

	KAN VE KAN ÜRÜNLERİ İSTEM FORMU	Doküman No	TRF.FR. 01
		Yayın Tarihi	16.04.2012
		Rev. No	00
		Rev. Tarihi	
		Sayfa No:	1/1

Hastanın

Adı Soyadı	:	
Protokol Numarası	:	
Doğum Tarihi	:	
Cinsiyeti	:	
Kan Grubu	:	

İstek Tarihi	:	
Planlanan Transfüzyon Tarih/Saat:		
Planlanan Veriliş Süresi	:	
Ön Tanı	:	
Servis	:	

Transfüzyon Endikasyonu:

Ameliyat	
Hemoglobin Yükseltmek	
Exchange Transfüzyon	
Trombositopeni	
Koagülasyon Bozukluğu	
Diğer	

İstenen Kan / Kan Ürününün Cinsi Miktarı

Eritosit Süspansiyonu	Ünite/ml
Taze Donmuş Plazma	Ünite/ml
Trombosit Süspansiyonu (Tam kandan)	Ünite/ml
Trombosit Süspansiyonu (Aferez ile)	Ünite/ml
Kariyopresipital	Ünite/ml
Taze Kan	Ünite/ml
Diğer	Ünite/ml

Ek İşlem İstemi	Evet	Hayır
Lökosit Filtrasyonu		
Işınlama		
Yıkama		

Eski Kayıt Bilgileri	Evet	Hayır
Hastanın eski kaı kaydı var mı?		
Hastanın Bilinen Kan Grubu	Beyan ile	Kart ile
.....		

Has ta öyküsünde	Herhangi Biri Var Mı	EVET	HAYIR
Antikor			
Transplantasyon			
Transfüzyon Yapılmış mı?			
Transfüzyon Renkasyonu			
Geçirilmiş Gebelik / Doğum			
Fetomaternal Uyuşmazlık			
İlişkili olabilecek diğer öyküler / özel durumlar:			

HEKİM ADI - SOYADI
KAŞE - İMZA