



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
TRANSFÜZYON MERKEZİ DONÖR KAYIT ve SORGULAMA FORMU

TARİH : .../.../20...

Adı Soyadı:	Adres:
TC Kimlik No:	
Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>	
Doğum Tarihi: .../.../.....	Cep Tlf:
Beyan edilen kan grubu:	İş Tlf:
	Ev Tlf:
	e-Posta:

BAĞIŞ TİPİ: TAM KAN AFEREZ

FİZİK MUAYENE

Ağırlık: kg	Diğer:	ONAY
Nabız: /dakika		
Kan basıncı : mmHg		
Vücut ısı: °C		

TEST SONUÇLARI

Hemoglobin (g/dL):	AÇIKLAMA ve ONAY
Hematokrit (%):	
Trombosit (x10 ⁹ /L):	
Lökosit (x10 ⁹ /L):	

DEĞERLENDİRME

<input type="checkbox"/> Bağışçı olabilir
<input type="checkbox"/> Geçici red/...../20.... tarihine kadar Neden:
<input type="checkbox"/> Kalıcı red Neden:

Değerlendiren Hekim
Adı Soyadı / KAŞE ve İMZA

Tarih:

		EVET	HAYIR
1	Kan Bağışçısı Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Kendinizi sağlıklı ve iyi hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tehlikeli bir işte (ağır iş makinesi operatörlüğü, tren makinistliği, dağcılık, dalgıçlık, paraşütçülük, işleri gereği portatif merdiven veya şantiye iskelesine tırmanmak zorunda kalan kişiler vb.) mi çalışıyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Daha önce kan bağışı için gittiğiniz bir kan bağışı merkezinden herhangi bir nedenle geri çevrildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Prostat büyümesi ilaçları, sivilce tedavisi, sedef hastalığı, kellik için herhangi bir ilaç alıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Herhangi bir enfeksiyon hastalığı için (antibiyotik, ateş düşürücü vb) aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Son 5 gün içinde aspirin, ağrı kesici veya romatizma ilacı aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Allerjik reaksiyon geçirdiniz mi?buna yönelik tedavi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Yukarıda belirtilenler dışında kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Son 12 ay içinde diş tedavisi oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Son 1 hafta içinde ishal (diyare) oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Son 1 ay içinde herhangi bir aşı oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kronik (müzmin, süreğen) bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Para veya uyuşturucu karşılığında cinsel ilişkiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Frengi (sifilis) veya bel soğukluğu (gonore) nedeni ile tedavi oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	AIDS hastalığınız var mı, kendinizde böyle bir hastalık olduğuna dair bir şüpheniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	AIDS hastası olduğunuzu bildiğiniz biri ile cinsel ilişkiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Kan ve kan ürünü alan, diyalize giren veya hemofili hastası olan biri ile cinsel ilişkiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Hiç uyuşturucu kullandınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	İnsülin, büyüme hormonu, immünglobulin , tamoksifen kullandınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Son 12 ay içinde Ameliyat veya endoskopik muayene oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Kalp-damar, akciğer, mide-barsak, böbrek hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Bugüne kadar hiç nöbet, sara (epilepsi) krizi veya felç geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Bugüne kadar hiç kanser tanısı aldınız mı, kanser tedavisi gördünüz mü?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Şeker hastalığınız ya da yaygın romatizmal bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Kanamalı bir hastalık veya kan hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Sıtma (malarya), Verem (tüberküloz), Malta humması (peynir hastalığı / brucella), Kemik iltihabı (osteomyelit) veya Kara humma (kala – azar) geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Hepatit (Sarılık) geçirdiniz mi, taşıyıcı mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Hepatit (Sarılık) olan biri ile aynı evde yaşıyor musunuz veya cinsel ilişkiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Toksoplazma geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Kamerun,Orta Afrika,Çad, Kongo, Ekvatoryal Gine, Gabon, Nijer ya da Nijerya’ da hiç bulundunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	1990-1996 yılları arasında İngiltere, Kuzey İrlanda, Galler ya da İskoçya’ da bulundunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Son 3 yıl içinde yukarıdaki ülkeler dışında başka ülkelerde bulundunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Ailenizde Deli Dana Hastalığı (Creutzfeldt – Jacob) olan birisi oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Size Dura mater (beyin zarı) veya kornea nakli yapıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Son 12 ay içinde size kan, doku veya organ nakli yapıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Son 12 ay içinde bir başkasının kanı ile temasınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Son 12 ay içinde akupunktur, botoks, tiki için cilt deldirme, saç ekimi veya estetik müdahaleler yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Son 12 ay içinde dövme, hacamat yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Son 12 ay içinde hayvan ısırığı nedeni ile kuduz aşısı oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Son 12 ay içinde üç günden fazla tutuklu kaldınız mı veya üç günden fazla tutuklu kalan birisiyle cinsel ilişkiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Erkekler İçin Son 3 ay içinde kan bağışı yaptınız mı? Kadınlar İçin Son 4 ay içinde kan bağışı yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Erkekler İçin Bugüne dek hiç erkek erkeğe cinsel ilişkide bulundunuz mu? Kadınlar İçin Son 12 ayda hamilelik geçirdiniz mi veya düşük yaptınız mı? Şu an hamile misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BAĞIŞÇI ONAYI

Bağışçı sorgulama formundaki soruları dikkatle okudum ve doğru olarak yanıtladım. Bağışçı bilgilendirilmiş onam formunda verilen bilgiler doğrultusunda kanımı gönüllü ve karşılıksız olarak bağışlamayı ve tarama testleri yapıldıktan sonra gereksinimi olan herhangi bir hasta için ve/veya diğer tıbbi amaçlarla kullanılmasını, tarama testlerinin herhangi birinin pozitif çıkması halinde tarafıma bildirilmesini kabul ediyorum.

Adı-soyadı:

İmza: