



OTOLOG TRANSFÜZYON (PREDEPOZİT) İÇİN DOKTOR İSTEM VE ONAY FORMU

| | |
|--------------|------------|
| Dokuman No: | TRF.FR.09 |
| Yayın Tarihi | 21.10.2013 |
| Rev.No: | 00 |
| Rev.Tarihi | |
| Sayfa No: | 1/1 |

Hasta Adı- Soyadı :..... Klinik :.....

TC Kimlik No :.....

Ameliyat Tarihi :...../...../..... Ameliyat Yeri :.....

Doğum Tarihi :...../...../.....

Transfüzyon Merkezi Müdürlüğü'ne,

Yukarıda kimliği belirtilen ve/...../..... tarihindeameliyatı planlanan hasta için ünite otolog süspansiyonu 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 (çocuk hastalar için) verdim. Hastama yapılacak işlemi, işlemin avantaj ve dezavantajlarını anlattım. Ameliyat öncesi kan alınacağını, kan alma işlemi için aşağıdaki tabloda belirtilen şartları karşılama gerektiğini, iki kez kan alınacak ise iki bağış arası sürenin en az 7 gün ve son bağış ile ameliyat 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.

| | ONAY | AÇIKLAMA |
|---|------|----------|
| Hasta 10 kg üzerindedir | | |
| Herhangi bir aktif bakteriyel enfeksiyonu yoktur | | |
| Hemoglobin yoğunluğu 10g/dl'nin üzerindedir | | |
| Hastanın hipertansiyonu, ciddi aort darlığı, unstable anjinası yoktur | | |

Demir tedavisinin başlanacağı tarih:/...../..... Dozu:.....

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

İstemi Yapan Doktor imza/kaşe

TRANSFÜZYON MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACALDIR:

Transfüzyon Merkezi Doktorunun Görüş ve Onayı: KABUL RED

Doktor İmza / Kaşe