

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ KAN BİLEŞENİ TRANSFER FORMU	DÖKÜMAN KODU	TH.FR.01
		YAYIN TARİHİ	10.05.2012
		REVİZYON NO	04
		REVİZYON TARİHİ	28.04.2020
		SAYFA NO	1/2

HASTA BİLGİLERİ			
Adı ve Soyadı :	Doğum Tarihi :	İstek Tarihi :	
Protokol No :	Cinsiyet : ☐ K ☐ E	İstek Yapan Klinik :	
Başvuru No :	Kan M. Çıkış Derecesi :°C	İstenen Bileşen :	
Bileşen Seri No	Servis Giriş Derecesi :°C	Hasta Kan Grubu :	

BİLEŞEN BİLGİLERİ		
Bileşen ISBT No :	Bileşen ABO/Rh Grubu :	Bileşen Miktarı : ml
☐ Tam kan	☐ Aferez eritrosit konsantresi	☐ Taze Plazma
☐ Eritrosit konsantresi	☐ Aferez trombosit konsantresi	☐ Kriyopresipitat
☐ Trombosit konsantresi	☐ Aferez granülosit konsantresi	☐ Kriyopresipitatu uzaklaştırılmış plazma
☐ Taze Donmuş Plazma	☐ Diğer :	

BİLEŞEN ÖZELLİKLERİ			
Çapraz karşılaştırma	☐ Isınlanmış	☐ CMV Negatif	☐ Bölünmüş
Hasta başı filtrasyon	☐ Yıkanmış	☐ Lökosit azaltılmış	☐ HLA uygun
☐ Buffy coat uzaklaştırılmış	☐ Otolog	☐ Diğer ;	
☐ Diğer eritrosit antijenleri uygun; (Hangi eritrosit antijeninin uygun olduğu belirtilecektir.)			

TEDARİKÇİ BİLGİLERİ		
☐Bölge Kan Merkezi	☐ Hastane Transfüzyon Merkezi	☐ Diğer ;

TRANSFER ÖNCESİ BİLEŞEN KONTROLÜ					
Bileşen renk kontrolü	☐ Uygun	☐ Uygun değil	Hemoliz	☐ Yok	☐ Var
Pıhtı	☐ Yok	☐ Var	Son kullanma tarihi	☐ Uygun	☐ Uygun değil

BİLEŞEN TRANSFER BİLGİLERİ	
İstemi karşılayan / teslim eden personelin Adı - Soyadı, imzası :	
Bileşenin Transfüzyon Merkezinden Çıkış Tarihi :	Saati :
Transferi yapan personelin Adı - Soyadı, imzası :	
Klinikte teslim alan personelin Adı - Soyadı, imzası :	
Bileşenin Kliniğe Geliş Tarihi :	Saati :

TRANSFÜZYON ÖNCESİ KONTROL / ONAY							
TRANSFÜZYON BİLGİ KONTROLÜ	1. Kişi (Hemşire)	2. Kişi (Hekim)	BİLEŞEN KONTROLÜ	1. Kişi (Hemşire)		2. Kişi (Hekim)	
Hasta kimlik kontrolü	☐ Yapıldı	☐ Yapıldı	Bileşen renk kontrolü	☐ Uygun	☐ Uygun değil	☐ Uygun	☐ Uygun değil
Hasta / Bileşen kan grubu kontrolü	☐ Yapıldı	☐ Yapıldı	Pıhtı	☐ YOK	☐ VAR	☐ YOK	☐ VAR
Çapraz Karşılaştırma Kontrolü	☐ Yapıldı	☐ Yapıldı	Hemoliz	☐ YOK	☐ VAR	☐ YOK	☐ VAR
Bileşen Numarası Kontrolü	☐ Yapıldı	☐ Yapıldı	Son Kullanma Tarihi	☐ Uygun	☐ Uygun değil	☐ Uygun	☐ Uygun değil
KONTROL EDENLER	Hemşire Kaşe/İmza			Hekim Kaşe/İmza			

TRANSFÜZYON PLANI	
Transfüzyon Tarihi :	Transfüzyon Hızı / Süresi : /
Transfüzyon Başlangıç Saati :	(Transfüzyon öncesi her hastanın kilosu, yaşı, alta yatan hastalığı, ko-morbiditesi değerlendirilerek ideal transfüzyon hızı ve süresi hekim tarafından belirlenmelidir.) Hekim Kaşe/İmza

TRANSFÜZYON İZLEMİ								
Saat	Süre	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Beden Isısı	Diğer	Müdahale (Varsa)	İzleyen Hemşire
	0. dk							
	15.dk							
	45.dk							
	1.saat 15.dk							
	1.saat 45.dk							
	2.saat 15.dk							
	2.saat 45.dk							
	3.saat 15.dk							
	3.saat 45.dk							
Transfüzyon Bitiş / Sonlandırma Saati :			Transfüzyon ☐ Tamamlandı ☐ Tamamlanamadı, nedeni					
Transfüze Edilen Bileşen Miktarı (ml):			İstenmeyen Olay / Reaksiyon ☐ YOK ☐ VAR					

NOT:Transfüzyon izlemi, 0. dk, ilk 15 dakikası hasta başından ayrılmamak kaydı ile ve transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları takip edilerek yapılmalıdır.

Transfüzyon bitiminde ve bitiminden 1 saat sonra hastanın vital bulguları mutlak takip edilmelidir.

TRANSFÜZYON REAKSİYONU ŞÜPHELİ OLDU İSE;

* Transfüzyon durdur, ilgili hekime haber ver.

* Hastanın damar yolunu serum fizyolojik ile açık tut.

* Bileşen ve hsata bilgilerini kontrol et.

* Hastaya verilen kan ve kan bileşeni ile birlikte giden sıvıları sakla.

* Kan merkezini haberdar et. Tel: