



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TRANSFÜZYON HİZMETLERİ



Buraya Kan Seri Numarası
Etiketi Yapıştırılacak

KAN BAĞIŞÇISI KAYIT FORMU

Kan Bağışçısının Kişisel Bilgileri										Tarih:/...../20....									
T.C. Nu:										Adres:									
Adı Soyadı:																			
Cinsiyet: Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>										Cep Tel: 0 5									
Doğum Yeri:										Ev Tel: 0									
Doğum Tarihi:/...../.....										e-mail:									
Kan Grubunuz:.....Rh(D).....										Kan Bağışı Geçmişi: <input type="checkbox"/> İlk Kan Bağışım <input type="checkbox"/> Daha Önce Kan Bağışı Yaptım									
EĞİTİM DURUMU										<input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> İLKOKUL <input type="checkbox"/> ORTAOKUL <input type="checkbox"/> LİSE <input type="checkbox"/> ÜNİVERSİTE									
<input type="checkbox"/> BİR SONRAKİ KAN BAĞIŞIM YAKLAŞTIĞINDA CEP TELEFONUMA KISA MESAJ İLE (SMS) İLE BİLDİRİLMESİNİ İSTİYORUM																			

Yukarıda belirtmiş olduğum kimlik, iletişim ve diğer bilgilerin doğruluğunu beyan ederim. İmza

KAN BAĞIŞI YAPILAN YER:	<input type="checkbox"/> KAN BAĞIŞ MERKEZİ	<input type="checkbox"/> SİVİL EKİP ÇALIŞMASI
--------------------------------	---	--

KAN BAĞIŞ TİPİ:	<input type="checkbox"/> TAM KAN <input type="checkbox"/> AFEREZ <input type="checkbox"/> TROMBOFEREZ <input type="checkbox"/> ERİTROFEREZ <input type="checkbox"/> PLAZMAFEREZ
------------------------	---

Kan Bağışı Öncesi Muayene ve Ölçüm Değerleri	Flebotomi Alanı Kontrolü: <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil	
Ağırlık:.....kg	Nabız:...../dk	Ateş:.....°C
Kan Basıncı:...../.....mmHg	Hemoglobin:.....g/dL	Trombosit:.....(X10/L)
Muayene ve Ölçüm Yapan Flebotomist: Kaşe ve İmza		

SORUMLU HEKİMİN DEĞERLENDİRMESİ		
<input type="checkbox"/> Kan Bağışı Yapabilir.	<input type="checkbox"/> Ret Veri Tabanı Kontrolü Yapıldı.	
<input type="checkbox"/> Kan Bağışı İçin Uygun Değildir	Kan Bağışçısı Reddedildiyse,	
<input type="checkbox"/> Kalıcı Ret	Ret Nedeni:.....	
<input type="checkbox"/> Geçici Ret	
<input type="checkbox"/> Geçici Şartlı Ret	
Hekimin Düşünceleri:	Sorumlu Hekim Kaşe ve İmza	
Flebotomi İşleminin Değerlendirmesi	<input type="checkbox"/> İşlem Sorunsuz Tamamlandı	<input type="checkbox"/> İşlem Tamamlanamadı
Tam Kan Bağış Süresi: <input type="checkbox"/> <12 Dk <input type="checkbox"/> 12-15 Dk <input type="checkbox"/> > 15 Dk	Tam Kan Bağış İçin Toplama Kan Hacmi : <input type="checkbox"/> 450 mL±%10 <input type="checkbox"/> ≥300 <405 mL <input type="checkbox"/> < 300 mL	İşlem Tamamlanamadı İse Nedeni:.....
Aferez İçin Bağış Süresi:Dk	Aferez İçin Hacim: Tromboferez mL EritroferezmL	Flebotomiyi Yapan Flebotomist: Kaşe ve İmza

KAN BAĞIŞÇISI SORGULAMA FORMU

		EVET	HAYIR
1.“ Kan Bağışçısı Bilgilendirme Onam Forumu’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 hobiniz var mıdır?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Daha önce kan bağıışı için gittiğiniz kan bağıış merkezinden herhangi bir nedenle geri çevrildiniz mi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Prostat büyümesi, sivilce tedavisi, sedef hastalığı, kellik için herhangi bir ilaç alıyor musunuz?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Herhangi bir enfeksiyon hastalığı için, son bir hafta içinde ilaç (antibiyotik, ateş düşürücü, vb.) aldınız mı? Aldıysanız ilacın ismini atırlıyormusunuz?.....		<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. Alerjik 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? Evet ise hekimin veya kurumun adı ?		<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, süregelen) 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) nedeniyle tedavi oldunuz mu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. AIDS hastalığınız var mı, kendinizde böyle bir hastalık olduğuna dair şüpheleriniz var mı?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. AIDS hastası olduğunı bildiğiniz biriyle 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 (gamaglobulin), 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 Karahumma (kala-azar) geçirdiniz mi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hepatit (sarılık hastalığı) geçirdiniz mi, taşıyıcısı mısınız?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hepatit (sarılık hastalığı) olan biri ile aynı evde yaşıyor musunuz veya cinsel ilişkiniz oldu mu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Toksoplazma geçirdiniz mi? (Toksoplazma Kedilerden bulaşan bir parazit türüdür.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.Kamerun, Orta Afrika, Çad, Kongo, Ekvatoryal Gine, Gabon, Nijer yada Nijerya'da hiç bulundunuz mu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 1980-1996 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-Jakob) 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 dövme, hacamat, akupunktur, botoks, takı için cilt deldirme, saç ekimi veya estetik müdahaleler yaptırınız mı?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Son 12 ay içinde hayvan ısırığı nedeni ile kuduz aşısı oldunuz mu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. 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"/>
ERKEKLER İÇİN	KADINLAR İÇİN	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 dikkatle okudum ve doğru olarak yanıtladım. Bağıışçı bilgilendirme formunda verilen bilgiler doğrultusunda kanımı gönüllü ve karşılıksız olarak bağıışlamayı ve tarama testleri yapıldıktan sonra gereksinimi olan herhangi bir hasta için kullanılmasını, tarama testlerinin herhangi birinin pozitif çıkması halinde tarafıma bildirilmesini kabul ediyorum.

Adı-Soyadı:

Tarih:/...../.....

İmza: