



KAN TRANSFÜZYON KOMİTESİ



KODU: KY.YD.108

YAYIN TARİHİ: MAYIS 2014

REVİZYON NO: 14

REVİZYON TARİHİ: 28.03.2022

SAYFA NO: 1/3

1.KURULUŞ AMACI

- Kan ve kan ürünlerinin temini, kan komponentlerinin hazırlanma oranları, kanın saklanma ve kullanım güvenliği konularında hastane politikası oluşturmak,
- Kan ve kan ürünlerinin kullanıldığı tüm olgularda transfüzyon endikasyonunu değerlendirmek,
- Hasta ihtiyacını karşılama konusunda kan merkezinin yeterliliğini değerlendirmek,
- Kan ve kan ürünlerine bağlı transfüzyon reaksiyonlarını değerlendirmek.

2.KURULUŞU

Hastane yönetimi, kan merkezi ve kan ürünleri kullanılan tüm bölümler ve kan merkezi transfüzyon komitesinde temsil edilmelidir.

- Hastane başhekimini veya görevlendireceği bir başhekim yardımcısı komitede bulunmalıdır.
- Kan merkezinden sorumlu doktor mutlaka komite üyesi olmalıdır.
- Cerrahi, anesteziyoloji, dahiliye, pediatri, kadın hastalıkları ve doğum bölümlerinin temsilcileri ile eğer hastanede mevcut ise hematoloji, onkoloji, yeni doğan ünitesi, ortopedi, nefroloji (hemodiyaliz), kardiyovasküler cerrahi, kan merkezi laboratuvar uzmanı komitede yer almalıdır.
- Yoğun transfüzyon yapan servisler ile kan merkezinden birer temsilci hemşire, istatistikler ve kayıtlar önem taşıyacağından bir istatistik veya arşiv görevlisi komitede bulunmalıdır.
- Uzman sayısının bu yapılanmaya yeterli olmadığı hastanelerde bu konuda ilgi, istek ve bilgi birikimine sahip uzmanlar komiteyi oluşturmalıdır.
- Konuya ilgi duyan sağlık personelinin toplantılara katılmasına izin verilmelidir. Hastanenin kan kullanım politikasında doğrudan etkin olan kan merkezi sorumlu doktoru komitenin mutlak üyesi olmalıdır. Ancak başkan olması zorunlu değildir. Hastanede hematoloji uzmanı var ise, hematoloji uzmanının başkan olması tercih edilmelidir.

3.KOMİTENİN GÖREV ALANI ASGARİ AŞAĞIDAKİ KONULARI KAPSAR:

- Hastanede transfüzyon pratiğinin tüm yönleri transfüzyon komitesi tarafından gözden geçirilmeli, politikalar oluşturulmalı ve denetlenmelidir.
- Komite, kuruluşunu takiben, hastanedeki mevcut kan ve kan ürünleri kullanım durumunu irdelemeli ve mevcut verilere göre çalışma stratejileri ve öncelikli girişimleri belirlemelidir.
- Transfüzyon uygulamalarının denetlenmesi için kriterler geliştirilmelidir.
- Kan merkezinin istatistik raporları gözden geçirilip analiz edilmelidir.
- Güvenli transfüzyonu sağlamak amacıyla;
 - a-Kan gruplaması, cross-match, antikor tarama ve tanımlama çalışmalarında kullanılan yöntemler,
 - b-Transfüzyonla bulaşan infeksiyonları önlemeye yönelik testlerde kullanılan yöntemler,
 - c-Kan ve Kan Komponentlerinin hazırlama tekniklerini ve hastanede kullanım oranları irdelenerek uygun politikalar oluşturulmalıdır.
- Hastanede gözlenen transfüzyon reaksiyonları değerlendirilmeli, önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.
- Kan ve Kan Ürünleri kullanım durumu değerlendirilmeli, bu hasta bakımının kalitesini artıracak şekilde düzenlenmelidir.
- Kan merkezinin, kan temini, kan alma, kan hazırlama ve kan işleme konularında yeterli ve güvenli çalışmasını sağlamak için gerekli personel ve ekipman durumu değerlendirilmeli ve eksiklerin giderilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Transfüzyon yapılan servislerde işlemlerin tespit edilen standartlara uygun yapılıp yapılmadığı düzenli aralıklarla denetlenmelidir.
- Problem olduğu gözlenen konularda denetleme tekrarlanmalı ve iyi yönde gelişmeler takip edilmelidir.
- Hastane personelinin transfüzyon pratiği konusunda eğitilmesi sağlanmalı, hizmet içi eğitimin sürekliliği takip edilmelidir.



KAN TRANSFÜZYON KOMİTESİ



KODU: KY.YD.108

YAYIN TARİHİ: MAYIS 2014

REVİZYON NO: 14

REVİZYON TARİHİ: 28.03.2022

SAYFA NO: 2/3

- Kalite güvencesi konusunda gerekli olan durumlarda hastanenin diğer komite ve komisyonlarına tavsiyelerde bulunmalıdır. Komite, yılda en az 4 kez, gerektiğinde daha sık toplanmalı, toplantılardan hastane personeli haberdar edilmeli, toplantıda alınan kararlar karar defterine kaydedilmeli ve raporlar hastane personeline sunulmalıdır.

4.KOMİTENİN TOPLANMA SÜRESİ: 3 Ayda Bir ve Gerektiğinde

5.GEREKTİĞİNDE DÜZELTİCİ-ÖNLEYİCİ FAALİYETLER BAŞLATILIR:

- Düzeltilici Faaliyet:** Tespit edilen bir uygunsuzluğun sebebini veya diğer istenmeyen durumu yok etmek için yapılan faaliyet.
- Önleyici Faaliyet:** Potansiyel (olabilme olasılığı yüksek olan bir olay) bir uygunsuzluğun sebebini veya diğer istenmeyen olabilecek durumların bertaraf edilmesi için yapılan faaliyet. Önleyici faaliyet bir olumsuz olayın meydana gelmesini önlemek için yapılır.

6.KOMİTEDE YER ALAN KİŞİLER:

S.NO	GÖREVİ	AD-SOYAD
1	Başhekim Yardımcısı	Uz. Dr. Ahmet Hamdi ERKAL
2	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	Pınar UYANIK
3	Kalite Yönetim Direktörü	Ahmet AKYOL
4	Kalite Birim Çalışanı	Dilek YALDIZ TAVLİ
5	Kalite Birim Çalışanı	Hilal AYDEMİR
6	Kalite Birim Çalışanı	Tuba HERDİLİ IŞIK
7	Dahiliye Uzmanı	Uz. Dr. Feyzi KARA
8	Pediyatri Branş Uzmanı	Uz. Dr. Elif KILIÇ KÖNTE
9	Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Uz. Dr. Adil Akın YILDIRAN
10	KVC Uzmanı	Uz. Dr. Adem REYHANCAN
11	Nefroloji Uzmanı	Uz. Dr. Cihan HEYBELİ
12	Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı	Op. Dr. Tuna KOÇOĞLU
13	Kadın Hast. ve Doğ. Uzm.	Op. Dr. Kadir ŞAHİN
14	Mikrobiyoloji Uzmanı	Uz. Dr. Şeyma SİNGER
15	Bölüm Kalite Sorumlusu	Tarık ULAŞ
16	Bölüm Kalite Sorumlusu	Resul BEKTAŞ
17	Bölüm Kalite Sorumlusu	Maruf AYTEMİŞ
18	Bölüm Kalite Sorumlusu	Duygu DURMUŞ
19	Bölüm Kalite Sorumlusu	Harun GÜLER
20	Bölüm Kalite Sorumlusu	Veli HAKAN
21	Bölüm Kalite Sorumlusu	Nazlı GÜLER
22	Bölüm Kalite Sorumlusu	Hülya ÇETİN
23	Bölüm Kalite Sorumlusu	Şerife SUBAŞI
24	Bölüm Kalite Sorumlusu	Asiye TAŞ
25	Bölüm Kalite Sorumlusu	Sema ARMAĞAN
26	Eğitim Hemşiresi	Sevim ÖZDEN
27	Kan Bankası Birim Sorumlusu	Barış ALTINIŞIK
28	Bölüm Kalite Sorumlusu	Seda BAYRAK
29	Bölüm Kalite Sorumlusu	Neslihan ŞENTÜRK
30	Bölüm Kalite Sorumlusu	Sevda ASRAK
31	İstatistik Birim Çalışanı	Turan TOPLU
32	Hemovijilans Hemşiresi	Hülya SUSAM