

TERAPÖTİK AFEREZ MERKEZİ
HASTA/DONÖR İZLEM FORMU

DOKÜMAN NO	TH-FR-36
İLK YAYIN TARİHİ	03.11.2023
REVİZYON TARİHİ	-
REVİZYON NO	0
SAYFA NO	1/1

Hastanın/Donörün Adı Soyadı:

Dosya Numarası:

İşlem Tarihi:

İşleme Başlama Saati:		Antikogulan lot no/S.K.T.				
İşlemin Bitiş Saati:						
Cihaz İsmi:						
Cihaz Seri Numarası:		Serum fizyolojik lot no/S.K.T.				
		Aferez seti lot no/S.K.T				
Hastanın/Donörün Vital Bulguları						
Saat	Kan basıncı	Nabız	Ateş	Solunum	Kan Akım Hızı	Tedavi ve Gözlem
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						
İzleyen Hemşirenin Adı Soyadı:				İmzası:		

İşlem Tarihi:

İşleme Başlama Saati:		Antikogulan lot no/S.K.T.				
İşlemin Bitiş Saati:						
Cihaz İsmi:						
Cihaz Seri Numarası:		Serum fizyolojik lot no/S.K.T.				
		Aferez seti lot no/S.K.T				
Hastanın/Donörün Vital Bulguları						
Saat	Kan basıncı	Nabız	Ateş	Solunum	Kan Akım Hızı	Tedavi ve Gözlem
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						
İzleyen Hemşirenin Adı Soyadı:				İmzası:		

NOT: Aferez işlemi sırasında hasta/donör izlemi; 0. dk, ilk 15 dakikası hasta başından ayrılmamak kaydı ile aferez işlemi boyunca her 30 dakikada bir vital bulgular takip edilerek yapılmalıdır. İşlem sırasında herhangi bir komplikasyon ve istenmeyen olay yaşanırsa Aferez İşlemlerinde İstenmeyen Reaksiyon, İnceleme ve Tedavi Formu doldurulmalıdır.

NOT: Terapötik Plazma Değişimi ve Eritrosit Değişim İşlemlerinde vital bulgular kısmı doldurulmamalıdır. vital bulgular kan bileşeni ve transfüzyon izlem formuna doldurulur.