

BAĞIŞÇI SORGULAMA FORMU



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
TH.FR.06	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 1

	Hastanın Adı/Soyadı:	Tarih:	EVET	HAYIR
1	Kan bağışçısı bilgilendirme formunu okudunuz mu?			
2	Kendinize sağlıklı ve iyi hissediyor musunuz?			
3	Daha önce kan bağışı için gittiğiniz bir kan bağışı merkezinden herhangi bir nedenle geri çevrildiniz mi?			
4	Son iki ay içinde kan bağışında bulundunuz mu?			
5	Prostat büyümesi ilaçları, sivilce tedavisi, sedef hastalığı, kellik için herhangi bir ilaç alıyor musunuz ?			
6	Herhangi bir enfeksiyon hastalığı için ilaç (antibiyotik, ateş düşürücü vb) aldınız mı?			
7	Son 5 gün içinde aspirin, ağrı kesici, veya romatizma ilacı aldınız mı?			
8	Yukarıda belirtilenler dışında kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?			
9	Son iki ay içinde diş tedavisi oldunuz mu?			
10	Son bir ay içinde herhangi bir aşı oldunuz mu?			
11	Son bir hafta içinde ishal (diyare) oldunuz mu?			
12	Kronik (müzmin, süregen) hastalığınız var mı?			
13	Para veya uyuşturucu karşılığında cinsel ilişkiniz oldu mu?			
14	Frengi (sifiliz) veya bel soğukluğu (gonore) nedeni ile tedavi oldunuz mu?			
15	AIDS hastalığınız var mı, kendinizde böyle bir hastalık olduğuna dair bir şüpheniz var mı?			
16	AIDS hastası olduğunı bildiğiniz biri ile cinsel ilişkiniz oldu mu?			
17	Kan ve kan ürünü olan, diyalize giren veya hemofili hastası olan biri ile cinsel ilişkiniz oldu mu?			
18	Hiç uyuşturucu kullandınız mı?			
19	İnsülin, büyüme hormonu, immünoglobulin (gamaglobulin), Tamoksifen kullandınız mı?			
20	Ameliyat veya endoskopi oldunuz mu?			
21	Kalp-damar, akciğer, mide,-bağırsak, böbrek hastalığınız var mı?			
22	Sara(epilepsi) krizi veya felç geçirdiniz mi?			
23	Kanser tanısı aldınız mı, kanser tedavisi gördünüz mü?			
24	Şeker hastalığı yada yaygın romatizmal bir hastalığınız var mı?			
25	Kanamalı bir hastalık veya kan hastalığınız var mı?			
26	Sıtma, verem(tüberküloz) malta humması(peynir humması/ burecella), kemik iltihabı(osteomilit) 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	Bugüne dek hiç erkek erkeğe cinsel ilişkide bulundunuz mu?			
30	Toxoplazma geçirdiniz mi?			
31	Kamerun, orta Afrika, Çad, Kongo, Ekvatoryal Gine, Gabon, Nijer yada Nijerya'da bulundunuz mu?			
32	1990-1996 yıllarında İngiltere, Kuzey İrlanda, Galler ya da İskoçya'da bulundunuz mu?			
33	Son üç yıl içinde yukarıdaki ülkeler dışında başka ülkelerde bulundunuz mu?			
34	Ailenizde deli dana hastalığı (creutzfeld-jacob) olan birisi oldu mu?			
35	Size dura mater (beyin zarı) veya kornea nakli yapıldı mı?			
36	Bayanlar; son 12 ay içinde hamilelik geçirdiniz mi? Veya düşük yaptınız mı? Şu an hamile misiniz?			
37	Son 12 ay içinde size kan, doku veya organ nakli yapıldı mı?			
38	Son 12 ay içinde bir başkasının kanı ile temasınız oldu mu?			
39	Son 12 ay içinde dövme, akupunktur, botoks, takti 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 üç günden fazla tutuklu kaldınız mı veya üç günden fazla tutuklu kalan biriyle cinsel ilişkiniz oldu mu?			

DONÖRÜN ADI SOYADI:
BABA ADI:
TEL NO:

KAN GURUBU:
İMZA: