**Ek 5-B**

**TERAPÖTİK AFEREZ ÜNİTELERİ YILLIK İZLEM FORMU**

**1- Terapötik Aferez Ünitesi**

|  |  |
| --- | --- |
| Terapötik aferez ünitesi adı |  |
| Telefon |  |
| Faks |  |
| E- posta |  |
| Adres |  |

**2- Terapötik Aferez Ünitesi Sorum Uzmanı**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Unvanı |  |
| Mobil tel |  |
| E- posta |  |

# 3- Terapötik Aferez Ünitesi Personeli

|  |  |
| --- | --- |
| Teknik sorumlu adı soyadı |  |
| Kalite birim sorumlusu adı soyadı |  |
| Sertifikalı sağlık personeli adı soyadı |  |
| Sorumlu uzman dışı hekim sayısı |  |
| Hekim dışı personel sayısı |  |
| Sertifikalı personel sayısı |  |
| Diğer |  |

**4- Terapötik Aferez Ünitesi Cihazları**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MARKA | ÜRETİM YILI | YETERLİLİK | CİHAZ SERİ NO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**5- Terapötik Aferez Ünitesi Faaliyetleri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TERAPÖTİK AFEREZ ÜNİTESİ FAALİYETLERİ** | | **Sayı** | **% \*** |
| **1-Kan bileşeni değişimi** | 1.a-Terapötik Plazma Değişimi (Plazmaferez) |  |  |
| 1.b-Eritrosit Değişimi |  |  |
| **2-Immunoterapi ve Plazma Modülasyonu** | 2.a-Immunoadsorbsiyon (Sepsis,bilirubin, hemaglütinin vb.) |  |  |
| 2.b-Kaskad Filtrasyon/Double Filtrasyon |  |  |
| 2.c-Lökosit Adsorbsiyonu |  |  |
| 2.ç-Lipid Aferezi |  |  |
| 2.d-Rheoferez |  |  |

\*Tüm uygulamalar içinde yapılan yüzde oranı

**6- Beyan**

|  |  |
| --- | --- |
| Yukarıda belirttiğim hususların tam, kesin ve doğru olduğunu teyit eder, ruhsatta belirtilen faaliyetler çerçevesinde hizmet verdiğimizi taahhüt ederim. | |
| Terapötik Aferez Ünitesi Sorumlu Uzmanın Adı Soyadı | Tarih/İmza |
| Kurum Amirinin Adı Soyadı | Tarih/İmza |