



Hastanemizde yatan hastalara, Hasta Dosyası Dizin Formu içeriğine göre ilgili formların çıktıları alınarak hasta dosyası oluşturulmaktadır. Form çıktıları ister tek tek veya istenirse bölüm bazında topluca ve üst bilgileri doldurulmuş şekilde alınabilmektedir. Bu uygulama ile her forma barkod kullanımı kaldırılmış, ayrıca form içerik değişiklik ve güncellemeleri mümkün olabilmektedir.

Adı Soyadı:
T.C. Kimlik No:
Protokol No:
GSS Provizyon no:
Hasta Grubu/Kurumu:

Arşiv No:
Kabul/Yatış No:
Doktor:
Servis:
Dosya/Bölüm Kayıt No:

Doğum Tarihi:
Telefon:
Tarih:

FORMLAR İÇİN AŞAĞIDAKİ BİLGİLERİ DOLDURUNUZ

Hasta Adı Soyadı:	:	
T.C. Kimlik No:	:	
Protokol No:	:	
GSS Provizyon No:	:	
Hasta Grubu/Kurumu:	:	
Arşiv No:	:	
Kabul/Yatış No:	:	
Doktor:	:	
Servis:	:	
Dosya/Bölüm Kayıt No:	:	
Doğum Tarihi:	:	
Cinsiyet:	:	
Telefon:	:	
Tarih:	:	
ADRES	:	

--

Genel	TOPLU YAZ	TOPLU YAZ
yazdır		
Hasta Dosyası Dizin Formu		
yazdır		
Hasta Eğitim-Bilgilendirme Formu		
yazdır		
Hasta Kabul Kağıdı		
yazdır		
Hemşire İzlem Formu - Erişkin	yazdır	Hemşire İzlem Formu - Erişkin arka
yazdır		
Tıbbi Müşahade ve Muayene Formu	yazdır	Tıbbi Müşahade ve Muayene Formu arka ve devam
yazdır		
Aydınlatılmış Genel Onam Formu	yazdır	Aydınlatılmış Genel Onam Formu arka
yazdır		
Hasta Ön Tanılama Formu	yazdır	Hasta Ön Tanılama Formu arka
yazdır		
24 Saatlik Hasta Tedavi ve Bakım Formu (Bu sayfa yerine HBYS çıktısı kullanılacaktır.)	yazdır	24 Saatlik Hasta Tedavi ve Bakım Formu arka
Ameliyat -Anestezi		
yazdır		
Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi Formu		
yazdır		
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu		
yazdır		
Anestezi Öncesi Hasta Değerlendirme Formu		
yazdır		
Anestezi Takip Formu		
yazdır		
Anestezi Sonrası Hasta Takip Formu		
yazdır		
Anestezi Bilgilendirme ve Onam Formu		
Doğum		
yazdır		
Gebe Risk Değerlendirme Formu		
yazdır		
Doğum Raporu Formu		
yazdır		
Güvenli Doğum Kontrol Listesi Formu 1/2(doğum)	yazdır	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Formu 2/2(doğum sonrası)
Yenidoğan		
yazdır		
Yenidoğan Tıbbi Müşahade ve Muayene Formu	yazdır	Yenidoğan Tıbbi Müşahade ve Muayene Formu arka1
Yenidoğan Tıbbi Müşahade ve Muayene Formu arka2		
yazdır		
Tıbbi Müşahade, Muayene ve Doğum Formu 1/4	yazdır	Tıbbi Müşahade, Muayene ve Doğum Formu 2/4
yazdır		
Tıbbi Müşahade, Muayene ve Doğum Formu 3/4	yazdır	Tıbbi Müşahade, Muayene ve Doğum Formu 4/4 ve devam
Diabet		
yazdır		
Diabetik Hasta Ve Hasta Yakını Eğitim Formu		
yazdır		
Kan Şeker Takip Formu	yazdır	Kan Şeker Takip Formu arka ve devam
Kan		
yazdır		
Kan Ve Kan Ürünleri İstem Formu		
yazdır		
Kan Bileşenleri Nakli İçin Bilg. Onam Formu		
yazdır		
Kan Transfüzyonu Takip Formu		
Diğer		
yazdır		
Epikriz-Taburculuk Formu		
yazdır		
Konsültasyon Formu		
yazdır		
Kontrollü Antibiyotik İstem Formu		
yazdır		
Sözlü-Telefonla Hekim Talimatı Kayıt Formu		
yazdır		
Goğus Tüpü Takip Formu		
yazdır		
Hasta Tabelası (Doktor İstem)	yazdır	Hasta Tabelası (Doktor İstem) arka ve devam
yazdır		
Laboratuvar Test Takip Formu	yazdır	Laboratuvar Test Takip Formu (arka)
yazdır		
Nutrisyonel Risk Skoru (NRS-2002) Değerlendirme	yazdır	Nutrisyonel Risk Skoru(NRS-2002)Değerlendirme Formu arka
yazdır		
Sıvı İzlem Formu	yazdır	Sıvı İzlem Formu arka ve devam
yazdır		
Hemşire İzlem Formu - Çocuk	yazdır	Hemşire İzlem Formu - Çocuk arka
yazdır		
Kısa Süreli Yatan Hasta Formu (Hemşire)	yazdır	Kısa Süreli Yatan Hasta Formu (Hemşire) arka
yazdır		
Yoğun Bakım Ünitesi Aydınlatılmış Onam Formu	yazdır	Yoğun Bakım Ünitesi Aydınlatılmış Onam Formu (arka)



EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ		HASTA DOSYASI DİZİN FORMU	
Hasta Adı Soyadı: T.C. Kimlik No: Protokol No: GSS Provizyon No: Hasta Grubu/Kurumu:		Arşiv No: Kabul/Yatış No: Doktor Servis: Dosya/ Bölüm Kayıt No:	
Doğum Tarihi: Cinsiyet: Tarih:			
Hasta Dosyasında bulunması gereken dokümanlar ve kontrolü			
		Yaprak sayısı	
Genel	Hasta Kayıt	Hasta Dosyası Dizin Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
		Kimliklendirme Belgesi	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
		Provizyon no/MEDULA takip no su	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
		Hasta Kabul Kağıdı	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
		Hasta Ön Tanılama Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
	Hemşire	Hemşire İzlem Formu-Erişkin/Çocuk	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
		Hasta Bakım Planı	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
		Hasta Eğitim Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
		Kna Sürekli Yatış Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
		24 Saatlik Hasta Tedavi Ve Bakım Formu/HBYS	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
	Doktor	Yoğun Bakım Hasta Takip Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
		Palyatif Bakım Hasta Takip Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
		Tıbbi Muayene ve Muayene Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
		Genel Bilgilendirme ve Onam Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
		Epikriz-Taburculuk Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.
Doğum	Tıbbi Muayene ve Doğum Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Gebe Risk Değerlendirme Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Doğum Raporu Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
Beslenme	Yenidoğan Tıbbi Muayene ve Muayene Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Beslenme Tanılama ve Değerlendirme Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Diyetisyen Değerlendirme Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
Diyabet	Kan Şeker Takip Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Diyabetik Hasta Ve Hasta Yakını Eğitim Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
Ameliyat -Anestezi	Ameliyat Kağıdı	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	İşleme Öncesi Bilgilendirme ve Onam Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	(Görüşme işlem ve cerrahi uygulamada)	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Anestezi Bilgilendirme ve Onam Formu (Anestezi verilen hastalarda)	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Anestezi Öncesi Hasta Değerlendirme Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Anestezi Takip Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
Kan	Anestezi Sonrası Hasta Takip Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Kan ve Kan Ürünleri İzlem Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Kan Cross-Match Kağıdı	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu Bilgilendirme Onam Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Kan Transfüzyonu Takip Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
Tebkiler	Laboratuvar	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Röntgen	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	MR ve Raporu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Tomografi ve Raporu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	USG	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	EKG	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Endoskopi	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
Diğer (İstif/Enf)	Patoloji Raporu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Sıvı İzlem Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Konsültasyon Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Konsültasyon Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
	Formu	☐ HBYS ☐ Kağıt vb.	
Dosya İçerisi TOPLAM		Yaprak	
Hasta Dosyası: yukarıdaki bilgiler doğrultusunda teslim edilen olup dokümanların içeriği sorumludur. İlgili birim sahibi sağlık görevlince altır.			
Hasta Kayıt Görevlisi Adı Soyadı-İmza		Teslim Alan Arşiv-Tıbbi Anşiv-Tıbbi Kayıtlar Sorumlusu Adı Soyadı-İmza	
Dosyanın anşiv giriş ve çıkışlarını "TA,TL,01 Hasta Dosyası ve Arşiv Talimatı"na göre yapar.			

EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ		HASTA KABUL KAĞIDI	
Hasta Adı Soyadı: T.C. Kimlik No: Protokol No: GSS Provizyon no Hasta Grubu/Kurumu:		Arşiv No Kabul/Yatış No Doktor Servis: Dosya/ Bölüm Kayıt No :	
Doğum Tarihi: Cinsiyet: Telefon: Tarih:			
Adresi:			
Başvuru/Yatış Şekli:..... Başvuru/Yatış Tarihi:...../...../..... Hastanın Kabul Edildiği Saat::.....			
Tanı:			
Sağlık durumum hakkında bilgilendirme yapılması için izin verdiğim ve gerektiğinde ulaşılmasını istediğim yakınımın;			
Adi-Soyadı:			
Yakınlık Derecesi:			
Adresi:..... Telefon			
Numarası:.....		Hastanın Adı Soyadı-İmzası	
Refakat Gereklik Durumu (Sağlık Uygulama Tebliği Gereği Düzenlenir) (SUT: 2.6.3 - Refakatçi giderleri kişilerin yataklı bakım ve tedavi sırasında hastanın veya diğer hastaların bakım görevleri bakım üzerine; ilgili sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen refakatçi kadrolarına dair belgelere kılmak, hastanın yanında kalan refakatçilerin yataklı ve yemek giderleri, sağlık hizmeti sunucusuna Kuruma tutana edilmesi halinde SUT vki ES-2/B üssesinde yer alan "refakat" puan esas alınarak karşılanır)			
☐ Hastanemizde yatarak tedavi gören hastanın yanında tedavi süresince refakatçi kalması tıbbenolumlu görülmektedir.			
☐ Hastanemizde yatarak tedavi gören hastanın yanında refakatçi kalması tıbbenolumlu değildir.			
Hastanın Hekimin Adı Soyadı-İmza/Kaşe			
Hekimin gerekli görmediği refakat talepleri vezneye gönderilerek ücretli işlem yapılır. Refakat gerektirildiğinde refakatçiyse "Refakat Kartı" hazırlayıp veriniz.			
Refakat Kartı Refakat Kartı'nı teslim aldım Refakatçi Adı Soyadı-İmza			
Emanet Eşya (Giyim eşyası, kıymetli eşya ve diğerleri...)			
Yukarıda/...../..... tarihinde kaydedilen şahsıma ait tüm emanetleri eksiksiz olarak teslim ettim.			
Teslim Alan Hemşire Adı Soyadı-İmza		Teslim Eden Hasta/Hasta Yakını Adı Soyadı-İmza	
Yukarıda teslim ettiğim eşyaları/...../..... Tarihinde eksiksiz olarak teslim aldım.			
Teslim Eden Hemşire Adı Soyadı-İmza		Teslim Alan Hasta/Hasta Yakını Adı Soyadı-İmza	



Yatan Hasta Dosyası

EYÜPSULTAN
DEVLET HASTANESİ

TIBBÎ MÜŞAHADE VE MUAYENE FORMU

EMSAKİ

Hasta Adı Soyadı:
T.C. Kimlik No:
Protokol No:
GSS Provizyon no:
Hasta Grubu/Kurumu:
(SGK, Ücretli, Özel Sigortalı, Diğer)
Adres:

Arsiv No:
Kabul/Yatış No:
Doktor:
Servis:
Dosya/ Bölüm Kayıt No:

Doğum Tarihi:
Cinsiyet:
Telefon:
Tarih:

Başvuru/Yatış Tarihi:

Çıkış/Taburcu Tarihi:

Giriş (kaçınıc oldu) 1 2 3 4 5+

Şikâyeti:

Hikâyesi:

Ozgeçmiş ve Soygeçmiş:
Kronik Hastalıklar
Geçirilmiş Ameliyatlara
Kullandığı İlaçlar

Sistemlerin Sorgulanması ve Fiziki Muayene Bulguları
Ateşi:.....°C Nabız:...../dk Kan Basınç:...../..... mmHg Alerji:.....
Genel Durumu:
Göz:
Kulak Burun Boğaz, Baş-Boyun:
Ağız ve Dişler:
Solunum/Akciğer:
Thorax/Göğüs
Kalp ve Dolaşım:
Karın:
Sindirim:
Urogenital:
Ruh ve Sinir Sistemi:
Kol ve Bacaklar:
Endokrin/Metabolizma:
Hematolojik:
Lenf Sistemi:
Sosyal Durum:
Tetkikler (Radyoloji, Laboratuvar...):

On Tanı/lar:
Ana- Temel Tanı: "Anamnez alınarak, fiziksel muayenede bulgular göz önüne alınarak (örneğin ağrı ile ilgili hastanın durumu) veya laboratuvarla ilgili olarak tanımlanır."
Ek Tanı/lar: "Tanı için testler fiziksel muayeneyle görsel izlenimle birlikte ilgili hastanın durumuna göre belirlenir (örneğin akciğer hastalıkları)."

Servis:

Hasta Adı Soyadı:

Tarih

Günlük Gözlem/Takip

(Hastada gözlenen ve saptanan değişiklikler, yapılan ameliyat, müdahaleler, post-op ve taburcu sonrası değişiklikler)

Doküman Kodu: HB-FR-57 Yayımlanma Tarihi: 28/01/2008 Revizyon Tarihi: 02/01/2024 Revizyon No: 08 Sayfa No: 1



Yatan Hasta Dosyası

	EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ	HEMŞİRE İZLEM FORMU-ERİŞKİN					
İzolasyon • Yık. • Yar. (İzolasyon Talimatı'nı uygulayınız)							
01.01.01 Tiyas. • Diğer	01.01.02 Tiyas. • Diğer	01.01.03 Tiyas. • Diğer	01.01.04 Tiyas. • Diğer	01.01.05 Tiyas. • Diğer	01.01.06 Tiyas. • Diğer	01.01.07 Tiyas. • Diğer	01.01.08 Tiyas. • Diğer

[illegible]

Ağırlık Değerlendirmesi		Sıralı	Yük	Hafif	Oranamsız Edici	Gedikli	Çok Gedikli	Değerlendirme
- Herkes katılımları ve bu bağlamda bir bilginin transfer edilmesinde, - Rutin ağırlık değerlendirmesi 12 saatte bir 1-4 puan (Hafif ağırlık) 4 saatte bir, 5-6 puan (Orta ağırlıkta ağırlık) 4 saatte bir 7-10 puan (Gedikli ağırlık) 2 saatte bir - Ağırlık (güç) ve toplandığı bilgilerin ağırlığı - Genel olarak değerlendirme (12, 24, 36) 15-20 dakika sonra - Non tıbbi amaçlı değerlendirme uygun anlar için - Ağırlık (Kuvvet) 1.5 puan 6 saat sonra bir, 2 puan 12 saatte bir, 3 puan 24 saatte bir, 4 puan 48 saatte bir - Değerlendirme puanı, yavaş, yavaş, sürekli ve sürekli (örneğin, tutma, taşıma, kaldırma, kaldırma, kaldırma) her 15-20 saatte bir		Normal	1	2-3	3-4	5-6	7-8	9-10
- Herkes katılımları ve bu bağlamda bir bilginin transfer edilmesinde, - Rutin ağırlık değerlendirmesi 12 saatte bir 1-4 puan (Hafif ağırlık) 4 saatte bir, 5-6 puan (Orta ağırlıkta ağırlık) 4 saatte bir 7-10 puan (Gedikli ağırlık) 2 saatte bir - Ağırlık (güç) ve toplandığı bilgilerin ağırlığı - Genel olarak değerlendirme (12, 24, 36) 15-20 dakika sonra - Non tıbbi amaçlı değerlendirme uygun anlar için - Ağırlık (Kuvvet) 1.5 puan 6 saat sonra bir, 2 puan 12 saatte bir, 3 puan 24 saatte bir, 4 puan 48 saatte bir - Değerlendirme puanı, yavaş, yavaş, sürekli ve sürekli (örneğin, tutma, taşıma, kaldırma, kaldırma, kaldırma) her 15-20 saatte bir - Değerlendirme puanı, yavaş, yavaş, sürekli ve sürekli (örneğin, tutma, taşıma, kaldırma, kaldırma, kaldırma) her 15-20 saatte bir		Güçlü	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	9-10

[illegible]

Doküman Kodu: HSB.F.5	Yayın Tarihi: 10/10/2012	Revizyon Tarihi: 02/01/2024	Revizyon No: 04	Sayfa No: 1/2
-----------------------	--------------------------	-----------------------------	-----------------	---------------



EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ		TIBBİ MÜŞAHEDE, MUAYENE VE DOĞUM FORMU	
Hasta Adı Soyadı:	Arşiv No:	Doğum Tarihi:	
T.C. Kimlik No:	Kabul/Yatış No:	Cinsiyet:	
Protokol No:	Doktor:	Telefon:	
GSS Provizyon No:	Servis:	Tarih:	
Hasta Grubu/Kurumu:	Dosya/Bölüm Kayıt No:		
Adres:			
Başvuru/Yatış Tarihi:	Çıkış/Taburcu Tarihi:	Giriş (Kagret olduğu)	1 2 3 4 5+
Sikayeti: Hikayesi: Özgeçmiş ve Soygeçmiş: Kalıtsal - Kronik Hastalıklar, Geçirilmiş Ameliyatlar, Kullandığı İlaçlar Obstetrik Özgeçmiş: Menstrüel hikaye, canlı doğum sayısı, geçirilmiş isyonlar, düşürler, kütajlar, gebelik ağrısı ve vücut trombozları (risk değerlendirme) Sistemlerin Sorgulanması ve Fiziki Muayene Bulguları: Genel Durum: Göz: Kulak Burun Boğaz, Baş-Boyun: Ağız ve Dişler Solunum/Akciğer Thorax/Göğüs Kalp ve Dolaşım: Karın: Sindirim: Ürogenital: Ruh ve Sinir Sistemi: Kol ve Bacaklar: Endokrin/Metabolizma: Hematolojik Lenf Sistemi: Sosyal Durum:		Alerji: Kan Grubu: Rh Eş Kan Grubu: Evlilik süresi (yıl):	
Mevcut Gebelik Öyküsü ve Gebe Muayenesi Gebelik Haftası: Son Adet Tarihi: Beklenen Doğum Tarihi: Erken USG tarihi: CRL-Crown-rump length BPD-Biparietal Diameter Ateş: °C Nabız: /dk Kan Basıncı: /mmHg Kilo: kg Ödem: Varis: Fundus yüksekliği: Bebeğin prezentasyonu: ÇKS: Servikal dilatasyon: Efasman: Amnios mayili: Kanama: Kontraksiyonlar:			
USG-Ultrasonografi Bulguları Yarih Gebelik Haftası Fetus Sayısı Prezentasyon PLOA - Peta Kardiyak Aktivite Planta yeri BPD-Biparietal Diameter AC-Abdominal circumference (mm/hafta) FL-Femur length (mm/hafta) EFW- tahmin edilen bebek ağırlığı (gr) Anomali tipi Açıklama Doktor		Tetkikler (Radyoloji, Laboratuvar, Sitoloji...)	
Tanı/İlar Ana- Temel Tanı Ek Tanı/İlar			

EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ		TIBBİ MÜŞAHEDE, MUAYENE VE DOĞUM FORMU	
Hasta Adı Soyadı:	Servis:	Sayfa:	
Doğum Süreci-PARTOGRAF			
Adı Soyadı:	Kaçıncı Doğumu:	Para:	Protokol No:
Kabul Tarihi:	Kabul Saati:	Membran Ruptürü:	Saati:
Fetal Kalp Atım Hızı 			
Amnion Sıvısı 			
Serviks Açıklığı 			
Baş Seviyesi 			
Kontraksiyon Süresi 			
İzlem Yapanın Adı Soyadı: İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:		Başlama Saati: Başlama Saati:	
Doğum anı ve doğumun hemen sonrası "Yenidoğan Canlandırması Akış Çizelgesi" ni uygulayınız.			
Doğumu Yapan Hekim ve/veya Ebe İmza-Kase		İmza-Kase	



	EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ	HASTA-HASTA YAKINI EĞİTİM-BİLGİLENDİRME FORMU	
--	--	--	--

Hasta Adı Soyadı: T.C. Kimlik No: Protokol No: GSS Provizyon no: Hasta Grubu/Kurumu:	Arşiv No: Kabul/Yatış No: Doktor: Servis: Dosya/Bölüm Kayıt No:	Doğum Tarihi: Cinsiyet: Telefon: Tarih:
---	--	--

HASTA VE REFAKATÇI BİLGİLENDİRME

Ö Tanışma - Hemşire ve ilgili bölüm çalışanları kendini hasta ve yakınlarına tanıttı. - Hemşire, hastanın günlük ziyaretleri hakkında bilgi verdi. Ö Servis İşleyişi - Yatan hasta ve refakatçiler için yemek/ kahvaltı servis saatleri Sabah 06.00 – 07.00 Öğle 12.00 – 13.00 Akşam 18.00 – 19.00 - Ayrıca diyet hastalarının ara öğün verilmektedir. Sabah 10:00, Akşam 22:00 - Temizlik Saatleri: Sabah 07.00 – 08.00 Akşam 19.00 – 20.00 Ö Hasta ve Yakınlarına Genel Güvenlik Önlemleri Anlatıldı - Ziyaret saati ve kuralları anlatıldı. Hastanemizde ziyaret saatleri Öğlen 13:00 -15:00 - Yatak kilitlerinin kapalı halde tutulması anlatıldı. - Yatak korkuluklarının uygun pozisyonda tutulması gerektiği anlatıldı.(standart uygulamada baş tarafının korkulukları kalık olmalıdır) - Pencerenin açılmaması gerektiği anlatıldı. - Kaymayan terlik kullanması gerektiği anlatıldı. - İhtiyaç halinde çağrı zilini kullanması gerektiği anlatıldı. - Sigara yasağı anlatıldı.	Ö Hasta Odası - Hasta yatağı, hasta başı paneli, oksijen paneli kullanımı ve temizliği öğretildi. - Hasta yatağına kumanda ile pozisyon verilmesi öğretildi. - Refakatçi kolbağı kullanımı öğretildi. - Tuvalet-banyo, elbise dolabı, etajer, telefon, TV, TV kumandası ve buzdolabı kullanımı ve sorumlulukları anlatıldı. - Havalandırma sistemi ve açma-kapama ve ayarlama anlatıldı. - Kablosuz internet kullanımı hakkında bilgi verildi. - Hemşire çağrı sistemi (Yatak yanı, duş yanı ve klozet yanı) tanıtıldı. - Hemşire ve doktorun kullanacağı Acil Uyanı Kod Sistemi tanıtıldı ve dokunulmaması istendi. - Yatak başı oksijen, vakum sistemi ve prizler tanıtıldı ve dokunulmaması istendi. - Bakım ekipmanları ve tıbbi cihazların kullanımı (.....) hakkında eğitim verildi. Ö Yatan hasta rehberi/hasta bilgilendirme formu/hastane tanıtım broşürü verildi.
--	---

EGİTİMİN ADI	TARİH / EĞİTİMCI / İMZA
☐ Hasta Hakkında Eğitimi verildi. ☐ Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Dezenfeksiyon kuralları hakkında eğitim verildi. ☐ Hasta ve Refakatçi için Covid-19 bulguları ve korunma yolları ile ilgili eğitim verildi. ☐ El hijyeni ve el antiseptiği kullanımı hakkında eğitim verildi. ☐ Yangın, deprem, diğer acil durumlarda anında yapılacak işlemler hakkında bilgi verildi. ☐ Alkolik ilaç kullanımına yönelik bilgilendirme eğitimi/broşürü verildi. ☐ Özel kullanımı olan (özel bilgi gerektiren) uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) ile ilgili eğitim verildi. ☐ Hasta Düşmelerinin Önlenmesi Eğitimi ☐ Beslenme Eğitimi varsa diyet özellikleri / Beslenme pompasını nasıl kullanacağı, beslenme esnasında hasta pozisyonunun nasıl olacağı konularında eğitim verildi. ☐ Hastaya tedavi sürecinde kullanacağı ilaçlar, tıbbi cihazlar, beslenmeleri ve varsa diyet, egzersizler hakkında hakkında eğitimi verildi. ☐ Sigarayı bırakma tavsiye eğitimi/broşürü verildi. (Sigara kullanan hastalara) ☐ İdrar sondası temizliği ve idrar torbasının nasıl boşaltılacağı ☐ Organ Bağları hakkında eğitim/broşür verildi. ☐ Kişisel bakım eğitimi ☐ Göz bakımı ☐ Kulak burun bakımı ☐ Ağır Bakımı ☐ Perine bakımı ☐ Genital bölge temizliği ☐ Hastaya pozisyon verme (2 saat aralıklı) eğitimi verildi. ☐ Ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakım (beslenme, mobilizasyon, solunum ve oksijen egzersiz, yara bakımı ve dren taşıma) eğitimi verildi. (Ameliyat olan hastalara) ☐ Bakıma ilişkin diyet edilecek hususlar hakkında eğitimi verildi. ☐ Trakeostomi bakımı ☐ PEG, NG bakımı, ☐ Kateter bakımı ☐ Panzuman/Yara Bakımı ☐ Hastanın aspire edilmesi ve bu işlemi ne kadar sıkla yapması gerektiği ☐ Bası Yaralarının Önlenmesi ☐ Diyabet eğitimi verildi. (Diyabet hastalarına) ☐ Nebulizasyon/ Ev tipi ventilatör kullanımı eğitimi verildi. ☐ Anne sütünün önemi ve doğru emzirme teknikleri eğitimi verildi. (Doğum yapan annelere), Yeni doğan ve bebek bakımı ☐ Hastaya taburculuk sonrası (kullanacağı ilaçlar, tıbbi cihazlar, beslenmeleri, kişisel bakımı, yara bakımı, kateter bakımı, kontrol zamanı ve diyet edilecek hususlar hakkında) eğitimi verildi. ☐ Hastanın bilgilendirilmesi ☐ Hasta/hasta yakınına genel durumu ve tedavi süreci hakkında bilgilendirildi. ☐ Hasta/hasta yakınına yataş sürecinde hasta ve yakınları için doktorun UZ.Dr. a tarihinde randevu alarak, Poliklinikte başvurabileceği söylendi. ☐ Diğer Eğitimler:	

Hasta/hasta yakınına yataş sürecinde hasta ve yakınları için doktorun UZ.Dr. a tarihinde randevu alarak, Poliklinikte başvurabileceği söylendi.

Ö Diğer Eğitimler:

Hasta/Hasta Yakını

Adı Soyadı/İmza

	EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ	GEBE RİSK DEĞERLENDİRME FORMU	
--	--	--------------------------------------	--

Hasta Adı Soyadı: T.C. Kimlik No: Protokol No: GSS Provizyon No: Hasta Grubu/Kurumu:	Arşiv No: Kabul/Yatış No: Doktor: Servis: Dosya/Bölüm Kayıt No:	Doğum Tarihi: Cinsiyet: Telefon: Tarih:
---	--	--

Adres:

Risk değerlendirme formu "Yüksek Riskli Gebeleri" saptamak için kullanılır; tüm gebelere uygulanır. Bu form uzman görüşü alınarak izlem sayısı ve izlemin nerede, nasıl yapılacağı konusunda karar verilmesi içindir. Risk değerlendirme formu sevk kriterlerini içermez. Sevk kriterleri doğum öncesi bakım protokolünün içinde yer almaktadır. Bunlardan herhangi biri olmayan gebede de gebelik süresi içerisinde sevkı gerektiren bir komplikasyon yaşanabilir.

Aşağıdaki tüm sorulara karşılık gelen kutuyu işaretleyerek cevaplandırınız.

OBSTETRİK OYKU	Hayır	Evet
1- Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yenidoğan kaybı	☐	☐
2- 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü	☐	☐
3- Erken doğum öyküsü (22-37 hafta arası)	☐	☐
4- Anomali bebek doğurma öyküsü	☐	☐
5- Son bebeğin doğum aralığı <2.500 gr.	☐	☐
6- Son bebeğin doğum ağırlığı > 4.500 gr.	☐	☐
7- Son gebelik: Yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış	☐	☐
8- Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon (Miyomektomi, Septum Ameliyatı, kona biyopsi, klasik CS Servikal Serikle)	☐	☐

MEVCUT GEBELİK	Hayır	Evet
9- Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik	☐	☐
10- 18 yaşından genç	☐	☐
11- 35 yaş ve üstü	☐	☐
12- Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uyumsuzluğu	☐	☐
13- Vajinal kanama	☐	☐
14- Pelvik kitle	☐	☐
15- Diastolik kan basıncının 90 mm/Hg üstünde olması	☐	☐
16- Anemi öyküsü	☐	☐

GENEL TIBBİ OYKUSU	Hayır	Evet
17- İnsülin bağımlı diyabet hastası	☐	☐
18- Renal hastalık	☐	☐
19- Kardiyovasküler hastalık	☐	☐
20-Tiroid hastalığı	☐	☐
21- Talasemi taşıyıcılığı	☐	☐
22- Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı	☐	☐
23- Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum (.....)	☐	☐

Dolduran Sağlık Personeli

Adı Soyadı-İmza

Hier izlem sonrasında Risk değerlendirme formu tekrara gözden geçirilmelidir. "Risk Değerlendirme Formu"ndaki kriterlerden birine bile "Evet" cevabı verildiğinde, Kadın-Doğum uzman hekiminin değerlendirilmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler devam ettirilir. Gebenin izlemi Kadın-Doğum uzman hekiminin koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı artırılır. Eğer Kadın doğum uzmanı yoksa Kadın doğum uzmanı olan bir hastaneye sevk edilmelidir.

*Değerlendirme sonrası uygulanmaya giren "Gebelik Risk Değerlendirme Formu" hasta dosyasına ve/veya Acil Hasta Formu'na ilave edilir.



Yatan Hasta Dosyası

[illegible]

Anestezi Hekimi
Adı Soyadı-İmza



Yatan Hasta Dosyası



**EYP SULTAN
DEVLET HASTANESİ**

ANESTEZİ SONRASI HASTA TAKİP FORMU



Hasta Adı Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Protokol No:

GSS Provizyon No:

Hasta Grubu/Kurumu:

Adres:

Arşiv No:

Kabul/Yatış No:

Doktor:

Servis:

Dosya/Bölüm Kayıt No:

Doğum Tarihi:

Cinsiyet:

Telefon:

Tarih:

Pre-op/Per-op Önemli Özellikler:

Tarih:

Yapılan Ameliyat:

Anestezi Şekli:

Parametreler	Giriş:.....					Çıkış:.....
Nabız						
NIBP (mmHg)						
SpO ₂ (%)						

Yapılan Tedaviler	Modifiye Aldrete Skor Sistemi (MASS)
1-	Aktiviteler (Emirler veya serbest hareketler) 4- Ekstremiteler 2 puan 2- Ekstremiteler 1 puan 0- Ekstremiteler 0 puan
2-	
3-	Solumun Derin soluk alabilme ve rahat öksürebilme 2 puan Dispne yüzeyel, sınırlı soluk alıp verme 1 puan Apneik 0 puan
4-	
5-	Dolaşım Kan basıncı 20 mmHg preanestezik dönem 2 puan Kan basıncı +20-50 mmHg preanestezik dönem 1 puan Kan basıncı +50 mmHg preanestezik dönem 0 puan
6-	Şuur Tam uyanık 2 puan Seslenerek uyandırılıyor 1 puan Yanıt yok 0 puan
7-	O₂ Saturasyonu Oda havasında > %92 2 puan %90 SpO₂ için O₂ inhalasyonu gerekli 1 puan O₂ desteği ile <%90 0 puan
8-	Toplam Skor

Çocuklarda (<12 yaş) sorun yoksa kan basıncı skoru 2 olarak kabul edilir.

AMELİYATHANEDEN ÇIKIŞ Saat::.....

☐ Dren Kontrolü ☐ Damar Yolu Kontrolü ☐ Kan ve Kan Ürünleri ☐ İdrar Sondası ☐ CVP Kateteri

☐ Hasta dosyası ile birlikte servis hemşiresine teslim edildi. ☐ Hastanın Yoğun Bakım Ünitesi gereksinimi vardır.

☐ **SPİNAL ANESTEZİ UYGULANAN HASTALARDA SERVİS UYGULAMALARI**

1-Hasta serviste bany 30 dakika içinde çıkacak şekilde yatırılacak.

2-Hasta ilk 8 saatte 2 lt. oral (ajdiken) sıvı tüketilecek.

3-Hasta 24 saat ayağa kalkmayacak.

4-Hastanın ilk bir saatte 15 dk. ara ile Tanıyın ve Nabız takibi yapılacaktır. Sonrasında bir saat ara ile takibe devam edilecektir.

ÇIKIŞ ÖNERİLERİ

☐ **SPİNAL ANESTEZİ UYGULANAN HASTALARDA SERVİS UYGULAMALARI**

1-Hasta serviste bany 30 dakika içinde çıkacak şekilde yatırılacak.

2-Hasta ilk 8 saatte 2 lt. oral (ajdiken) sıvı tüketilecek.

3-Hasta 24 saat ayağa kalkmayacak.

4-Hastanın ilk bir saatte 15 dk. ara ile Tanıyın ve Nabız takibi yapılacaktır. Sonrasında bir saat ara ile takibe devam edilecektir.

☐ **GENEL ANESTEZİ UYGULANAN HASTALARDA SERVİS UYGULAMALARI**

1-İlk bir saatte 15 dk. ara ile Tanıyın ve Nabız takibi yapılacaktır. Sonrasında bir saat ara ile takibe devam edilecektir.

Anestezi Teknisyeni
Adı Soyadı-İmza

Anestezi Uzmanı
Adı Soyadı-İmza

Taraflarına yazılı ve sözlü olarak iletilen Hasta bilgileri-Hasta Dosyası ile birlikte hasta teslim alınmıştır.

Teslim Eden
Anestezi Teknisyeni
Adı Soyadı- İmza

Teslim Alan
Servis Hemşiresi
Adı Soyadı- İmza



EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ

KAN ve KAN BİLEŞENİ İSTEM FORMU

HASTANIN
Adı Soyadı: _____ Protokol No: _____ T.C.K No: _____ Doğum Tarihi: ____/____/____ Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek
Servisi ve oda no _____ Hastanın Tanı/On Tanısı: _____
Kan Grubu
Hastanın Bilinen Kan Grubu: ☐ Kart ile ☐ Beyan ile ____ Rh ____ Hastanın eski kaydı var mı? : ☐ Hayır ☐ Evet ____ Rh ____
Oyküsü
☐ Transfüzyon ☐ Transplantasyon ☐ Alloantikör ☐ Transfüzyon reaksiyonu ☐ Geçirilmiş Gebelik
☐ Fetomaternal Uyumadık ☐ İlgili olabilecek diğer öyküler/özel durumlar _____

KAN VE KAN BİLEŞENİNİN **Kan grubu** (____ Rh ____)
İstem Tarihi: ____/____/____ Planlanan Transfüzyon Tarihi: ____/____/____ Planlanan Veriliş Süresi: _____
Türü ve Miktarı:
☐ Eritrosit Konsantresi _____ ünite ☐ Taze Tam Kan _____ ünite ☐ Taze Donmuş Plazma _____ ünite
☐ Kriyopresipitat _____ ünite ☐ Granülosit Konsantresi _____ ünite
☐ Trombosit Konsantresi (Tam kandan) _____ ünite ☐ Havuz Trombosit Konsantresi (Tam kandan) _____ ünite
☐ Trombosit Konsantresi (Aferез ile): _____ ünite ☐ Diğer _____ ünite

Ek İşlem İstemi
Lökosit filtrasyonu ☐ Evet ☐ Hayır Işınlama ☐ Evet ☐ Hayır Yıkama ☐ Evet ☐ Hayır Diğer _____

KAN VE KAN BİLEŞENİNİN TRANSFÜZYON ENDİKASYONU (Kan İstem Gerekçesi):

ERİTROSİT KONSANTRESİ (E)
☐ E1 Akut kanama
☐ E2 Hb . 7 g/dL stabil hasta
☐ E3 Hb . 8 g/dL olduğu kardiyovasküler hastalık veya hematolojik malignite
☐ E4 Transfüzyona ihtiyaç gösteren kronik anemi
☐ E5 Exchange Transfüzyon
☐ E6 Preoperatif hasta hazırlığı
☐ E7 Peroperatif kanama riski
☐ E8 Diğer (açıklayınız): _____
TAZE DONMUŞ PLAZMA (P)
☐ P1 Major Hemoraji
☐ P2 Kanamaya birlikte INR >1.5
☐ P3 İşlem öncesi PTZ Oran/INR >1.5
☐ P4 PTZ Oran/INR >2 olan karaciğer hastalığı ve işlem öncesi dönem
☐ P5 TTP/Plazma Değişimi
☐ P6 Eksik Olan Bir Pihlagma Faktörünün Replasmanı
☐ P7 Preoperatif hasta hazırlığı
☐ P8 Peroperatif kanama riski
☐ P9 Diğer (açıklayınız): _____
KRIYOPRESİPİTAT (K)
☐ K1 Klinik olarak anlamlı kanama ve Fibrinojen <1,5 g/L (obstetrik kanamada <2 g/L)
☐ K2 İşlem öncesi Fibrinojen <1 g/L
☐ K3 Trombolitik tedavi ile ilgili kanama
☐ K4 Kalıtsal hipofibrinogenemide fibrinojen konsantrisine ulaşılmadığı durumlarda
☐ K5 Diğer (açıklayınız): _____
TAM KAN (TK)
☐ TK1 Masif transfüzyon ☐ TK2 Diğer (açıklayınız): _____
GRANÜLOSİT KONSANTRESİ
☐ G1 Sepsis ☐ G2 Diğer (açıklayınız): _____

TROMBOSİT KONSANTRESİ (T)
☐ T1 Spontan Kanamayı önlemek için profilaksi
☐ T1A Trombosit <10x10⁹/L; geri dönüştürülebilir kemik iliği yetmezliği
☐ T1B Trombosit 10-20x10⁹/L; sepsis/hemostatik anormallik
☐ T1C Trombosit <30x10⁹/L; tanısı konulmuş koagülopati
☐ T2 İnvaziv girişim veya ameliyat öncesi profilaksi
☐ T2A Trombosit <20x10⁹/L; santral ventöz katater
☐ T2B Trombosit <40x10⁹/L; lomber ponksiyon/spinal anestezi öncesi
☐ T2C Trombosit <50x10⁹/L; karaciğer biyopsisi/majör cerrahi öncesi
☐ T2D Trombosit <80x10⁹/L; epidural anestezi
☐ T2E Trombosit <100x10⁹/L; kritik bölge ameliyatı öncesi, öm. Santral sinir sistemi, göz operasyonu
☐ T3 Kanamayı tedavi etmek için terapötik kullanım (DSÖ kanama derecesi 2 veya üzeri)
☐ T3A Trombosit <50x10⁹/L; majör kanama
☐ T3B Trombosit <100x10⁹/L; kritik bölge kanaması; SSS/travmatik beyin hasarı
☐ T3C Trombosit <30x10⁹/L; klinik olarak belirgin kanama
☐ T4 Spesifik klinik durumlar
☐ T4A Dissemine intravasküler koagülasyonda işlem öncesi veya kanama varsa.
☐ T4B Primer immün trombositopeni (siddetli kanama).
☐ T5 Trombosit fonksiyon bozukluğu
☐ T5A Anti-trombosit ilaç kullanımından kaynaklanan kritik kanama
☐ T5B Kalıtsal trombosit bozukluklarında kanama
☐ T6 Diğer (açıklayınız): _____

Hekim
Adı Soyadı- Kaşe/İmza

ACIL TALEP DURUMUNDA DOLDURULACAK BÖLÜM

Aciliyet Durumu
☐ Öncelikli (Kan 3 saat içinde temin edilmelidir) ☐ Acil (Kan 1 saat içinde temin edilmelidir) ☐ Çok Acil (Kan 15 dakika içinde temin edilmelidir)

Hayati Tehlike Nedeni ile Kabul Ettiğiniz Seçenek
☐ Tanama testlerinin kart test ile yapılmasını kabul ediyorum. ☐ Cross-match testinin yapılmamasını kabul ediyorum. ☐ Kan grubu uygunluğu ile transfüzyona kabul ediyorum.
☐ O Rh negatif eritrosit konsantrisini kabul ediyorum. ☐ AB grubu plazmayı kabul ediyorum. ☐ Farklı gruptan trombosit konsantrisi verilmesini kabul ediyorum.
☐ Diğer: _____
İstedğim kan bileşenlerinin, hastamın yukarıda belirlediğim aciliyet durumu ve hayati tehlike nedeni olarak işaretlediğim seçenek yüzünden tüm sorumluluğu üstleniyorum. Her ne kadar bu kan transfüzyonunun birtakım riskler oluşturduğunu bilsen de rutin kan bileşeni hazırlanması ve transfüzyon öncesi testlerin yapılması için geçecek zaman dolayısıyla transfüzyonun gecikmesinin hastamın yaşamını tehlikeye sokacağını düşünüyorum.

Hekim
Adı Soyadı-İmza

Hemen hastanın doğru etiketlenmiş bir kan numunesini ve imzaladığınız kan bileşeni istem formunu transfüzyon merkezine gönderiniz.

EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ

KAN TRANSFÜZYONU TAKİP FORMU

Adı Soyadı: _____ Protokol No: _____ İstek tarihi: _____
T.C. Kimlik No: _____ Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek İstenen Bileşen _____
Doğum Tarihi: _____ İstek Yapan Klinik _____ Kan grubu (____ Rh ____)

KAN BİLEŞENİ BİLGİLERİ
Kan Bileşen no- İSBT **Kan Grubu ABO/Rh** (____ Rh ____) **Bileşen Miktarı:** _____ml
☐ Tam Kan ☐ Aferез eritrosit konsantrisi ☐ Taze Plazma ☐ Taze Donmuş Plazma
☐ Eritrosit Konsantrisi ☐ Eritrosit trombosit konsantrisi ☐ Kriyopresipitat ☐ Diğer _____
☐ Trombosit Konsantrisi ☐ Aferез granülosit konsantrisi ☐ Kriyopresipitat uzaklaştırılmış plazma

KAN BİLEŞENİ ÖZELLİKLERİ
Çapraz karışdırma ☐ Uygun ☐ Uygun Değil ☐ Yapılmadı **Hasta başı filtrasyon** ☐ Var ☐ Yok
☐ Buffy coat uzaklaştırılmış ☐ Lökosit azaltılmış ☐ Işınlanmış ☐ Yıkamış ☐ Bölünmüş ☐ DMV Negatif ☐ HLA uygun ☐ Ototolog
☐ Diğer eritrosit antijenleri uygun (Hangi eritrosit antijenlerinin uygun olduğu belirtilmelidir) ☐ Diğer _____

TEDARİKÇİ BİLGİLERİ ☐ _____ Bölge KM ☐ Hastane Transfüzyon Merkezi ☐ Diğer _____

TRANSFER ÖNCESİ BİLEŞEN KONTROLÜ ve BİLEŞEN TRANSFER BİLGİLERİ
Bileşen renk kontrolü ☐ Uygun ☐ Uygun değil **Pihbi** ☐ Yok ☐ Var **Hemoliz** ☐ Yok ☐ Var **Son Kullanma Tarihi** ☐ Uygun ☐ Uygun değil
Etiket kontrolü ☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı **İstek tarihi** ☐ Uygun ☐ Uygun değil
Uygun saklama şartlarında muhafaza edilen _____ numaralı (İSBT/Torba numarası) _____ adet kan bileşeni istem ve etiket bilgileri kontrol edilerek teslim alınmış ve uygun transfer kapları ile transferi yapılarak bölüm hemşiresine teslim edilmiştir.

Transfer Öncesi Bileşen kontrolü yapılır İstemi Karşılama/Teslim Eden Laboratuvar Teknisyeni T. Merkezi/Laboratuvar Adı Soyadı-İmza	Teslim/Okuş Tarih Ve Saati ____/____/____	Teslim Alan Transfer Görevlisi Yetkilendirilmiş Personel Adı Soyadı-İmza	Bölüm/Kliniğe Teslim saati ____/____/____	Teslim Alan Bölüm Hemşiresi Klinik, Y.Bakım, AML,.... Adı Soyadı-İmza
---	---	---	---	--

TRANSFÜZYON ÖNCESİ BİLGİ ve BİLEŞEN KONTROLÜ/ONAYI		TRANSFÜZYON PLANI
Hasta kimlik kontrolü	☐ 1.Kişi Yapıldı ☐ 2.Kişi Yapıldı	Transfüzyonun Tarihi: ____/____/____ Başlangıç Saati: ____:____:____ Hızı/Süresi: _____ Transfüzyon öncesi her hastanın kilosu, yaşı, altta yatan hastalığı, ko-morbiditesi değerlendirilerek ideal transfüzyon hızı ve süresi belirlenmiş, onam alınmıştır.
Hasta / Bileşen kan grubu kontrolü	☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı	
Çapraz Karışdırma Kontrolü	☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı	Transfüzyonun Başlangıç Saati: ____:____:____ Hızı/Süresi: _____
Bileşen Numarası Kontrolü- İSPST	☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı	
Depolama sıcaklığı	☐ Uygun ☐ Uygun Değil	Transfüzyonun Başlangıç Saati: ____:____:____ Hızı/Süresi: _____
Bileşen Renk Kontrolü	☐ Uygun ☐ Uygun Değil	
Pihbi	☐ Yok ☐ Var	Transfüzyonun Başlangıç Saati: ____:____:____ Hızı/Süresi: _____
Hemoliz	☐ Yok ☐ Var	
Torbadan sızma	☐ Yok ☐ Var	Transfüzyonun Başlangıç Saati: ____:____:____ Hızı/Süresi: _____
Alınma ve Son Kullanma Tarihi	☐ Uygun ☐ Uygun Değil	
Mikrobiyoloji test sonuçları - (Etiket)	☐ Uygun ☐ Uygun Değil	Transfüzyonun Başlangıç Saati: ____:____:____ Hızı/Süresi: _____
Bileşen tedavi planına yazılan ürün kontrolü	☐ Uygun ☐ Uygun Değil	
KONTROL EDENLER	Yapan/Transfüzyonu Uygulayan Hemşire -Kaşe/İmza	Doğrulamaya Katılan Hekim/Hemşire Kaşe/İmza

TRANSFÜZYON İZLEMİ
Transfüzyon uygulanırken hastanın kimlik doğrulamasını (adı soyadı, doğum tarihi ve protokol no) yaparak başlarız. Transfüzyonun ilk 15 dakikası hasta bağından ayrılmadan gözlem altında yavaş uygulanır; vital bulgular kaydedilir, daha sonra 30 dk da bir, transfüzyon bitiminde ve bitiminden 1 saat sonra hastanın vital bulguları alınır ve kaydedilir.

Saat	Süre	Kan Basıncı (mm Hg)	Nabız (/dk)	Vücut Isısı (°C)	Solunum Sayısı(/dk)	Diğer	Müdahale - Notlar İzleyen Hemşire
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							
Transfüzyon Bitiş/Sonlandırma Saati _____		Transfüzyon: ☐ Tamamlandı ☐ Tamamlanmadı, nedeni _____					
Transfüzyon Edilen Bileşen Miktarı _____ ml		İstenmeyen Olay / Reaksiyon ☐ YOK ☐ VAR					

Transfüzyon Reaksiyonu varlığına ve şüphesine:
☐ Transfüzyonu **DERHAL DURDURUNUZ**, İLGİLİ HEKİME HABER VERİNİZ.
☐ Hastanın damar yolu serum fizyolojik ile yıkıdınız.
☐ Bileşen ve hasta bilgilerini kontrol ediniz. Doğru kan bileşeninin doğru hastaya verildiğinden emin olunuz.
☐ Hastadan yeni kan örneği alınız.
☐ Hastaya verilen kan ve kan bileşeni ile birlikte giden sıvıları saklayınız.
☐ Transfüzyon ile ilgili Şüpheli İstenmeyen Reaksiyon Formunu, Akut transfüzyon reaksiyonu söz konusu "Transfüzyon ile İlgili İstenmeyen Reaksiyon İnceleme ve Tedavi Formu" (Akut transfüzyon reaksiyonunda) ve "İstenmeyen Olay Formu" doldurup Transfüzyon Merkezine ve Hemovijlans Birimine (TM-HVB) iletiniz. (Hekim) Kan Transfüzyon hataları ve ramak kalma olaylarını İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi (İntranet) Transfüzyon Hataları Bildirim Formu ile bildiriniz.



	EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ	EPİKRİZ-TABURCULUK FORMU	
Hasta Adı Soyadı:	Arşiv No:	Doğum Tarihi:	
T.C. Kimlik No:	Kabul/Yatış No:	Cinsiyet:	
Protokol No:	Doktor:	Telefon:	
GSS Provizyon No:	Servis:	Tarih:	
Hasta Grubu/Kurumu:	Dosya/ Bölüm Kayıt No:		
Adres:			
Başvuru/Yatış Tarihi:	Başvuru/Yatış Şekli:	İzinli Gün:	
Çıkış/Taburcu Tarihi:	Çıkış/Taburcu Şekli:	Yatışı Gün:	
Şikayeti: (Başvuru nedeni)			
Hikayesi:			
Öz geçmiş ve Soy geçmiş:			
Muayene Bulguları/Ön Tanılar			
Tetkikler: (Radyoloji-Laboratuvar...)			
Ana tanı:			
Ek tanı/ lar:			
Uygulanan Tedavi: (Medikal, Cerrahi) Klinik İzlem, Kan Ürünleri, İşlemler, Kısa Ameliyat Notu			
Sonuç: (Taburcu Notu)			
Öneriler: (Kullanılması önerilen ilaçlar, Takip talimatları, Dikkat edilecek hususlar)			
Acil durumlarda aranacak telefon numarası: Hastane: 0212 417 29 00/..... Diğer:.....			
Kontrol Tarihi:/...../.....			
Hekim Adı Soyadı-İmza/...../.....			
Epikriz-Taburculuk Formu'nun bir nüshasını aldım. Hasta/Hasta Yakını Ad-Soyadı:..... İmza:.....			

*Bir nüshası hastaya veya yakınına verilecek, diğer nüshası yatan hastada hasta dosyasına konacak, acil hastada ise "Acil Hasta Formu"na eklenecektir.

Adres: Eyüp Merkez Mah. Silahtarada Cad. No: 53-55-57 Eyüp/İSTANBUL
Telefon: 0.212 417 29 00 Randevu (MHR5) Tel:182