

KODU:TH.FR.05

YAY.TRH.17.08.2012

REV.TRH:01.01.2023

REV.NO:03

SAYFA NO: 1/1

HASTANIN

Protokol No : Hastanın Dosya / İşlem Numarası:
Adı Soyadı : İstem tarihi ve saati :
Kurumu : Dr.Adı Soyadı : İmza
Yaş - Cinsiyet : [.....]
Klinik-ODA NO :
Kimlik No :
Teşhis :

Hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı : E: Yaptı / H: Yapmadı

Son 3 ayda gebelik ve transfüzyon öyküsü :

Daha önce transfüzyon öyküsü :

Antikor tanımlanmamış ise tipi ve tarihi :

Kan istem gerekçesi :

AMELİYAT

EXCHANGE TRANSFÜZYON

HEMOGLOBİN YÜKSELTME

DİĞER (Açıklama) :

Kanın planlanan kullanım tarihi :

Hastanın KAN

HASTA VE DONÖR İÇİN İSTENEN TETKİKLER

- Kan Grubu (ABO ve Rh)
 Cross-match
 Rh Alt Grubu
 Antikor Tarama
 Direkt Coomb's (polivalan)
 Direkt Coomb's (monovalan)
 İndirekt Coomb's
 Rh Antikor Titrasi

NUMUNEYİ ALAN SAĞLIK PERSONELİ:

ADI SOYADI :

İMZA :

İSTEMİ YAPILAN ÜRÜNÜN CİNSİ

* Endikasyon AMELİYAT

PLANLANAN VERİLME SÜRESİ : 30

DK

- Tam Kan
 Eritrosit Süspansiyonu
 Havuzlanmış Trombosit Süspansiyonu
 Kriyopresipitat
 Taze Donmuş Plazma
 Diğer (Belirtiniz..)

Ünite
Ünite
Ünite
Ünite
Ünite

- Işınlama
 Işınlama

- Lökosit Filtrasyonu
 Lökosit Filtrasyonu

İSTENEN AFEREZ İŞLEMİ VE AFEREZ ÜRÜNÜ

- Trombosit Süspansiyonu
Eritrosit Süspansiyonu
Granülosit Süspansiyonu
Plazma Exchange İşlemi
Lökoferez İşlemi
Hasta Başı Hemaferrez İşlem Farkı

Ünite
Ünite
Ünite

- Işınlama
 Işınlama
 Işınlama

- Lökosit Filtrasyonu

VERİLEN KAN BİLEŞENLERİNİN

Kan Grubu

Ünite Numaraları

Cross Match Numarası

Hazırlayanın Adı-Soyadı-İmzası :

İSTEMİN KABUL SAATİ :

İSTEMİN HAZIRLANMA SAATİ :

Bu form 2 nüsha olup bir nüshası hasta dosyasında, ikinci nüsha kan bankasında saklanacaktır.

TESLİM EDEN

TESLİM ALAN