

## **TRANSFÜZYON KOMİTESİ**

### **KURULUŞ AMACI**

**1-**Kan ve kan ürünlerinin temini, kan komponentlerinin hazırlanma oranları, kanın saklanma ve kullanım güvenliği konularında hastane politikası oluşturmak,

**2-**Kan ve kan ürünlerinin kullanıldığı tüm olgularda transfüzyon endikasyonunu değerlendirmek,

**3-**Hasta ihtiyacını karşılama konusunda kan merkezinin yeterliliğini değerlendirmek,

**4-**Kan ve kan ürünlerine bağlı transfüzyon reaksiyonlarını değerlendirmek.

### **KURULUŞU**

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

**1-**Hastane başhekimisi veya görevlendireceği bir başhekim yardımcısı komitede bulunmalıdır.

**2-**Kan merkezinden sorumlu doktor mutlaka komite üyesi olmalıdır.

**3-**Cerrahi, anesteziyoloji, dahiliye, pediatri, kadın hastalıkları ve doğum bölümlerinin temsilcileri ile eğer hastanede mevcut ise hematoloji, onkoloji, yenidoğan ünitesi, ortopedi, nefroloji (hemodiyaliz), kardiyovasküler cerrahi, kan merkezi laboratuvar uzmanı komitede yer almalıdır.

**4-**Yoğun transfüzyon yapan servisler ile kan merkezinden birer temsilci hemşire, istatistikler ve kayıtlar önem taşıyacağından bir istatistik veya arşiv görevlisi komitede bulunmalıdır.

**5-**Uzman sayısının bu yapılanmaya yeterli olmadığı hastanelerde bu konuda ilgi, istek ve bilgi birikimine sahip uzmanlar komiteyi oluşturmalıdır.

**6-**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.

## ÇALIŞMA ESASLARI VE GÖREVLERİ

Hastanede transfüzyon pratiğinin tüm yönleri transfüzyon komitesi tarafından gözden geçirilmeli, politikalar oluşturulmalı ve denetlenmelidir.

**1-**Komite, kuruluşunu takiben, hastanedeki mevcut kan ve kan ürünleri kullanım durumunu irdelemeli ve mevcut verilere göre çalışma stratejileri ve öncelikli girişimleri belirlemelidir.

**2-**Transfüzyon uygulamalarının denetlenmesi için kriterler geliştirilmelidir.

**3-** Kan merkezinin istatistik raporları gözden geçirilip analiz edilmelidir.

**4-**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.

**5-** Hastanede gözlenen transfüzyon reaksiyonları değerlendirilmeli, önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.

**6-**Kan ve Kan Ürünleri kullanım durumu değerlendirilmeli, bu hasta bakımının kalitesini artıracak şekilde düzenlenmelidir.

**7-** 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.

**8-**Transfüzyon yapılan servislerde işlemlerin tespit edilen standartlara uygun yapıp yapılmadığı düzenli aralıklarla denetlenmelidir.

**9-**Problem olduğu gözlenen konularda denetleme tekrarlanmalı ve iyi yönde gelişmeler takip edilmelidir.

**10-**Hastane personelinin transfüzyon pratiği konusunda eğitilmesi sağlanmalı, hizmet içi eğitimin sürekliliği takip edilmelidir.

**11-**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.