|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **KAN TRANSFÜZYON KOMİTESİ** | DÖKÜMAN KODU | TH.TL.12 |
| YAYIN TARİHİ | 14.10.2014 |
| REVİZYON TARİHİ | 23.01.2019 |
| REVİZYON NO | 02 |
| SAYFA | 1/1 |

**Kan Transfüzyon Komitesi**

|  |  |
| --- | --- |
| Uzm. Dr. Yücel ALAGÖZ | İç Hastalıkları Uzmanı ve Kan Transfüzyonu Komitesi Başkanı |
| Uzm. Dr. Mehmet Ali ZORLU | Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji |
| Opr. Dr. Ömer KARAKAŞOĞLU | Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı |
| Uzm. Dr. İsmet ONUK | Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı |
| Uzm. Dr.Şeref CAVULDAK | Çocuk Hastalıkları Uzmanı |
| Opr. Dr. Turgay TUĞ | Genel Cerrahi Uzmanı |
| Hem. Fatma YANIK | Başhemşire |
| Asiye DAĞLI | Kan Transfüzyon Sorumlu Teknisyeni |
| Hem. Fatma YANIK | Eğitim Hemşiresi |
| Şeyda PAYDAR | Sekreter |

**AMAÇ**

Kan ve kan ürünlerinin temini, kanın saklanma ve kullanım güvenliği konularında hastane politikası oluşturmak, Kan ve kan ürünlerinin kullanıldığı tüm olgularda transfüzyon endikasyonunu değerlendirmek, Hasta ihtiyacını karşılama konusunda kan merkezinin yeterliliğini değerlendirmek, Kan ve kan ürünlerine bağlı transfüzyon reaksiyonlarını değerlendirmek.

**HEDEF**

1.Hastanedeki mevcut kan ve kan ürünleri kullanım durumunu irdelemek ve mevcut verilere göre çalışma stratejileri ve öncelikli girişimleri belirlemek

2-Transfüzyon uygulamalarının denetlenmesi için talimatlar oluşturmak

3- Kan merkezinin istatistik raporlarının tutulmasını sağlamak ve analiz etmek

4-Güvenli transfüzyonu sağlamak amacıyla protokoller oluşturmak

5- Hastanede gözlenen transfüzyon reaksiyonları değerlendirmek, önlemeye yönelik tedbirler almak

6- Kan merkezinin, kan temini, kan alma, kan hazırlama ve kan işleme konularında yeterli ve

güvenli çalışmasını sağlamak için gerekli personel ve ekipman bulundurulmasını sağlamak

7-Transfüzyon yapılan servislerde işlemlerin tespit edilen standartlara uygun yapılıp yapılmadığı düzenli aralıklarla denetlemek.

8-Hastane personelinin transfüzyon pratiği konusunda eğitilmesi sağlamak, hizmet içi eğitimin sürekliliği takip etmek

**YILLIK KOMİTE TOPLANTILARI**

Komite, yılda en az 4 kez, gerektiğinde daha sık toplanmalı, toplantılardan hastane personeli haberdar edilmeli, toplantıda alınan kararlar karar defterine kaydedilmeli ve raporlar hastane personeline sunulmalıdır.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HAZIRLAYAN** | **KONTROL EDEN** | **ONAYLAYAN** |
| **BAŞHEMŞİRE** | **PERFORMANS VE KALİTE BİRİMİ** | **BAŞHEKİM** |