



# TRANSFÜZYON HİZMETLERİNDE SÜREÇLERİN İZLENİLEBİLİR PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	TH.PR.01
YAYIN TARİHİ	27.01.2014
REVİZYON NO	03
REVİZYON TARİHİ	13.02.2018
SAYFA	1 / 4

- AMAÇ:** Bu prosedür, transfüzyon merkezinde süreçlerin izlenebilirliğini tanımlamaktır.
- KAPSAM:** Bu prosedür, tüm transfüzyon merkezi çalışanlarını kapsar.
- KISALTMALAR:**
  - BKM:** Bölge Kan Merkezi
- TANIMLAR:**
  - ISBT No:** Kan ürününün dünyanın her yerinde takibini mümkün kılan kod sistemi.
- SORUMLULAR:**
  - Hastane Yönetimi
  - Transfüzyon Merkezi Sorumlu Hekimi
  - Transfüzyon Merkezi Sorumlu Teknisyeni ve Teknisyenleri
  - Hastanın sorumlu hekimi
  - Hemşire ve diğer sağlık çalışanları
  - Kan ürünü transferini gerçekleştiren personel
  - Hastane Hemovijilans Koordinatörü
  - Klinik Hemovijilans Sorumlusu
  - Hemovijilans Hemşiresi

Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu için görev tanımları çerçevesinde sorumludurlar.
- FAAL YETKİLER:**
  - 6.1. KAN VE KAN ÜRÜNLERİNİN BKM'DEN TEMİNİ:**
    - Hergün sabah kan ürünü muhafaza dolapları kontrol edilerek, hasta adına rezervasyon süreleri dolan kan ürünleri belirlenir. Bu ürünler stok muhafaza dolabına alınır.
    - Otomasyon üzerinden taburcu olan hastalar belirlenir ve üzerine rezerve olan kan ürünleri stoğa alınır.
    - Otomasyon üzerinden stokta bulunan veya hasta adına rezerve durumda olan fakat son kullanma tarihi yaklaştıkça, kan ürünleri belirlenir ve acil kan kullanılacak hastalara kullanılmak üzere izlenilebilir.
    - Stokta bulunan mevcut kan ürünleri sayılır. Kritik stok seviyesi göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan kan ürün çeşidi, kan grubu ve miktarı belirlenir.
    - İhtiyaç duyulan kan ürünleri ve kan grupları ve ünite adetleri girilerek bilgisayar sistemi üzerinden BKM'ye iletilir. Talep edilen ürünlerde acil ihtiyaç duyulanlar Acil seçeneği ile iletilebilir.
    - BKM talep edilen kan ürünlerini gün içerisinde transfüzyon merkezine teslim eder.
    - Teslim alınan kan ürünleri ISBT numaraları ile Transfüzyon merkezi otomasyon sistemine tanıtılır ve otomasyon sisteminde otomatik olarak üretilen sıradaki kan seri numarası ile etiketlenir.
    - Sisteme tanıtılan kan ürünleri; kan gruplarına göre ve son kullanma tarihi yakın olanlar ön sıralarda olmak üzere ilgili stok muhafaza dolaplarına yerleştirilir.
      - Tam kan ve eritrosit süspansiyonları; titreimsiz, sesli alarm sistemli özel kan muhafaza dolaplarında +2°C ile +6°C aralığında,
      - Trombosit süspansiyonları; havalandırma düzeneği ve sesli alarm sistemi bulunan trombosit inkübatörleri içerisinde trombosit agitatorlerinde,
      - Taze donmuş plazma -25°C'nin altında derin dondurucularda, Son kullanma tarihine kadar muhafaza edilir.
  - 6.2. HANGİ DURUMLARDA BAĞIŞÇIDAN KAN ALINACAKTIR:**
    - Acil transfüzyon gerektiren bir durum varsa ve BKM ihtiyacı karşılayamıyorsa Transfüzyon Merkezi kan bağışçısını kabul edebilir.
    - En hızlı iletişim aracı vasıtasıyla BKM'den acil durum onayı alınır.
    - BKM bu onay ile birlikte otomasyon sistemi üzerinden bağışçısını kabul yetkisi açar.
    - Transfüzyon merkezi bu yetki dahilinde kan bağışçısını kabul eder.
  - 6.3. BAĞIŞÇI SEÇİMİ, BAĞIŞÇI REDDİ, BAĞIŞÇIDAN KAN ALMA:**
    - Bağışçıya transfüzyon merkezi otomasyonundan sıradaki numara ile bir kayıt açılır ve TC kimlik numarası dahil olmak üzere kişisel ve iletişim bilgileri kaydedilir.
    - Otomasyon üzerinden BKM'den bağışçısına engel bir durumu olup olmadığı sorgulanır.
    - "Kan Bağışçısı Bilgilendirme Formu" ile "Kan Bağışçısı Sorgulama Formu"nu okuyup, doldurup, imzalaması sağlanır.
    - Bağışçısı sorgulama formundaki bilgiler mahremiyete uygun bir ortamda doktor tarafından değerlendirilir.
    - Uygun olanlardan kan grubu, (tüp veya jell-kart yöntemi ile) tayin edilir, hemoglobün ölçümü ve ateş ölçümü yapılır.
    - Kan bağışçısına uygun olmayanlara otomasyon sistemi üzerinden geçici / kalıcı reddi lemi uygulanır. Bağışçısı reddi nedeni ve red süresiyle ilgili bilgilendirilir. Red edilen bağışçısı sorgulama formları ayrı bir dosyada toplanır. Aylık red verileri ve nedenleri hesaplanarak kayıt edilir. Kabul edilen bağışçılara yönelik veriler otomasyon sistemiyle kayıtlıdır ve gerektiğinde sorgulama sayfalarından bu verilere ulaşılabılır.
    - Bağışçısı kan bağışçısına uygun ise form ile birlikte kan alma salonuna alınır. Tansiyon ölçülür.
    - Bağışçısı reddi pozisyon verilebilen yataklarda, sağlık teknisyeni veya hemşire tarafından uygulanır ve takip edilir. 10-20 dakika sürer.



## TRANSFÜZYON H ZMETLER NDE SÜREÇLER N LEY PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	TH.PR.01
YAYIN TAR H	27.01.2014
REV ZYON NO	03
REV ZYON TAR.	13.02.2018
SAYFA	2 / 4

9. lem bittikten sonra 10-15 dakika kan alma yata nda dinlendirilir. kramda bulunulur.
10. Ba ı ı kendini iyi hissediyorsa tekrar tansiyonu ölçülür ve gerekli tavsiyelerden sonra merkezden ayrılmasına izin verilir.

### **6.4.BA ı ININ KANININ TEST ED LMES**

1. Ba ı ıdan alınan örneklerden HBsAg, Anti HCV, Anti HIV (Anti HIV-1 ve Anti HIV-2) testleri M KRO EL SA yöntemi ile çalı ılır. Sifilis (VDRL) testi RPR Carbon yöntemi ile çalı ır.
2. Tarama testlerinin pozitif bulunması durumunda do rulama testleri çalı ılmalıdır. Anti HIV do rulama testi Ankara Refik Saydam Hfzıssıhha Merkezinde alı ılır.

### **6.5.BA ı ININ BA ı SONRASI TAK B**

1. Kan alma i lemi bitince ba ı ıdan kolunu bükmeden yüksekte tutması ve damar üzerinde basınç uygulaması istenir.
2. En az on dakika ba ı ı koltu unda bekletilir. Daha sonra ikram alanına yönlendirilir.
3. Transfüzyon merkezinden ayrılmasına izin verilmeden önce ba ı ının kolu ve genel sa lık durumu gözden geçirilir.
4. Ba ı ıdan sonraki 14 gün içerisinde herhangi bir rahatsızlı ı olursa bildirmesi istenir.
5. Tarama test pozitifli inde ba ı ı “Kan Ba ı ısı Mikrobiyolojik Test Pozitifli i Bildirim Formu” ile bilgilendirilir.

### **6.6.TARAMA TESTLER POZ T F ÇIKARSA BA ı ININ B LG LEND R LMES**

1. HBsAg, HCV, Sifiliz test sonucu ve do rulama test sonuçları pozitif bulunan ba ı ılar için “Kan Ba ı ısı Mikrobiyolojik Test Pozitifli i Bildirim Formu” tanzim edilir.
2. Form ba ı ının adresine posta ile gönderilir ve ba ı ı kan merkezine davet edilir.
3. Gerekli ise tekrar örnek alınır.
4. Ba ı ı ileri tetkiklerini yaptırmak ve muayenesini yaptırmak üzere sa lık kurulu larına (Gastroenteroloji ve Enfeksiyon Klini ine) yönlendirilir.
5. HIV test sonuç pozitifli i acilen Sa lık Müdürlü ü’ne bildirilir.

### **6.7.ÜRÜN ET KETLEME, SAKLAMA, DEPOLAMA**

1. Ba ı ıdan alınan kanlar sıradaki kan seri no ile ba ı ı numarası e le tirilerek bilgisayar programına girilir. (Kan giri sayfası)
2. Elde edilen barkot etiketi ilgili kan ve ürün torbalarına yapı tırılır.
3. Ürünler ayrılır, ilgili karantina dolabına konulur.
4. Tarama test sonuçları negatif bulunan ürünler için nihai kan ürünü etiketleri basılır ve üzerine yapı tırılır.
5. Nihai etiketlerde hazırlayan birimin adı, ba ı ı numarası ABO ve Rh D grubu, alınma ve son kullanma tarihi, bile enin hacmi ve a ırlı ı, depolama sıcaklı ı, antikoagülan ve ek solüsyonların adı bulunmalıdır.
6. Ürünler kullanıma sunulmak üzere ilgili stok muhafaza depolarına, kan gruplarına göre ayrılarak depolanır.
7. Tam kan ve eritrosit süspansiyonları +2°C ile +6°C aralı nda saklanmalıdır. CPDA-1 antikoagülanı ile 35 gün, SAG-M ile 42 gün muhafaza edilir. Taze Donmu Plazma: -18°C ile -25°C arasında 3 ay, -25°C’nin altında 36 ay muhafaza edilir. Trombosit süspansiyonu; Trombosit inkübatöründe +22°C’de 5 gün muhafaza edilir.

### **6.8.KAN VE KAN ÜRÜNLER N N STEM ,**

1. Otomasyon programından “Kan Bile eni stek Formu” hastanın hekimi tarafından eksiksiz doldurulur. stem formunda;
  - Hastanın adı, soyadı, protokol nosu, tedavi gördü ü bölüm, kan grubu, transfüzyon endikasyonu
  - Hastaya daha önce transfüzyon yapıp yapılmadı ı, hazırlanacak kan ve kan ürününün kan grubu, ürün adı ve miktarı,
  - Hekim ka e ve imzası mutlaka bulunmalı ve doldurulmalıdır.
2. Doldurulan formun çıktısı alınır ve hekim tarafından ka elenip, imzalanır. Transfüzyon merkezine gönderilir.
3. Cross-match gereken bir ürün isteniyorsa, otomasyon tarafından istem belgesi ile aynı anda olu turulan barkod etiketi ile etiketlenmi ve hasta kimlik do rulaması yapılarak alınan hasta kan örne inin konuldu u uygun tüpler ile birlikte gönderilir.
4. Acil durumlarda hastanın hekimi tarafından “Kan Bile eni stek Formu-Acil Durumlar” formu eksiksiz doldurularak ve ka elenip imzalanarak Transfüzyon Merkezine gönderilir.

### **6.9.KAN ÜRÜNLER N N HASTA ADINA HAZIRLANMASI**

1. Eritrosit süspansiyonu, tam kan, grönosit süspansiyonu gibi içerisinde kırmızı kan hücreleri bulunan kan ürünleri hastaya kullanılmadan önce cross-match testi çalı ılır. Cross-match testi jell-kart veya tüp metodu ile çalı ılır. Cross-match test sonuçları uygun bulunanlar hasta adına etiketlenir ve kan muhafaza dolabına kaldırılır.
2. Taze donmu plazma hastaya kullanılmadan önce +37°C’de plazma çözücü veya su banyosunda eritilir. Eridikten sonra +4°C’de 24 saat stabildir. Eriyen plazma asla tekrar dondurulmaz.
3. Gerekli olan hastalar için kan ürünlerine ı mlama, filtrasyon gibi ek i lemler uygulanır ve gerçekle tirilen i lemler otomasyon programı üzerinden kayıt edilir. I mlama veya filtrasyon gibi ek i lem gören ürünler i lemin gerçekle ti ini belirten etiketler ile etiketlenir.

### **6.10.ÜRÜNLER N LG L B R ME TRANSFER**



# TRANSFÜZYON H ZMETLER NDE SÜREÇLER N LEY PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	TH.PR.01
YAYIN TAR H	27.01.2014
REV ZYON NO	03
REV ZYON TAR.	13.02.2018
SAYFA	3 / 4

1. Kan ürünleri ilgili birime nakli öncesi, transfüze edilecek hastanın dosya nosu ve kan seri no ile otomasyon programına kaydedilerek ürün çıkışı gerçekleşir.
2. Nakil işlemi muhafazalı nakil çantaları ile ve nakledilecek birimden gelen ilgili personel tarafından gerçekleştirilir.
3. Saklama koşulları farklı olan farklı ürünler aynı çantaya konulmaz, ayrı çantalar ile nakledilir.

## **6.11.TRANSFÜZYON ÖNCESİ LEMLER**

1. Kan ve kan ürünü doktor tarafından tedavi planına yazılır.
2. Hasta/hasta yakını “Kan ve Kan Bileşenleri nakli için Bilgilendirilmi Onay Formu” ile bilgilendirilir, soru sormasına fırsat tanılır, aydınlatıcı açıklama yapılır ve onay formu imzalatılır.
  - a. Hastanın ve transfüzyonu yapılacak kan ürününün do ru olarak tanımlanması çok önemlidir. Bu basamak kritik bir hatanın saptanabileceği son fırsattır. Bu nedenle tercihen iki yetkili personel tarafından kontrol edilerek uygulanmalıdır.
    - Hastanın adı soyadı ve doğum tarihi (gün, ay, yıl) sorularak, kan bileşeni uygunluk raporundaki kimlik bilgileri ile karşılaştırılmalıdır.
    - Hastanın kan grup belgesinde bildirilen kan grubu ile kan ünitesi üzerindeki etikette yazan kan grubu karşılaştırılmalıdır.
    - Kan bileşeni uygunluk raporundaki kan ünite numarası ile kan ünitesi üzerindeki numara karşılaştırılmalıdır.
    - Kan ünitesi üzerindeki “Cross-Match uygundur” ifadesi görülmelidir.
    - Kan ünitesi üzerindeki son kullanım tarihinin geçmemiş olduğunu kontrol edilmelidir.
    - Hekimin hastaya verilecek kan bileşeni ve miktarı ile ilgili istemi görülmelidir.
3. Transfüzyona başlamadan önce, hastanın ba langıç vücut ısısı, kan basıncı, nabız ve solunum sayısı “Transfüzyon Takip Formu”na kaydedilir.

## **6.12.TRANSFÜZYON SÜRESİNDE HASTANIN GÖZLENMESİ**

1. Kan bileşenlerinin transfüzyonu sırasında hastanın dikkatle gözlenmesi gerekir. Özellikle ciddi transfüzyon reaksiyonlarının görülme olasılığının daha yüksek olduğu transfüzyonun ba langıç dakikaları önemlidir. Transfüzyonun ilk dakikalarında infüzyon hızı yavaş olmalıdır.
2. Transfüzyonun 15.dakikasında hayati bulgular tekrar değerlendirilir ve Transfüzyon Takip Formuna kaydedilir. Eğer bir sorun yoksa transfüzyon hızı artırılarak ürünün istendiği sürede infüzyonunun tamamlanması sağlanır.
3. Kan bileşenleri klinik etkinlik, güvenlik ve uygulanım kolaylığı açısından, önerilen sürede transfüze edilmelidir.
4. Bu süre; Eritrosit süspansiyonu için 4 saate kadar olmalıdır. Trombosit süspansiyonu 30 dakikada transfüze edilmelidir. Taze donmuş plazma 37°C’de su banyosunda 15-20 dakikada çözülür ve çözüldükten sonra 4 saat içerisinde transfüzyon tamamlanmış olmalıdır. Yaşlı ve çocuk hastalarda kan miktarı ve hızı hekimin direktifine göre ayarlanır.
5. Transfüzyon sırasında aynı damar yolundan başka işlem uygulanmamalıdır.
6. Transfüzyon süresince her 30 dakikada bir ve tamamlanmasını izleyen birinci saatte ya da amsal fonksiyonlar tekrar kaydedilir.
7. Hastanın vital bulgularında değişiklik olduğu veya reaksiyon geliştiğinde transfüzyon hemen durdurulur ve hekime haber verilir.
8. Transfüzyon Takip Formları eksiksiz olarak doldurulduktan sonra bir nüshası Transfüzyon Merkezine gönderilir. Diğer nüshası hasta dosyasına eklenir.

## **6.13.TRANSFÜZYON REAKSİYONU DURUMUNDA YAPILMASI GEREKENLER**

1. Akut transfüzyon reaksiyonları, transfüzyon sırasında veya izleyen 24 saat içinde oluşan reaksiyonlardır. Ancak akut transfüzyon reaksiyonları genellikle transfüzyon sırasında veya transfüzyonu izleyen ilk saatlerde ortaya çıkar. Bu nedenle infüzyonun ilk 15 dakikası daha yoğun olacak şekilde, transfüzyonun tamamlanmasından 1 saat sonrasına kadar yakından gözlenmelidir.
2. Akut transfüzyon reaksiyonu, transfüzyonu uygulayan tüm sağlık personeli tarafından tanınmalı ve üphe edildiğinde dahi transfüzyon hemen durdurulmalı, gerekli uygulamalar başlatılmalıdır.
3. Transfüzyon reaksiyonu ile ilgili olabilecek belirtiler ve bulgular.
  - **Ate** : Vücut sıcaklığının ba langıç değerine göre 1°C’nin üzerinde artması olarak tanımlanır. Üreme, titreme olabilir.
  - **Ağrı**: infüzyon alanında, göğüs, karında, sırtta, bacaklarda tanımlanabilir.
  - **Kan basıncı değişiklikleri**: Genellikle akut gelişen hipotansiyon veya hipertansiyon.
  - **Solunum sıkıntısı**: Genellikle dispne, takipne ve hipoksi olabilir.
  - **Bulantı**: Kusma olabilir.
  - **Ciltte kızarıklık veya kurdeşen**.
4. Akut transfüzyon reaksiyonu ile ilgili belirtilerle karşılaşıldığında yada transfüzyon reaksiyonundan üphe edildiğinde;
  - Transfüzyon hemen durdurulur.
  - İntravenöz yolla %0,9 NaCl çözeltisi ile açığa tutulur.



# TRANSFÜZYON H ZMETLER NDE SÜREÇLER N LEY PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	TH.PR.01
YAYIN TAR H	27.01.2014
REV ZYON NO	03
REV ZYON TAR.	13.02.2018
SAYFA	4 / 4

- Do ru kan ünitesinin do ru hastaya verildi inden emin olunur. Bunlar için;
  - a. Hastanın kan grup belgesinde bildirilen kan grubu ile kan ünitesi üzerindeki etikette yazan kan grubu kar ıla tırılır.
  - b. Uygunluk raporu tekrar gözden geçirilir ve hastanın adı-soyadı, hastane (sözle me) numarası, do um tarihi gibi kimlik bilgileri hastanın kimli i ile kar ıla tırılır.
  - c. Uygunluk raporundaki ürün numarası ile torba etiketindeki ürün numarası kar ıla tırılır ve “cross-match/çapraz kar ıla ma uygundur” ifadesi aranır.
- 5. Hasta de erlendirilerek bunun bir transfüzyon reaksiyonu olup olmadığı na, e er bir transfüzyon reaksiyonu ise ne tür bir reaksiyon oldu una ve ne tür önlemler alınması gerekti ine karar verilir.
- 6. Akut hemolitik transfüzyon reaksiyonu, anafaksi, transfüzyon ile ili kili sepsis ve transfüzyonla ili kili akut akci er hasarı (TRALI) hızlı tıbbi yardım gerektiren reaksiyonlardır. Ayrıca reaksiyon tanımlanarak, reaksiyon sonrası kan ve idrar örnekleriyle beraber, transfüze edilen kan ünitesi, i nesi çıkarılmı olarak kan seti, aynı damar yoluyla verilen di er solüsyonlar, transfüzyonla ili kili tüm form ve etiketler kan merkezine gönderilmelidir.

## 6.14. ADE ED LEN ÜRÜNLER N KABUL ARTLARI

1. Çıkı ndan sonra 30 dakika geçmi kanlar tekrar kullanılmak üzere iade alınmaz. Bu durumda otomasyon sistemi uyarı verir ve iade izni vermez.
2. Çıkı nın üzerinde 30 dakika geçmemi fakat yapılan incelemede uygun artlarda korunmadı ı kanaati olu an yırtık, hasarlı, etiket bilgileri okunaksız. vb. kanlar tekrar kullanılmak üzere iade alınmaz.
3. Tekrar kullanılmak üzere iade alınmamasına karar verilen kanlar otomasyon programı üzerinden “iade-imha” sayfasına kan seri nosu ile kaydedilerek imha edilmek üzere alınır. Bu kanların imhasında son kullanma tarihi dolmu kanlara uygulanan prosedür uygulanır.
4. Kan ürününün iadesinde sorun görünmüyorsa otomasyon programından kan seri nosu yazılarak iade alınır ve ilgili ürün saklama dolabına kaldırılır.

## 6.15. MHA ED LMES NE KARAR VER LEN ÜRÜNLER N MHA USUL VE ESASLARI

1. Tarama test pozitifli i nedeniyle imha edilecek kan ve kan ürünleri tıbbi atık po etine konur, mikrobiyoloji laboratuvarında otoklav ile sterilizasyon i lemine tabi tutulur. mha i lemiyle ilgili tutanak tutulur.
2. Sterilizasyon i lemine tabi tutulan veya miad, hatalı ürün terapötik flebetomi vb. nedenlerle imhası gereken kan ve kan ürünleri tıbbi atık torbalarına konarak a ızları iyice ba lanır. Sızıntı yönünden tekrar kontrol edilir ve hastane atık toplama merkezine iletilir.
3. mha edilen ürünler otomasyondan imha nedeni seçilerek ve gerekirse açıklama girilerek kaydedilir.
4. BKM'den temin edilen hatalı ürünler bilgisayar sistemi üzerinden BKM'ye bildirilir ve incelenmek üzere BKM'ye gönderilir.
5. Ürün imha i leminin her a amasında Atık Yönetimi Prosedürüne sıkı sıkıya ba lı kalınır.

## 6.16. HASTA VE BA İ Çİ ÖRNEKLER N N MHA USUL VE ESASLARI

1. Test edilen hasta ve ba ı çı kan örnekleri tarih sırasına göre +40C'de bir ay saklanır. Süre bitiminde atık yönetimi prosedürüne uygun olarak tıbbi atık po etine konularak imha edilir.
2. HIV, Kırım Kongo hasta kan örnekleri ve çalı ma materyalleri çalı ma bitiminde içerisinde %15-30'luk Sodyum Hipoklorid bulunan plastik kutulara konularak a zı iyice kapatılır. Plastik kutu Atık Yönetimi Prosedürüne uygun olarak tıbbi atık po etine konularak imha edilir.
3. Ba ı çı kan örneklerinden ayrılan ba ı çı serumları (en az 1'er ml'lik 2 tüpte) -30-40°C'de derin dondurucuda en az bir yıl ahit numune olarak saklanır. Süre bitiminde tıbbi atık po etleri ile Atık Yönetimi Prosedürüne uygun olarak imha edilir.

## 6.17. YAPILAN LEMLERE DA R KAYITLAR

1. Transfüzyon merkezi kayıt sistemi kan ba ı çısından alıcıya kadar olan bütün süreci kesintisiz kapsar.
2. Ba ı çıdan alıcıya veya alıcıdan ba ı çıya tam izlenebilirlik sa lanmı tır.
3. Kayıtlar bilgisayar üzerinden veya defter kaydı olarak el yazısı ile tutulmaktadır.
4. Kayıtlarda düzeltme yapma ihtiyacı ortaya çıkt ında orijinal kayıt silinmez, okunaklı olarak korunur. Yapılan düzeltmeler ile ilgili açıklamalar kaydedilir.
5. Kayıtlar özelliklerine göre rehberde belirtilen yasal süreler kadar muhafaza edilir.

## 7. LG L DÖKÜMANLAR

- Kan Ba ı çısı Bilgilendirme Formu
- Kan Ba ı çısı Sorgulama Formu
- Kan Bile ni stek Formu
- Kan Bile ni stek Formu-Acil Durumlar
- Kan Ba ı çısı Mikrobiyolojik Test Pozitifli i Bildirim Formu
- Atık Yönetimi Prosedürü

HAZIRLAYAN TRANSFÜZYON MRK. SORUMLU HEK M	KONTROL EDEN KAL TE YÖNET M D REKTÖRÜ	ONAYLAYAN BA HEK M
---	--	-----------------------



# TRANSFÜZYON HİZMETLERİNDE SÜREÇLERİN İZLENİMİ PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	TH.PR.01
YAYIN TARİHİ	27.01.2014
REVİZYON NO	03
REVİZYON TARİHİ	13.02.2018
SAYFA	5 / 4