

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	TH.FR.12
		YAYIN TARİHİ	01.03.2022
	Ek-13: KAN BAĞIŞI İLE İLİŞKİLİ İSTENMEYEN REAKSIYON DOĞRULAMA FORMU	REVİZYON NO	0
		REVİZYON TARİHİ	-
		SAYFA NO	1/1

Kan Hizmet Biriminin Adı			
Reaksiyon Tanımı			
Reaksiyon Tarihi	.. / .. /	İlişkilendirme Derecesi (Imputabilite)* ☐ Değerlendirilemeyen ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
Doğrulama Tarihi	.. / .. /		
Bağış Numarası			
Bağışçı Cinsiyeti	☐ Kadın ☐ Erkek	İstenmeyen Reaksiyonun Ciddiyet Derecesi* ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
Bağış Tipi	☐ Tam Kan ☐ Aferez		
Bağış Tarihi	.. / .. /		
Bağış Başlangıç Saati:		Bağış Bitiş / Sonlandırma Saati:	
İstenmeyen Reaksiyon		☐ Doğrulandı ☐ Doğrulanmadı (açıklayınız):.....	
İstenmeyen Reaksiyon Tipinin Değişmesi		☐ Değişmedi ☐ Değişti (açıklayınız):	
YENİ Reaksiyon Tipi:			
İlişkilendirme Derecesi		Değişiklik Nedeni	
☐ Değişmedi	☐ Değişti		
YENİ İlişkilendirme Derecesi ☐ Değerlendirilemeyen ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3			
İstenmeyen Reaksiyonun Ciddiyet Derecesi		Değişiklik Nedeni	
☐ Değişmedi	☐ Değişti		
YENİ Ciddiyet Derecesi ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4			
Klinik Gidiş: ☐ Tamamen iyileşti ☐ Minör sekel (açıklayınız) ☐ Ciddi sekel (açıklayınız) ☐ Ölüm (açıklayınız)			
BAĞIŞTAN SORUMLU DOKTOR		HEMOVİJİLANS SORUMLUSU	
Unvan Ad, Soyad, İmza Tarih		Unvan Ad, Soyad, İmza Tarih	

(*) Bakınız; Ulusal Hemovijilans Rehberi