

BAĞIŞÇI SORGULAMA FORMU

TH.FR.11/Rev00/03.02.2020

BAĞIŞÇININ:

Adı Soyadı:	Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>	Tarih:
TC Kimlik Numarası:	Adres:	
Doğum Tarihi: /...../.....		
Ev/İşTel :	Cep Tel :	e-posta :
Hangi hasta için kan veriyorsunuz?	Beyan edilen kan grubu:	
Hasta ile akrabalığınız var mı?		

BAĞIŞÇI ONAYI

Bağışçı sorgulama formundaki soruları dikkatle okudum ve doğru olarak yanıtladım. Bağışçı bilgilendirme 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.

Tarih:

İmza:

BAĞIŞ TİPİ	TAM KAN <input type="checkbox"/>	AFEREZ <input type="checkbox"/>
-------------------	---	--

FİZİK MUAYENE:

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

TEST SONUÇLARI :

Hemoglobin (g/dL) :	AÇIKLAMA ve ONAY
Hematokrit (%) :	
Trombosit (X 10 ⁹ /L) :	
Lökosit (X 10 ⁹ /L) :	

DEĞERLENDİRME:

<input type="checkbox"/> Bağışçı olabilir

<input type="checkbox"/> Geçici red/...../20..... tarihine kadar	Nedeni	<input type="checkbox"/> BSF madde.....	<input type="checkbox"/> FM / Test sonucu
--	--------	---	---

<input type="checkbox"/> Kalıcı red	Nedeni	<input type="checkbox"/> BSF madde.....	<input type="checkbox"/> FM / Test sonucu
-------------------------------------	--------	---	---

DEĞERLENDİREN HEKİM:

KAŞE / İMZA

BAĞIŞÇI SORGULAMA FORMU

		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	Daha önce kan bağışı için gittiğiniz bir kan bağışı merkezinden herhangi bir nedenle geri çevrildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Son 2 ay içinde kan bağışında bulundunuz mu?	<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 ilaç (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	Yukarıda belirtilenler dışında kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Son 12 ay içinde diş tedavisi oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Son 1 hafta içinde ishal (diyare) oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Son 1 ay içinde herhangi bir aşı oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Kronik (müzzmin, süreğen) bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Para veya uyuşturucu karşılığında cinsel ilişkiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Frengi (sifilis) veya bel soğukluğu (gonore) nedeni ile tedavi oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	AIDS hastalığınız var mı, kendinizde böyle bir hastalık olduğuna dair bir şüphemiz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	AIDS hastası olduğunuzu bildiğiniz biri ile cinsel ilişkiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Kan ve kan ürünü alan, diyalize giren veya hemofili hastası olan biri ile cinsel ilişkiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Hiç uyuşturucu kullandınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	İnsülin, büyüme hormonu, immünglobulin (gamaglobulin), tamoksifen kullandınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ameliyat veya endoskopi oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Kalp-damar, akciğer, mide - barsak, böbrek hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Sara (epilepsi) krizi veya felç geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Kanser tanısı aldınız mı, kanser tedavisi gördünüz mü?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Şeker hastalığınız ya da yaygın romatizmal bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Kanamalı bir hastalık veya kan hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	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"/>
27	Hepatit (Sarılık hastalığı) geçirdiniz mi, taşıyıcısı mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Hepatit (Sarılık hastalığı) olan biri ile aynı evde yaşıyor musunuz veya cinsel ilişkiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Bugüne dek hiç erkek erkeğe cinsel ilişkide bulundunuz 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	Bayanlar için; son 12 ay içinde hamilelik geçirdiniz mi veya düşük yaptınız mı? Şu an hamile misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Son 12 ay içinde size kan, doku veya organ nakli yapıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Son 12 ay içinde bir başkasının kanı ile temasınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Son 12 ay içinde dövme, akupunktur, botoks, takı için cilt deldirme, saç ekimi veya estetik müdahaleler 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"/>