





**TRANSFÜZYON İLE İLİŞKİLİ  
İSTENMEYEN REAKSİYON İNCELEME VE  
TEDAVİ FORMU**

Doküman Kodu	TH.FR.13
Yayın Tarihi	21.10.2024
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	2 / 2

**HEMOVİJİLANS HEMŞİRESİ / KOORDİNATÖRÜ KONTROLÜ**

Hasta Kan Grubu (ABO/Rh) Yeni Örnek ile Tekrarlandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğrulandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E	Çapraz Karşılaştırma (ÇK) Yeni Örnek ile Tekrarlandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Doğrulandı <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E	<i>Hemovijilans Hemşiresi Kaşe İmza</i>
Transfüzyon öncesi sürece ilişkin bir hata saptandı mı? <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E Yanıtınız evet ise açıklayınız: <input type="checkbox"/> Klinik hatası <input type="checkbox"/> TM hatası <input type="checkbox"/> BKM hatası		<i>Hemovijilans Koordinatörü Kaşe İmza</i>