|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **KAN BAĞIŞÇISI TIBBİ DEĞERLENDİRME VE FLEBOTOMİ FORMU** | | | |
| DK.FR.11 | Y.TARİHİ.02.01.2017 | REV.01 | REV.TARİH 09.06.2017 | SAYFA 1/1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Buraya Alfanümerik veya Nümerik Kod İçeren Etiket Yapıştırılacaktır | | **Kan Bağışı Yapılan Yer** | | | | **Kan Bağışı Tipi** | |
| Kan Bağış Merkezi | | | | Tam Kan Bağışı | |
| Sivil Ekip Çalışması | | | | Aferez Bağışı  Tromboferez Eritroferez Plazmaferez | |
| Askeri Ekip Çalışması | | | |
| Sabit Ekip Yeri | | | |
| Transfüzyon Merkezi | | | |
| **Kan Bağışı Öncesi Muayene ve Ölçüm Değerleri** | | | | | | | |
| Vücut Ağırlığı: …………….. kg | | | | Nabız: …………… /dk | | | |
| Vücut Isısı: ……………… ⁰C | | | | Kan Basıncı: …………….. /…………….. mmHg | | | |
| Hemoglobin : g/dL | | | | Trombosit Sayısı: ………………. x10⁹/L\* | | | |
| Flebotomi Alanı Kontrolü  Uygun  Uygun Değil | | | | İlaç Etiketi Buraya Yapıştırılır\*\* | | | Muayene ve Ölçüm Yapan Flebotomist  Kaşe ve İmza |
| Kan Grubu\*\*\*  A  B  O  RhD Pozitif  RhD Negatif | | | |
| **\* Tromboferez yapılacaksa ölçülmelidir, \*\*Aspirin, Piroksikam veya diğer NSAI kullanımı varsa, İlaç Uyarı Etiketi yapıştırılır , \*\*\*Ön gruplama yapılıyorsa, yazılmalıdır.** | | | | | | | |
| **Hekim Değerlendirmesi** | | | | | | | |
| Kan Bağışı Yapabilir | | | | | Ret Veritabanı Kontrolü Yapıldı | | |
| Kan Bağışı İçin Uygun Değildir  Kalıcı Ret  Geçici Ret  Geçici Şartlı Ret | | | | | Kan Bağışçısı Reddedildiyse, Ret Nedeni ve Süresi:  .......................................................................  ................................................................. | | |
| Hekimin Düşünceleri:  ........................................................................ | | | | | Hekim  Kaşe ve İmza | | |
| **Flebotomi İşleminin Değerlendirmesi**  İşlem Sorunsuz Tamamlandı  İşlem Tamamlanamadı | | | | | | | |
| Tam Kan Bağışı İçin Bağış Süresi:  <12 Dk  12-15 Dk  >15 Dk | | | Tam Kan Bağışı için Toplanan Kan Hacmi:  450 mL±%10  ≥300 ve<405 mL  <300 mL | | | İşlem Tamamlanamadı İse Nedeni:  ..........................................................  ..........................................................  ......................................................... | |
| Aferez İçin Bağış Süresi:  .............Dk | Aferez İçin Hacim: Tromboferez ..................... mL  Eritroferez .......................mL  Plazmaferez ......................mL | | | | | Flebotomiyi Yapan Flebotomist  Kaşe ve İmza | |