

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	TH.FR.25
		YAYIN TARİHİ	10.10.2013
		REVİZYON NO	00
	OTOLOG TRANSFÜZYON İÇİN DOKTOR İSTEM VE ONAM FORMU	REVİZYON TARİHİ	--
		SAYFA NO	1

Hasta Adı – Soyadı :	Klinik :
T.C. Kimlik No :	Ameliyat Tarihi :
Doğum Tarihi :	Ameliyat Yeri :

Transfüzyon Merkezi Müdürlüğü'ne,

Yukarıda kimliği belirtilen ve / / tarihinde operasyonu planlanan hasta için ünite otologkonsantresi hazırlanmasını rica ederim.

Hasta için kullanılmak üzere kendisinden alınacak kanda, virolojik tarama testlerini de içeren biyolojik testlerin yapılacağı, gerektiğinde otolog transfüzyona ek olarak allojenik transfüzyonun da kullanılabileceği, kullanılmayan ünitelerin imha edileceği bilgisini hastama / hasta yakınına (pediatrik hastalar için) verdim. Hastama yapılacak işlemi, işlemin avantaj ve dezavantajlarını anlattım. Operasyon öncesi kan alınacağını, kan alma işlemi için aşağıdaki tabloda belirtilen şartları karşılaması gerektiğini, iki kez kan alınacak ise iki bağış arası sürenin en az 7 gün ve son bağış ile operasyon arasındaki sürenin de en az 3 gün olması gerektiği belirttim. Hastamın/hasta yakınının onayını aldım. Hastamın mevcut durumu ışığında bu işlem için herhangi bir tıbbi sakınca görmüyorum. Hastama ilk işleminden bir hafta öncesi başlamak üzere uygun demir preparatlarını reçete ettim ve alınması gereken gıdaları söyledim.

HASTA KLİNİK BİLGİLERİ	ONAY	AÇIKLAMA
Hasta 10 kg üzerindedir		
Herhangi bir aktif bakteriyel enfeksiyonu yoktur		
Hemoglobin konsantrasyonu 10 g/dl'nin üzerindedir.		
Hastanın hipertansiyonu, ciddi aort darlığı, unstabil anjinası yoktur.		

Demir tedavisinin başlanacağı tarih/...../20.....

Dozu.....

İstemi Yapan Doktor

İmza/Kaşe

Tarih :...../...../.....

Transfüzyon Merkezi Doktorunun Görüş ve Onayı:

KABUL ☐

RET * ☐

Doktor İmza / Kaşe

* Açıklama