



ÖZEL DÜZTEPE  
**YAŞAM  
HASTANESİ**  
ÖNCE SAĞLIK...

**KAN ve KAN BİLEŞENLERİ İSTEM FORMU**

|                              |       |                                         |               |
|------------------------------|-------|-----------------------------------------|---------------|
| Adı, Soyadı                  | :     | Transfüzyon Endikasyonu                 | :             |
| Protokol No                  | :     | Tarih                                   | : / /         |
| Doğum Tarihi                 | : / / | Hazırlanacak Kan ve Kan Ürününün Grubu: |               |
| Tedavi Gördüğü Bölüm/Oda No: |       | Miktarı                                 | :             |
| Dosya No                     | :     | Cinsiyeti                               | : E [ ] K [ ] |

**DAHA ÖNCE TRANSFÜZYON:** ☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı  
**DOĞUM SAYISI** : .....  
**ABORTUS SAYISI:** .....

Tarih : / / Ünite : .....

**TRANSFÜZYON ENDİKASYONU**

☐ AMELİYAT .....  
☐ HEMOGLOBİN YÜKSELTME  
İSTENİLEN KANGRUBU .....  
KAN ve KAN ÜRÜNÜNÜN TRANSFÜZYON MERKEZİNDE ÇIKIŞ SAATİ .....  
TRANSFÜZYON VE TRANSFÜZYON REAKSİYON ÖYKÜSÜ: ☐ Var ☐ Yok  
Var ise; .....

**GEBELİK VEYA ABORTUS:** ☐ Var ☐ Yok  
Var ise Tarih : / /

☐ EXCHANGE TRANSFÜZYON

☐ DİĞER .....

**PLANLANAN VERİLİŞ TARİHİ VE SÜRESİ** : / /

**SAATİ:** .....

| TÜR                                                      | MİKTAR | TÜR                                                    | MİKTAR |
|----------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> TAM KAN                         |        | <input type="checkbox"/> TROMBOSİT SÜSPANSİYONU        |        |
| <input type="checkbox"/> ERİTROSİT SÜSPANSİYONU          |        | <input type="checkbox"/> AFEREZ TROMBOSİT SÜSPANSİYONU |        |
| <input type="checkbox"/> YIKANMIŞ ERİTROSİT SÜSPANSİYONU |        | <input type="checkbox"/> KRİYOPRESİPİTAT               |        |
| <input type="checkbox"/> SAG-M'DE ERİTROSİT SÜSPANSİYONU |        | <input type="checkbox"/> HUMAN ALBUMİN                 |        |
| <input type="checkbox"/> OTOLOG TRANSFÜZYON              |        | <input type="checkbox"/> FİBRİNOJEN                    |        |
| <input type="checkbox"/> TAZE DONMUŞ PLAZMA              |        | <input type="checkbox"/> FAKTÖR B                      |        |

☐ **EK İŞLEMLER:** 1. Lökosit Filtrasyonu: ☐ Evet ☐ Hayır 2. Işınlama: ☐ Evet ☐ Hayır 3. Yıkama: ☐ Evet ☐ Hayır

**İSTEM TARİHİ/SAATİ:** / /

**TESLİM TARİHİ/SAATİ:** / /

**TRANSFÜZYON TARİHİ:** / /

İstemi Yapan Hekim/İmza/Kaşe

Lab. Personeli/İmza/Kaşe

**DİKKAT:**

- Hastaya ait kan örneğini istem formu ile birlikte
- Uygunluk testlerinin yapılış süresi en az 45 dakikadır
- Tüm transfüzyon reaksiyonlarında Kan Merkezi'ni haberdar ediniz.
- Kan istem formu üzerindeki tüm ayrıntılar kurallara uygun ve eksiksiz olarak doldurulmalıdır.