|  |  |
| --- | --- |
| **saglik-bakanligi-log-6dcef7a4e70da8cff952.jpg** | **T.C.****SAĞLIK BAKANLIĞI****SİLOPİ DEVLET HASTANESİ**TRANSFÜZYON MERKEZİ**BAĞIŞÇI KAYIT FORMU** |
| DOKÜMAN KODU | STH.FR.10 | YAY. TRH | 17.01.18 | REV. TRH | 03.05.2019 | REV. NO | 01 | SAYFA NO/SAYI | 1/1 |

|  |
| --- |
| **…………….…………………………………………… KAN MERKEZİ** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı: |  |  |  |  |  | Adres: ……./……./……… |
| T.C. Kimlik No: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kadın Erkek  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Doğum Tarihi: ……/……/……… |  |  | Cep Tel : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | İş Tel : |  |  |  |  |  |
| Beyan Edilen Kan Grubu: |  |  |  | Ev Tel : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | e-posta : |  |  |  |  |
|  |
| **BAĞIŞ TİPİ:** |  |  | **TAM KAN AFEREZ** |  |  |
|  |
| **FİZİK MUAYENE:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ağırlık : kg |  | Diğer: |  |  |  |  | ONAY |  |  |  |
| Nabız : /dakika |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kan Basıncı: mmHg |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vücut Isısı : 0C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| TEST SONUÇLARI: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hemoglobin (g/dL) : |  |  | AÇIKLAMA ve ONAY |  |  |  |  |  |  |
| Hematokrit (%) : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trombosit (X 109/L): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lökosit (X 109/L) : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **DEĞERLENDİRME:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  Bağışçı olabilir |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  Geçici ret ……./……./………… tarihine kadar Nedeni: BSF madde …….. FM / Test sonucu |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  Kalıcı ret ……./……./………… tarihine kadar Nedeni: BSF madde …….. FM / Test sonucu |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Değerlendiren Hekim: Adı-Soyadı / KAŞE**