperbilirubinemi
<input type="checkbox"/> Üşüme	<input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı	<input type="checkbox"/> U Hemoglobin düzeyi	<input type="checkbox"/> Serbest Hemoglobin Varlığı
<input type="checkbox"/> Titreme	<input type="checkbox"/> Karın Ağrısı	<input type="checkbox"/> U Haptoglobulin düzeyi	<input type="checkbox"/> LDH Düzeyi U
<input type="checkbox"/> Huzursuzluk	<input type="checkbox"/> Sırt Ağrısı	<input type="checkbox"/> U O2 satürasyonu	<input type="checkbox"/> Ferritin Düzeyi U
<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Bel Ağrısı	<input type="checkbox"/> U İyonize kalsiyum	<input type="checkbox"/> BNP Düzeyi U
<input type="checkbox"/> Hipotansiyon	<input type="checkbox"/> İnfüzyon Yerinde Ağrı	<input type="checkbox"/> U IgA	<input type="checkbox"/> Hiperpotasemi
<input type="checkbox"/> Bilinç Kaybı	<input type="checkbox"/> Şok	<input type="checkbox"/> HPA Antikorları Pozitifliği	
<input type="checkbox"/> Kaşıntı	<input type="checkbox"/> Öksürük	<input type="checkbox"/> Direk Coombs Pozitifliği	
<input type="checkbox"/> Kızamıklık	<input type="checkbox"/> Hışırtı	<input type="checkbox"/> İndirekt Coombs Pozitifliği; Saptanan antikorlar.....	
<input type="checkbox"/> Döküntü	<input type="checkbox"/> Dispne	İDRAR ANALİZLERİ	
<input type="checkbox"/> Ürtiker	<input type="checkbox"/> Disfoni	<input type="checkbox"/> Hemoglobüri	<input type="checkbox"/> Bilirubinüri
<input type="checkbox"/> Sarılık	<input type="checkbox"/> Disfaji	<input type="checkbox"/> Hemosiderinüri	<input type="checkbox"/> Ürobilinojen U
<input type="checkbox"/> Solukluk	<input type="checkbox"/> Oligoanüri	<input type="checkbox"/> Diğer:	
<input type="checkbox"/> Hipotoni	<input type="checkbox"/> Stridor	DİĞER İNCELEMELER	
<input type="checkbox"/> Bulantı	<input type="checkbox"/> Oligoanüri	<input type="checkbox"/> Anormal EKG	<input type="checkbox"/> Anormal Akciğer Grafisi
<input type="checkbox"/> Kusma	<input type="checkbox"/> Koyu renk idrar	<input type="checkbox"/> Anormal EKO	<input type="checkbox"/> Biyopsi bulguları
<input type="checkbox"/> Diyare	<input type="checkbox"/> Kanama	<input type="checkbox"/> Diğer:	
<input type="checkbox"/> Halsizlik	<input type="checkbox"/> Kollaps		
İSTENMEYEN REAKSİYONLAR*			
<input type="checkbox"/> ABO Uyumsuzluğundan Kaynaklı Akut İmmün Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (A1)		<input type="checkbox"/> Hipokalsemi/Sitrat Toksikitesi (A13)	
<input type="checkbox"/> Alloantikorlardan kaynaklı Akut İmmün Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (A2)		<input type="checkbox"/> Hipotermi (A14)	
<input type="checkbox"/> İmmünolojik olmayan hemoliz (A3)		<input type="checkbox"/> Hiperkalemi (A15)	
<input type="checkbox"/> Gecikmiş Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (GHTR) (G1)		<input type="checkbox"/> Hemosiderozis (G5)	
<input type="checkbox"/> Gecikmiş Serolojik Transfüzyon Reaksiyonu (Alloimmünizasyon) (G2)		<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili İmmünomodülasyon (TRİM)(G6)	
<input type="checkbox"/> Febril Non Hemolitik Transfüzyon Reaksiyonu (A4)		<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili Bakteriyal Enfeksiyon (A16)	
<input type="checkbox"/> Hafif Alerjik Reaksiyon (A5)		<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili Viral Enfeksiyon HBV(G7)	



TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN REAKSİYON FORMU

Doküman Kodu	TH.FR.11
Yayın Tarihi	21.10.2024
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	2 / 2

<input type="checkbox"/> Anafilaktik Reaksiyon (A6)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili Viral Enfeksiyon HCV(G8)
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili Graft Versus Host Hastalığı (G3)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili Viral Enfeksiyon (HIV-1/2) (G9)
<input type="checkbox"/> Transfüzyon Sonrası Purpura (G4)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili Viral Enfeksiyon (Diğer) (G10) Açıklayınız;
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili Akut Akciğer Hastalığı (A7)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili Paraziter Enfeksiyon(Sıtma) (G11)
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili Dispne (A8)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili Paraziter Enfeksiyon (Diğer)(G12) Açıklayınız;.....
<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili Dolaşım Yüklenmesi (A9)	<input type="checkbox"/> Transfüzyon ile İlişkili Prion Enfeksiyonu (G13)
<input type="checkbox"/> Hipotansif Transfüzyon Reaksiyonu (A10)	<input type="checkbox"/> Akut Tanımlanamayan Transfüzyon Reaksiyonu (AX)
<input type="checkbox"/> Hipertansif Transfüzyon Reaksiyonu (A11)	<input type="checkbox"/> Gecikmiş Tanımlanamayan Transfüzyon Reaksiyonu (GX)
<input type="checkbox"/> Hava Embolisi (A12)	

BİLDİRİMİ YAPAN

Klinik Adı:	Hekim Unvan, Ad-Soyad İmza:
Tarih	Hemşire, Ad-Soyad İmza: