



KAN BİLEŞENİ TRANSFER VE TRANSFÜZYON İZLEM FORMU

Doküman No:	TRF. FR.03
Yayın Tarihi:	12.06.2012
Rev.No:	01
Rev. Tarihi:	04.12.2017
Sayfa No:	1/1

Hastanın

Adı Soyadı :
Protokol Numarası :
Doğum Tarihi :
Cinsiyeti :

İstek Tarihi :
İstenen Bileşen :
İsteyen :
Hasta Kan Grubu :

Kan Bileşeni Bilgileri	Kan Grubu	Cross Match Uygun, Uygun değil, Yapılmadı		
	Tipi	Filtrasyon	Yapıldı	Yapılmadı
	No	Işınlanma	Yapıldı	Yapılmadı
	Miktarı	Hemoliz	Var	Yok
	Son Kullanma Tarihi	Renk Uygun	Uygun Değil	/ Pıhtı Var Yok

İstemi karşılayan / Teslim eden:

Transferi Yapan:

Transfüzyon Öncesi Kontrol		1 .kişi	2.kişi	Adı - Soyadı imza
	Kan ve Kan Bileşeni Bilgileri Kontrolü			1 .kişi
	Hasta Kimlik Bilgileri Kontrolü			
	Crossmatch Etiket Kontrolü			
	Kan Grubu Kontrolü (Kan Torbası ve Form)			2. kişi
	Torba Numarası Kontrolü (Kan Torbası ve Form)			
	ISBT Kodu			

Transfüzyona Başlangıç Saati:

Veriliş Süresi:

Transfüzyon İzlemi**	Saat	Kan Basıncı	Nabız	Vücut ısısı	Hemşire

Transfüzyon Bitiş Saati: Sonlandıran:

Transfüzyon Miktarı	Tümü	Reaksiyon şüphesi	Var
	Yaklaşık 'ML		Yok

**Transfüzyon izlemi, ilk 1 saat 15.dakikada, daha sonra 30 dakikada bir ve transfüzyon bitimine kadar yapılır.