

İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

ACİL KAN ve KAN ÜRÜNÜ İSTEK FORMU

ACİL

HASTA BİLGİLERİ Adı, soyadı : Doğum Tarihi : <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek Protokol No : Klinik/ Yatak No :	HASTA KAN GRUBU (YAZI İLE)Rh.....	TEMİN SÜRESİ <input type="checkbox"/> ÇOK ACİL (Seroloji ve Çapraz karşılaştırma yapılmamış) <ul style="list-style-type: none">Kendi kan grubundan <input type="checkbox"/> ÇOK ACİL (Serolojisi yapılmış , Çapraz karşılaştırma yapılmamış) <ul style="list-style-type: none">O Rh negatif <input type="checkbox"/> ACİL (90 dakika içinde) Seroloji ve çapraz karşılaştırma yapılmış
	İSTENEN ÜRÜN <input type="checkbox"/> Tam Kan ünite <input type="checkbox"/> Eritrosit süspansiyonu ünite <input type="checkbox"/> Random Trombosit süspansiyonu..... ünite <input type="checkbox"/> Taze donmuş plazma..... ünite	
	Acil Serolojisiz ve Cross Match'siz Kan ve Kan Ürünü İsteminizi ve Endikasyonunu El Yazınız İle Belirtiniz	
TANI : ENDİKASYON :		ÖZEL İŞLEM <input type="checkbox"/> IşınlamacGy
TESLİM ALAN: _____	TESLİM EDEN: _____	İSTEK YAPAN HEKİM (Adı,Soyadı, Diploma No,Kaşe) Tel : Tarih : _____ Saat : _____ İmza : _____
TARİH: _____ / _____ / _____ SAAT: _____ : _____	İMZA _____	