

EK 2 COVID-19 İMMÜN PLAZMA (İP) KLİNİK KULLANIM TAKİP FORMU**Hastanın**

Adı-Soyadı (ilk Harfleri)

TC Numarası

Doğum Tarihi

...../...../.....

Cinsiyeti

 KADIN ERKEK

COVID-19 Tanı

 Kesin (PCR +) Olası (klinik/radyolojik bulgular +, PCR bekleniyor)

Kan Grubu *En az 2 kez 2 farklı numunedan bakılmış kan grubu sonucu

COVID-19 İMMÜN PLAZMA ENDİKASYONU

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

 Düşmeyen Ateşgün Dispne Takipne (Solunum sayısı > 30/dakika) Solunum Sayısı/dakika PaO₂ / FiO₂ <300 mm Hg 5 litre/dakika ve üstünde nazal oksijen desteğine rağmen oksijen saturasyonu <%90 5 litre/dakika ve üstünde nazal oksijen desteğine rağmen parsiyel oksijen basıncı <70 mmHg Mekanik ventilasyon ihtiyacı var Non-invaziv İnvaziv SOFA skoru Vazopressör ihtiyacı var Şok tablosu Diğer kötü prognoz parametreleri var Lenfopeni < %20 ferritin > 1000 ug/L CRP > 30 mg/L D-Dimer > 4 ng/ml Prognozu ve sağkalımı olumsuz etkileyecek eşlik eden hastalık var mı? Hipertansiyon Diabetes Mellitus Kardiyovasküler Hastalıklar Malignite KOAH Sigara Diğer (açıklayınız)**COVID-19 İMMÜN PLAZMA TRANSFÜZYONU**

Hasta Onamı

 Hastadan Alındı Hasta Yakınından Alındı Konsey Kararı

İlk semptomun ortaya çıktığı tarih (hastalık başlangıcı)/..../.....

Hastaneye Yatış Tarihi/..../.....

Yoğun Bakım Ünitesine yatış tarihi/..../.....

COVID-19 IP 1. Ünite ISBT No

Transfüzyon Tarihi/...../ 20.....

COVID-19 IP 2. Ünite ISBT No.....

Transfüzyon Tarihi/...../ 20.....

COVID-19 IP 3. Ünite ISBT No.....

Transfüzyon Tarihi/...../ 20.....

* Önerilen tedavi dozu 1-2 ünitedir ve 48 saat ara ile uygulanır. Gerekliği takdirde, 3. Doz 96. saatte uygulanır.