



فرم گزارش عملکرد همویژلانس بیمارستانی

گزارش عوارض ناخواسته ناشی از تزریق خون و فرآورده های خونی														
نوع عارضه	واکنش آلرژیک خفیف	تب	همولیز ایمیون ناشی از ناسازگاری ABO	همولیز نان ایمیون	همولیز ایمیون ناشی از سایر آلو آنتی بادی ها	عفونت باکتریال منتقله از راه انتقال خون	حساسیت شدید	آنافیلاکسی	TRAIL	عفونت ویرال منتقله از راه انتقال خون	عفونت انگلی منتقله از راه انتقال خون	پورپورای بعد از تزریق ترانسفوزیون	GVHD	سایر عوارض منجر به مرگ
۶ ماهه اول سال														
۶ ماهه دوم سال														
میزان توزیع و مصرف خون و فرآورده های خونی														
توزیع		RBC		WHOLE BLOOD		FFP		PLATELET		CRAYO		سایر فرآورده ها		مصرف
مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	مصرف	توزیع	
۶ ماهه اول سال														
۶ ماهه دوم سال														
مدیریت برنامه همویژلانس بیمارستانی														
تعداد بار دیده های بعمل آمده توسط سازمان انتقال خون استان		تعداد نقاط قابل بهبود شناسایی شده طی بازدیدها		تعداد نقاط قابل بهبود مرتفع شده		تعداد کمیته های انتقال خون برگزار شده در بیمارستان		تعداد مصوبات کمیته ها		تعداد مصوبات اجرایی شده				
۶ ماهه اول سال														
۶ ماهه دوم سال														

تعداد کل عوارض ناشی از تزریق خون و فرآورده های خونی : ۶ ماهه اول سال : ۶ ماهه دوم سال :

بیمارستان لوح همویژلانس دریافت نموده است ؟ بلی خیر تاریخ اعتبار لوح همویژلانس :