

		Evet	Hayır
1.	Kan Bağışçısı Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	()	()
2.	Kendinizi sağlıklı ve iyi hissediyor musunuz?	()	()
3.	Daha önce kan bağışı için gittiğimiz bir kan merkeziden herhangi bir nedenle geri çevrildiniz mi?	()	()
4.	Son 2 ay içinde kan bağışında bulundunuz mu?	()	()
5.	Prostat büyümesi ilaçları, sivilce tedavisi, sedef hastalığı, kellik herhangi bir ilaç alıyor musunuz?	()	()
6.	Herhangi bir enfeksiyon hastalığı için (antibiyotik, ateş düşürücü vb) aldınız mı?	()	()
7.	Son 5 gün içinde aspirin, ağrı kesici veya romatizma ilacı aldınız mı?	()	()
8.	Yukarıda belirtilenler dışında kullandığınız başka bir ilaç var mı?	()	()
9.	Son 12 ay içinde diş tedavisi oldunuz mu?	()	()
10.	Son 1 hafta içinde ishal (diyare) oldunuz mu?	()	()
11.	Son 1 ay içinde herhangi bir aşı oldunuz mu?	()	()
12.	Kronik (müzmin, süreğen) bir hastalığınız var mı?	()	()
13.	Para veya uyuşturucu karşılığında cinsel ilişkiniz oldu mu?	()	()
14.	Frengi (sifilis) veya bel soğukluğu (gonore) nedeni ile tedavi oldunuz mu?	()	()
15.	AIDS hastalığınız var mı, kendinizde böyle bir hastalık olduğuna dair bir şüphemiz var mı?	()	()
16.	AIDS hastalığı olduğunu bildiğiniz birisi ile cinsel ilişkiniz oldu mu?	()	()
17.	Kan ve kan ürünü alan, diyalize giren veya hemofili hastası olan biri ile cinsel ilişkiniz oldu mu?	()	()
18.	Hiç uyuşturucu kullandınız mı?	()	()
19.	İnsülin, büyüme hormonu, immünglobulin (gamaglobulin), tamoksifen kullandınız mı?	()	()
20.	Ameliyat veya endoskopi oldunuz mu?	()	()
21.	Kalp-damar, akciğer, mide – barsak, böbrek hastalığınız var mı?	()	()
22.	Sara (epilepsi)krizi veya felç geçirdiniz mi?	()	()
23.	Kanser tanısı aldınız mı, kanser tedavisi gördünüz mü?	()	()
24.	Şeker hastalığınız yada yaygın romatizmal hastalığınız var mı?	()	()
25.	Kanamalı bir hastalık veya kan hastalığınız var mı?	()	()
26.	Sıtma (malarya), Vem, (tüberküloz), Malta humması (peynir hastalığı/brucella), Kemik iltihabı (osteomyelit) veya kara humma (kala - azar) geçirdiniz mi?	()	()
27.	Hepatit (sarılık hastalığı) geçirdiniz mi? Taşıyıcı mısınız		
28.	Hepatit (sarılık hastalığı) olan biri ile aynı evde yaşıyor musunuz veya cinsel ilişkiniz oldu mu?	()	()
29.	Bu güne dek hiç erkek erkeğe cinsel ilişkide bulundunuz mu?	()	()
30.	Toksoplazma geçirdiniz mi?	()	()
31.	Kameron, Orta Afrika, Çad, Kongo, Ekvatoryal Gine, Gabon, Nijer ya da Nijerya’da hiç bulundunuz mu	()	()
32.	1980-1996 yılları arasında İngiltere, Kuzey İrlanda, Galler ya da İskoçya’ da bulundunuz mu?	()	()
33.	Son 3 yıl içinde yukarıdaki ülkelerde bulundunuz mu?	()	()
34.	Ailenizde Deli Dana Hastalığı (Creuteldt-Jacob) olan birisi oldu mu?	()	()
35.	Size Dura mater (beyin zarı) veya kornea nakli yapıldı mı?	()	()
36.	Bayanlar için son 12 ay içinde hamilelik geçirdiniz mi veya düşük yaptınız mı? Şuan gebe misiniz?	()	()
37.	Son 12 ay içinde size kan doku veya organ nakli yapıldı mı?	()	()
38.	Son 12 ay içinde başkasının kanı ile temasınız oldu mu?	()	()
39.	Son 12 ay içinde dövme, akupunktur, botoks, takı için cilt deldirme, saç ekimi veya estetik müdahaleler yaptırdınız mı?	()	()
40.	Son 12 ay içinde hayvan ısırığı nedeni ile kuduz aşısı oldunuz mu?	()	()
41.	Son 12 ay içinde 3 günden fazla tutuklu kaldınız mı veya üç günden fazla tutuklu kalan birisiyle cinsel ilişkiniz oldu mu?	()	()

BAĞIŞÇININ:		
Adı, Soyadı:	Kadın () Erkek ()	Tarih: ___/___/_____
T.C. Kimlik Numarası		
Doğum Tarihi ___/___/___		
Ev, İş, Tel:	Cep Tel:	e-posta:
Hangi hasta için kan veriyorsunuz?		Beyan edilen Kan Grubu:
Hasta ile akrabalığınız var mı?		

BAĞIŞÇI ONAYI

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

Tarih : ___/___/_____

Adı, Soyadı :

İmza :

Bağış Tipi	Tam Kan ()	Aferez ()
------------	-------------	------------

Fiziki Muayene		
Ağırlık: _____ Kg	Diğer:	Onay:
Nabız: _____/dakika		
Kan basıncı: _____ mmHg		
Vücut ısısı: _____ °C		

Test Sonuçları	
Hemoglobin (g/dL):	Açıklama ve Onay
Hemotokrit (%)	
Trombosit (X 10 ⁹ /L)	
Lökosit (X 10 ⁹ /L)	

DEĞERLENDİRME:

() Bağışçı Olabilir.

() Geçici red ___/___/_____	Nedeni	() BSF madde _____	() FM/Test sonucu
------------------------------	--------	---------------------	--------------------

() Kalıcı red ___/___/_____	Nedeni	() BSF madde _____	() FM/Test sonucu
------------------------------	--------	---------------------	--------------------

Değerlendirici/Hekim

Kaşe / İmza