



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ

KAN VE KAN BİLEŞENLERİ TRANSFÜZYONU İZLEM FORMU

Bölüm:.....

Tarih: / / 20.....

Kan Grubu/Rh: () A () B () O () AB () Rh+ () Rh-

Transfüzyonu sonrası gelişen komplikasyon: () Yok () Var () Geçersiz

Hasta Adı, Soyadı :

Doğum Tarihi :

Cinsiyeti :

Protokol Numarası :

TRANSFÜZYON UYGULAMA

Başlama Saati	Kan Torba No	Miktar/Türü	Cross-Match Raporu		İmza		Branül No/Bölge	Bitiş Saati	Hemşire
			<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	1. Hemşire	2. Hemşire			
			<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok					
			<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok					
			<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok					
			<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok					
			<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok					
			<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok					
			<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok					
			<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok					

Vital Bulgular İzlem:

Saat	Kan Basıncı (mmHg)	Nabız (/dk)	Vücut Isısı (°C)	Solunum Sayısı (/dk)	Saturasyon (%)	Ağrı Skoru	Hemşire

Tabibin Adı Soyadı :