

KAN BİLEŞENLERİ İSTEM FORMU

Doküman Kodu

FRB.TH.FR.02

Yayın Tarihi

07.09.2016

Revizyon Numarası

00

Revizyon Tarihi

Sayfa Numarası

1/1

Bölüm A (Acil olmayan Talepler için bu kısım doldurulur)

Hastanın

Adı-Soyadı

Protokol Numarası

Doğum Tarihi

Cinsiyeti

Servisi

Ön Tanısı

Kan Grubu

Hastanın bilinen kan grubu ☐ Kart ile ☐ Beyan ileHastanın eski kaydı var mı? ☐ Hayır ☐ Evet

Öyküsü

☐ Alloantikör
☐ Transplantasyon
☐ Transfüzyon
☐ Transfüzyon Reaksiyonu
☐ Geçirilmiş Gebelik
☐ Fetomaternal Uyuşmazlık
☐ İlişkili olabilecek diğer öyküler/ özel durumlar
.....Transfüzyon
Endikasyonu☐ Ameliyat
☐ Hemoglobin Yükseltmek
☐ Trombositopeni
☐ Koagülasyon Bozukluğu
☐ Diğer**Kan ve Kan Bileşenin**

İstek Tarihi

Planlanan Transfüzyon
Tarihi

Planlanan Veriliş Süresi

Türü ve Miktarı

☐ Eritrosit Konsantresi Ünite / mL
☐ Taze Donmuş Plazma Ünite / mL
☐ Trombosit Konsantresi (Tam kandan) Ünite / mL
☐ Trombosit Konsantresi (Aferez ile) Ünite / mL
☐ Taze Kan Ünite / mL
☐ Diğer Ünite / mL

Ek İşlem İstemi

Lökosit filtrasyonu ☐ Evet ☐ HayırIşınlama ☐ Evet ☐ HayırYıkama ☐ Evet ☐ HayırHekimin Adı-Soyadı
İmzası

Kaşe / İmza