

KAN BAĞIŞÇISI SORGULAMA FORMU

KAN BAĞIŞÇISI SORGULAMA FORMU		EVET	HAYIR
1	"Kan Bağışçısı Bilgilendirilmiş Onam Formu"nu okuyup anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Kendinizi sağlıklı ve iyi hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tehlikeli bir işte mi çalışıyorsunuz? Ya da tehlikeli bir hobiniz var mıdır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Daha önce yaptığınız bir kan bağıışı müracaatı herhangi bir nedenle geri çevrildi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Prostat büyümesi, sivilce, sedef hastalığı veya kellik için herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Herhangi bir enfeksiyon hastalığı için ilaç (Antibiyotik, Ateş düşürücü gibi) aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Son 5 gün içinde aspirin, herhangi bir 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 başka bir ilaç kullanıyor musunuz?	<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 (Diare) 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) 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 (Sifiliz) veya bel soğukluğu (Gonore) nedeni ile tedavi oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	AIDS hastalığınız var mı, kendiniz de böyle bir hastalık olduğuna dair bir şüphemiz 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 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, taşıyıcısı mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	Hepatit (Sarılık) olan biriyle 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	1980-1996 arasında İngiltere, Kuzey İrlanda, Galler yada 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"/>	
33	Ailenizde Deli Dana Hastalığı (Creutzfeldt – Jacob Hastalığı) olan birisi oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	Size dura mater (Beyin zarı) veya kornea nakli yapıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35	Son 12 ay içinde size kan, doku veya organ nakli yapıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	Son 12 ay içinde bir başkasının kanı ile temasınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	Son 12 ay içinde akupunktur, botoks, dövme, hacamat, tiki için cilt deldirme, saç ekimi veya estetik müdahaleler yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38	Son 12 ay içinde hayvan ısırığı nedeni ile kuduz aşısı oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39	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"/>	
40	Erkekler için	Kadınlar için	EVET	HAYIR
41	Son 3 ay içinde kan bağıışı yaptınız mı?	Son 4 ay içinde kan bağıışı yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Bugüne dek hiç erkek erkeğe cinsel ilişkide bulundunuz mu?	Son 12 ayda hamilelik geçirdiniz mi veya düşük yaptınız mı? Şu an hamile misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bağıışçı sorgulama formundaki soruları dikkatlice okudum ve doğru olarak yanıtladım. Bağıışçı bilgilendirilmiş onam formunda verilen bilgiler doğrultusunda kanımı gönüllü ve karşılıksız olarak bağıışlamayı 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:

Tarih:

İmza: