



**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**

TRANSFÜZYON TAKİP FORMU

Hasta Adı Soyadı :
Doğum Tarihi:
ID No:

Transfüzyon Tarihi:
Transfüzyon Başlangıç Saati:

TRANSFÜZYON İZLEMİ

Saat	Süre	Ateş	Nabız	Tansiyon	Solunum	Spo2	Müdahale (Varsa)	Hemşire
0.dk								
15.dk								
45.dk								
1.saat 15. dk								
1.saat 45. dk								
2.saat 15. dk								
2.saat 45. dk								
3.saat 15. dk								
3.saat 45. dk								
Transfüzyon Bitiş/Sonlandırma Saati						Transfüzyon ☐ Tamamlandı ☐ Tamamlanamadı, nedeni.....		
Transfüze Edilen Bileşen Miktarı (ml)						İstenmeyen Olay/Reaksiyon ☐ YOK ☐ VAR		

Transfüzyonu yapan Ad Soyad İmza:

TRANSFÜZYON REAKSİYONU ŞÜPHESİ OLDU İSE;

- ☐ Transfüzyonu durdur, ilgili hekime haber ver.
- ☐ Hastanın damar yolunu serum fizyolojik ile açık tut.
- ☐ Bileşen ve hasta bilgilerini kontrol et.
- ☐ Hastadan yeni kan örneği al.
- ☐ Hastaya verilen kan ve kan bileşeni ile birlikte giden sıvıları sakla.
- ☐ Kan merkezini haberdar et