



Kan Bağışçısının Kimlik Bilgileri

Kanın Verildiği Tarih:

Adı, Soyadı:

Kan Bağış No:

Cinsiyeti:

Erkek

Kadın

Donör No (Hastane ID No):

Doğum Tarihi:

D.Yeri:

Donör Kimlik No:

Baba Adı:

Kan Grubu (AB0):

Anne Adı:

Rh (D):

RH Tip:

Kan Bağışçısının İletişim Bilgileri

Adres:

Cep Telefonu:

Ev Telefonu:

E-Posta:

Kan Bağışçısına Ait Diğer Bilgiler

Mesleği:

Medeni Durumu:

Evli

Bekar

Eğitim Durumu:

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

Kan Torbası Tipi:

İkili

Üçlü

Dörtlü (Filtreli)

Diğer:.....

Kan Veriliş Nedeni:

Bağış

Hasta adına (Hastanın Adı:.....)

Fizik Muayene

Boy:.....cm

Ağırlık:.....kg

Hb:.....g / l

Kan Basıncı:...../.....mmhg

Kolun İnceksiyonu:

Muayenenin Sonucu:

Donör olabilir

Ret Nedeni:

Donör olamaz

Geçici Ret:...../...../..... Tarihine kadar donör olamaz.

Kalıcı Ret

Hekimin Adı, Soyadı:

Tarih ve Saat:

İmzası:

Donör Olabilir Onayı Hekim Tarafından Verildiyse / Flebotomi

Başlama Saati:

Bitiş Saati:

Miktar:

Flebotomi Sonucu:

Sorunsuz Tamamlandı

Reaksiyon Gelişti ise AÇIKLAYINIZ:.....

Flebotomistin Adı, Soyadı:

Tarih ve Saat:

İmzası:

KAN BANKAMIZA HOŞGELDİNİZ

Aşağıdaki sorular, kan verecek ve kanı alacak kişiyi korumak amacıyla hazırlanmıştır. Unutmayın ki; verdiğiniz kan korumasız, şuru kapalı, kan reddetme şansı olmayan masum bir hastaya ya da yeni doğmuş bir bebeğe verilebilir. Örneğin, AIDS testiniz negatif olsa bile, AIDS virüsü taşıyor olabilir; kendinizi iyi hissediyor olsanız bile bu virüsü bulaştırabilirsiniz. Formu doldurduğunuzda aklınızda kan vermek konusunda halen şüpheleriniz varsa kimseye bir açıklama yapmadan kan bankasını terk edebilir veya kan bankası sağlık çalışanlarıyla özel olarak görüşebilirsiniz. TEŞEKKÜR EDERİZ.

	EVET	HAYIR
1. Bugün kendinizi kan verecek kadar iyi hissediyor musunuz ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bugüne kadar size kan vermemeniz gerektiğini söyleyen (Doktor, hemşire gibi) oldu mu? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hastane, doktor, hemşire, iğne ve kan tutması gibi korkularınız var mı ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Son 3 ay içinde kan bağıışı yaptınız mı ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Son 3 gün içinde aspirin veya benzeri bir ilaç kullandınız mı ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Son 3 gün içinde diş hekimine gittiniz mi ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Son 1 ay içinde aşı yaptırdınız mı ? Ne aşısı yaptırdınız :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Son 1 ay içinde ilaçla veya başka bir şekilde tıbbi tedavi gördünüz mü ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Şeker hastası mısınız ? Veya tedavi görüyor musunuz ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sara (Epilepsi) hastası mısınız ? Veya tedavi görüyor musunuz ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bugüne kadar kalp, akciğer, böbrek hastalığı geçirdiniz mi ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bugüne kadar hiç sarılık (10 yaş sonrası), karaciğer iltihabı, karaciğer hastalığı geçirdiniz mi ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Son 1 yıl içinde sarılıklı bir kişiyle yakın ilişki içinde oldunuz mu, size hepatit serumu verildi mi ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Son 1 yıl içinde size kan veya kan ürünü verildi mi ? Doku veya organ nakli yapıldı mı ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Son 1 yıl içinde önemli bir hastalık veya ameliyat geçirdiniz mi ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bugüne kadar kanser, kan hastalığı veya kanama problemleri bir hastalık geçirdiniz mi ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Son 3 yıl içinde yurt dışında bulundunuz mu ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Son 1 yılda kulak veya cildinizin bir yerini deldirdiniz mi ? Dövme, akupunktur yaptırdınız mı ? Kaza ile iğne batması oldu mu ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bugüne kadar pıhtılaşma (Hemofili gibi) hastalığı nedeniyle faktör konsantresi kullandınız mı ? Böyle bir uygulama içerisinde olan bir şahısla bir kere bile olsa, cinsel ilişkiniz oldu mu ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 1 yıl içinde kuduz aşısı oldunuz mu ? Sahipsiz veya şüpheli bir hayvan tarafından ısırıldınız mı ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Son 1 yıl içinde frengi (Sifiliz) testiniz "pozitif" oldu mu ? Bu süre içinde Sifiliz, bel soğukluğu hastası oldunuz mu ? Veya Sifiliz tedavisi gördünüz mü ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Bugüne kadar size büyüme hormonu (Growth hormon) verildi mi ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Verem hastalığı geçirdiniz mi ? Yakın zamanda tekrarladı mı ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sedef hastalığı geçirdiniz mi ? Bu hastalık için ilaç (Tegison) kullandınız mı ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sivilce tedavisi için ağızdan ilaç alıyor musunuz ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Son 3 yıl içinde sıtma (Malarya) hastalığı geçirdiniz mi ? Sıtma tedavisi gördünüz mü ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Son 1 yıl içinde para karşılığı cinsel ilişkide bulundunuz mu ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Bugüne kadar homoseksüel biriyle, son 1 yıl içinde yabancı uyruklu biriyle cinsel ilişkide bulundunuz mu? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Bugüne kadar uyuşturucu (Eroin, esrar,v.s) kullandınız mı ? Uyuşturucu kullanan biriyle bir kere bile olsa, cinsel ilişkiniz oldu mu ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. AIDS' misiniz; şüpheniz var mı; bu özellikteki biriyle bir kez bile olsa cinsel ilişkiye girdiniz mi ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Sadece kan testi yaptırmak için mi başışta bulunuyorsunuz ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Bugüne kadar; beklediğiniz hızlı kilo kaybı, gece terlemeleri, deride mavi-mor lekeler, 1 aydan uzun süren bezeler, 10 günden fazla süren yüksek ateş, uzun süreli tedaviye cevap vermeyen ishal, ağız içinde beyaz lekeler, alışılmadık yaralar oldu mu ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Kadınlar için: Son iki ay içinde düşük veya kürtaj geçirdiniz mi? Hamilelik durumunuz var mı ? Bugün adet gününüz mü, kanamanız var mı ? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yukarıda ki, açıklamaları okudum. Kan vermem konusunda bir sakınca olmadığını düşünüyorum. Kanı alacak olan doktor, hemşire, laboratuvar teknisyenlerini kan vermenin oluşturabileceği tıbbi yan etkilerden kanun karşısında kendim veya vekillerim tarafından yapılacak olan her türlü şikayet ve tazminat taleplerinden sorumlu tutmayacağımı bildiririm.

Ret Nedeni:.....

Bağış Yapanın Adı, Soyadı:

Hemşirenin Adı, Soyadı:

İmzası:

İmzası:

Tarih: