



ACIL KAN VE KAN BİLEŞENLERİ İSTEM FORMU

Doküman No:	TRF.FR.02
Yayın Tarihi:	16.04.2012
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa no:	1/1

HASTANIN

Protokol No : Kan Grubu :
Adı Soyadı :
Kurumu :
Yaş / Cinsiyet : İstem Tarihi :
Klinik : Saati :
Telefon :
Teşhis :
Acil Kan İstem Gerekçesi

İSTEMİ YAPILAN ÜRÜNÜN CİNSİ

- KAN Grubu: *Endikasyon:
- Tam KanÜnite
- Eritrosit Süsp.Ünite
- Diğer (Belirtiniz):

HASTANIN ACIL TRANSFÜZYON İHTİYACI OLDUĞU İÇİN VERİLECEK KANIN

- Cross-match yapılmadan
- Acil Cross-match yapılarak
- HbsAg, Anti HCV, Anti HIV, VDRL Testleri tamamlanmadan
- HbsAg, Anti HCV, Anti HIV, VDRL Testleri hızlı tanı kitleri ile yapılarak

HER TÜRLÜ TIBBİ VE HUKUKİ SORUMLULUĞU ALARAK TRANSFÜZYON İÇİN HAZIRLANMASINI İSTİYORUM

Dr. Adı Soyadı : İmza:
(El yazısı ile)

VERİLEN KAN BİLEŞENİNİN

Kan Grubu :
Ünite Numaraları :

Bu Form iki (2) nusha olup bir nüshası hastanın dosyasında, ikinci nüsha kan merkezinde saklanmalıdır.