



TRANSFÜZYON KOMİTESİ GÖREV TANIMI

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No/Sayfa Sayısı
TH. YD.01	NİSAN 2016	01	NİSAN 2020	1 / 2

ÜN VAN	ADI SOYADI	İMZA
Enfeksiyon Hastalıkları Uzm. Dr.	Mehmet ÇOBAN (Komite Başkanı)	
Lab. Tek.	Memnune BAŞER (Komite Sekreteryası)	
Anestezi Uzm.Dr.	Canan Kamile TURNA	
Dahiliye Hastalıkları Uzm.Dr.	Muharrem DOĞAN	
İd.Mali.Hiz.Müd.	Meral BİLİR	
Sağlık Bakım Hizm. Müd. Kalite Y.D.	Şerife EGE	
Genel Cerrahi Uzmanı Op.Dr.	M. Ali İMREN	
Kadın Hastalıkları ve Doğum Op.Dr.	Bülent CİVELEK	
Ortopedi ve Trav. Uzm. Op. Dr.	Tugay TİPİ	
Acil Servis Sorumlu Dr.	Berrin DEMİR BAHAYETMEZ	
Hemovijilans Hemşiresi	Ümit DÖNMEZ	
Kat-1 Sorumlu Hemşire	Yeşim ÇINAR	
Anestezi Sorumlu Tek.	Levent ÜN	
Yoğun Bakım Sorumlu Hemşire	Mehtap ZENGİN	
Hemodiyaliz Sorumlu Hemşire	Sümeyra ÖZEV	
Kat-2 Sorumlu Hemşire	Gül YARAŞIR	
Doğum Servisi Sorumlu Hemşire	Ayşe KARAMAN	
Acil Sorumlu Hemşire	Nilay GÖNÜL	
İstatistik Birim Sor. Tıbbi Sekreter	Sibel CANDAN	
Arşiv Sorumlusu V.H.K.İ	Cemile ÇOMAK	

GÖREV VE SORUMLULUKLARI

28/03/2020 tarih ve 64047795-229 sayılı yazı ile yayınlanan Ulusal Hemovijilans Rehberi doğrultusunda;

1. Transfüzyon komitesi, kurumsal politikanın bir parçası olarak, düzenli olarak ilgili raporları değerlendirmeli ve yönetime sunmalıdır. Değerlendirilen raporlar aşağıdaki bilgileri içermelidir;



TRANSFÜZYON KOMİTESİ GÖREV TANIMI

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No/Sayfa Sayısı
TH. YD.01	NİSAN 2016	01	NİSAN 2020	1 / 2

2. Toplam transfüzyon sayısı, transfüze edilen bileşen tipi gibi (ancak bunlarla sınırlı olmayan) genel istatistikî bilgi,
3. Son kullanım tarihi geçmiş veya imha edilmiş kan bileşeni sayısı,
4. Çapraz eşleştirme/transfüzyon oranı,
5. Otolog alım sayısı, gerçekleştirildiyse transfüzyon sayısı,
6. Ameliyathanede gerçekleştirilen hemodilüsyon prosedürleri, intra-operatif kan kazanım prosedürleri, post-operatif kan kazanım prosedürleri (gerçekleştirilen prosedür sayısı, kullanılan cihaz, teknoloji ve yöntemler dahil),
7. Reinfüzyon prosedürlerinin sayısı (ör: Radyoizotop etiketli hücre reinfüzyonu gerektiren tanı prosedürleri) ve diğer bağlantılı istenmeyen olaylar,
8. Lokal uygulamalar için kullanılan kan ürünleri sayısı (Örneğin; fibrin yapıştırıcı ve trombosit jel),
9. Transfüzyon hizmetlerine ilişkin hasta politikasında veya prosedürlerinde ciddi bir yenilik veya revizyona gidilmesi,
10. Hastada kan ve kan bileşenleri ile bulaşan şüpheli enfeksiyon hastalıkları da dahil tüm istenmeyen reaksiyonlar, ciddi reaksiyon detayları ve bunların soruşturma sonuçları,
11. KTO tarafından gerçekleştirilen teftiş sonuçları,
12. Kan hizmetlerinde istihdam edilen personel değişiklikleri,
13. Rehberler ve standartlardaki değişiklikler.

Hastane Transfüzyon Komitesi, immünohematolojik inceleme yöntemleri, kan bileşenlerinin kullanımı, çapraz karşılaştırması yapılmış bileşenlerin rezervasyon süreleri vb. hastane transfüzyon süreçlerine ilişkin kılavuz ve talimatların hazırlanmasını ve/veya güncellenmesini sağlamalıdır.

Komite hastanede gerçekleştirilen kan ve kan bileşenlerinin transfüzyonuyla ilgili tüm işlemlerin uygunluğunun gözden geçirilmesi için etkin bir izleme planı oluşturmalıdır.

Hastane transfüzyon komitelerinin en az üç ayda bir, gerektiğinde daha sık toplanması ve hastane yönetimi ile Sağlık Bakanlığı'na rapor vermesi gerekmektedir.

HAZIRLAYAN: Kalite Yönetim Birimi

KONTROL EDEN: Kalite Yönetim Direktörü

ONAYLAYAN: Başhekim