|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**