|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **saglik-bakanligi-log-6dcef7a4e70da8cff952.jpg** | | **T.C.**  **SAĞLIK BAKANLIĞI**  **SİLOPİ DEVLET HASTANESİ** TRANSFÜZYON MERKEZİ **BAĞIŞÇI SORGULAMA FORMU** | | | | | | | |
| DOKÜMAN KODU | STH.FR.11 | YAY. TRH | 17.01.18 | REV. TRH | 03.05.19 | REV. NO | 01 | SAYFA NO/SAYI | 1/1 |

****

****

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **saglik-bakanligi-log-6dcef7a4e70da8cff952.jpg** | | **T.C.**  **SAĞLIK BAKANLIĞI**  **SİLOPİ DEVLET HASTANESİ** TRANSFÜZYON MERKEZİ **BAĞIŞÇI SORGULAMA FORMU** | | | | | | | |
| DOKÜMAN KODU | STH.FR.11 | YAY. TRH | 17.01.18 | REV. TRH | 03.05.19 | REV. NO | 01 | SAYFA NO/SAYI | 2/2 |

**BAĞIŞÇI ONAYI**

**Bağışçı sorgulama formundaki soruları dikkatle okudum ve doğru olarak yanıtladım. Bağışçı bilgilendirme formunda verilen bilgiler doğrultusunda kanımı gönüllü ve karşılıksız olarak bağışlamayı ve tarama testleri yapıldıktan sonra gereksinimi olan herhangi bir hasta için ve/veya diğer tıbbi amaçlarla kullanılmasını, tarama testlerinin herhangi birinin pozitif çıkması halinde tarafıma bildirilmesini kabul ediyorum.**

**Adı-Soyadı:**

**Tarih:**

**İmza:**