

**T.C.**  
**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ**



**AFEREZ KAN BAĞIŞÇISI**  
**KAYIT FORMU**

**KONYA NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ KAN BAĞIŞ MERKEZİ**

Bugünün Tarihi:   .   .

|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Kan Bağışçısı Adayının Kimlik Bilgileri</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |
| T.C.Kimlik No: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                                                                                                                                                                     |
| Adı                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                     |
| Soyadı                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                     |
| Doğum Tarihi                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Gün.Ay.Yıl) |
| Doğum Yeri (İl)                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |
| <b>Kan Bağışçısı Adayının İletişim Bilgileri</b>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |
| <b>Adres</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                     |
| İl                                                                                                                                                                                                                               | (İkamet Ettiğiniz Şehrin Adını Yazınız)                                                                                                                             |
| İlçe                                                                                                                                                                                                                             | (Merkez İlçe İse, Merkez Yazınız)                                                                                                                                   |
| Mahalle                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |
| Cadde                                                                                                                                                                                                                            | (Adresinizde Bir Cadde Yoksa, Boş Bırakınız)                                                                                                                        |
| Sokak                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                     |
| Bina No ve Adı                                                                                                                                                                                                                   | (Bina Numarası ve Binanın Adını Yazınız)                                                                                                                            |
| Posta Kodu                                                                                                                                                                                                                       | (Bilmiyorsanız, Boş Bırakınız)                                                                                                                                      |
| <b>Diğer İletişim Bilgileri</b>                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |
| Cep Telefonu                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                     |
| Ev telefonu                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                     |
| İş Telefonu                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                     |
| E-posta Adresi                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |
| <b>Diğer Kişisel Bilgiler</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                     |
| Cinsiyetiniz                                                                                                                                                                                                                     | Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>                                                                                                       |
| Medeni Haliniz                                                                                                                                                                                                                   | Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>                                                                                                        |
| Eğitim Durumunuz                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite   |
| Mesleğiniz                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |
| Kan Bağışı Geçmişi                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Hayatımda İlk Kez Kan Bağışlıyorum<br><input type="checkbox"/> Daha Önce Kan Bağışı Yaptım                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                         | Bir Sonraki Kan Bağış Tarihim Yaklaştığında Cep Telefonuma Kısa Mesajla Bildirilmesini İstiyorum                                                                    |

Yukarıda belirtmiş olduğum kimlik, iletişim ve diğer bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.  
İmza

| KAN BAĞIŞÇISI SORGULAMA FORMU |                                                                                                                                                          | EVET                                                                              | HAYIR                    |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1                             | "Kan Bağışçısı Bilgilendirilmiş Onam Formu"nu okuyup anladınız mı?                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 2                             | Kendinizi sağlıklı ve iyi hissediyor musunuz?                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 3                             | Tehlikeli bir işte mi çalışıyorsunuz? Yada tehlikeli bir hobiniz var mıdır?                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 4                             | Daha önce yaptığınız bir kan bağıışı müracaatı herhangi bir nedenle geri çevrildi mi?                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 5                             | Prostat büyümesi, sivilce, sedef hastalığı veya kellik için herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?                                                        | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 6                             | Herhangi bir enfeksiyon hastalığı için ilaç (Antibiyotik, Ateş düşürücü gibi) aldınız mı?                                                                | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 7                             | Son 5 gün içinde aspirin, herhangi bir ağrı kesici veya romatizma ilacı aldınız mı?                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 8                             | Yukarıda belirtilenler dışında başka bir ilaç kullanıyor musunuz?                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 9                             | <b>Son 12 ay içinde</b> diş tedavisi oldunuz mu?                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 10                            | <b>Son 1 hafta içinde</b> ishal (Diare) oldunuz mu?                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 11                            | <b>Son 1 ay içinde</b> herhangi bir aşı oldunuz mu?                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 12                            | Kronik (Müzmin) bir hastalığınız var mı?                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 13                            | Para veya uyuşturucu karşılığında cinsel ilişkiniz oldu mu?                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 14                            | Frengi (Sifiliz) veya bel soğukluğu (Gonore) nedeni ile tedavi oldunuz mu?                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 15                            | AIDS hastalığınız var mı, kendiniz de böyle bir hastalık olduğuna dair bir şüpheniz var mı?                                                              | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 16                            | AIDS hastası olduğunı bildiğiniz biri ile cinsel ilişkiniz oldu mu?                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 17                            | Kan ve kan ürünü alan, diyalize giren veya hemofili hastası biri ile cinsel ilişkiniz oldu mu?                                                           | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 18                            | Hiç uyuşturucu kullandınız mı?                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 19                            | İnsülin, büyüme hormonu, immünglobulin, tamoksifen kullandınız mı?                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 20                            | Son 12 ay içinde ameliyat veya endoskopik muayene oldunuz mu?                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 21                            | Kalp-damar, akciğer, mide – barsak, böbrek hastalığınız var mı?                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 22                            | Bugüne kadar hiç nöbet, sara (Epilepsi) krizi veya felç geçirdiniz mi?                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 23                            | Bugüne kadar hiç kanser tanısı aldınız mı, kanser tedavisi gördünüz mü?                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 24                            | Şeker hastalığınız ya da yaygın romatizmal bir hastalığınız var mı?                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 25                            | Kanamalı bir hastalık veya kan hastalığınız var mı?                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 26                            | Sıtma (malarya), Verem (tüberküloz), Malta humması (peynir hastalığı, brucella), Kemik iltihabı (osteomyelit) veya Kara humma (kala-azar) geçirdiniz mi? | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 27                            | Hepatit (Sarılık) geçirdiniz mi, taşıyıcısı mısınız?                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 28                            | Hepatit (Sarılık) olan biriyle aynı evde yaşıyor musunuz veya cinsel ilişkiniz oldu mu?                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 29                            | Toksoplazma geçirdiniz mi?                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 30                            | Kamerun, Orta Afrika, Çad, Kongo, Ekvatoryal Gine, Gabon, Nijer ya da Nijerya’da hiç bulundunuz mu?                                                      | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 31                            | 1980-1996 arasında İngiltere, Kuzey İrlanda, Galler yada İskoçya’da bulundunuz mu?                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 32                            | <b>Son 3 yıl içinde</b> yukarıdaki ülkeler dışında başka ülkelerde bulundunuz mu?                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 33                            | Ailenizde Deli Dana Hastalığı (Creutzfeldt – Jacob Hastalığı) olan birisi oldu mu?                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 34                            | Size dura mater (Beyin zarı) veya kornea nakli yapıldı mı?                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 35                            | <b>Son 12 ay içinde</b> size kan, doku veya organ nakli yapıldı mı?                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 36                            | <b>Son 12 ay içinde</b> bir başkasının kanı ile temasınız oldu mu?                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 37                            | <b>Son 12 ay içinde</b> dövme, akupunktur, botoks, takı için cilt deldirme, saç ekimi veya estetik müdahaleler yaptırdınız mı?                           | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 38                            | <b>Son 12 ay içinde</b> hayvan ısırığı nedeni ile kuduz aşısı oldunuz mu?                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 39                            | <b>Son 12 ay içinde</b> üç günden fazla tutuklu kaldınız mı veya üç günden fazla tutuklu kalan birisiyle cinsel ilişkiniz oldu mu?                       | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> |
|                               | <b>Erkekler İçin</b>                                                                                                                                     | <b>Kadınlar İçin</b>                                                              |                          |
| 40                            | Son 3 ay içinde kan bağıışı yaptınız mı?                                                                                                                 | Son 4 ay içinde kan bağıışı yaptınız mı?                                          | <input type="checkbox"/> |
| 41                            | Bugüne dek hiç erkek erkeğe cinsel ilişkide bulundunuz mu?                                                                                               | Son 12 ayda hamilelik geçirdiniz mi veya düşük yaptınız mı? Şu an hamile misiniz? | <input type="checkbox"/> |

Bağıışçı sorgulama formundaki soruları dikkatlice okudum ve doğru olarak yanıtladım. Bağışçı ilgilendirilmiş onam 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:**

## KAN BAĞIŞÇISI TIBBİ DEĞERLENDİRME VE FLEBOTOMİ FORMU

|                                                                     |                                                                                                                                                               |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Buraya Alfanümerik veya Nümerik Kod İçeren Etiket Yapıştırılacaktır | <b>Kan Bağışı Yapılan Yer</b>                                                                                                                                 | <b>Kan Bağışı Tipi</b>                                    |
|                                                                     | <input type="checkbox"/> Kan Bağış Merkezi                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Tam Kan Bağışı                   |
|                                                                     | <input type="checkbox"/> Sivil Ekip Çalışması                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Aferez Bağışı                    |
|                                                                     | <input type="checkbox"/> Askeri Ekip Çalışması                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Tromboferez                      |
|                                                                     | <input type="checkbox"/> Sabit Ekip Yeri                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Eritroferez                      |
|                                                                     | <input type="checkbox"/> Transfüzyon Merkezi                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Plazmaferez                      |
| <b>Kan Bağışı Öncesi Muayene ve Ölçüm Değerleri</b>                 |                                                                                                                                                               |                                                           |
| Vücut Ağırlığı:                                                     | kg                                                                                                                                                            | Nabız:                                                    |
| Vücut Isısı:                                                        | °C                                                                                                                                                            | Kan Basıncı:                                              |
| Hemoglobin :                                                        | g/dL                                                                                                                                                          | Trombosit Sayısı:                                         |
| Flebotomi Alanı Kontrolü                                            | <input type="checkbox"/> Uygun<br><input type="checkbox"/> Uygun Değil                                                                                        | İlaç Etiketi<br>Buraya<br>Yapıştırılır**                  |
| Kan Grubu***                                                        | A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> RhD Pozitif <input type="checkbox"/> RhD Negatif |                                                           |
|                                                                     |                                                                                                                                                               | Muayene ve Ölçüm Yapan<br>Flebotomist<br><br>Kaşe ve İmza |

\* Tromboferez yapılacaksa ölçülmelidir, \*\*Aspirin, Piroksikam veya diğer NSAİ kullanımı varsa, İlaç Uyarı Etiketi yapıştırılır, \*\*\*Ön gruplama yapılıyorsa, yazılmalıdır

|                                                                                                                                                                                     |                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Sorumlu Hekimin Değerlendirmesi</b>                                                                                                                                              |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Kan Bağışı Yapabilir                                                                                                                                       | Red Veritabanı Kontrolü Yapıldı                                     |
| <input type="checkbox"/> Kan Bağışı İçin Uygun Değildir<br><input type="checkbox"/> Kalıcı Red<br><input type="checkbox"/> Geçici Red<br><input type="checkbox"/> Geçici Şartlı Red | Kan Bağışçısı Reddedildiyse, Red Nedeni:<br>.....<br>.....<br>..... |
| Hekimin Düşünceleri:<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                            | Sorumlu Hekim<br><br>Kaşe ve İmza                                   |
| <b>Flebotomi İşleminin Değerlendirmesi</b>                                                                                                                                          |                                                                     |
| İşlem Sorunsuz Tamamlandı                                                                                                                                                           | İşlem Tamamlanamadı                                                 |
| Aferez İçin Bağış Süresi:.....Dk<br>Aferez İçin Hacim:<br>Tromboferez ..... mL<br>Eritroferez .....mL<br>Plazmaferez .....mL                                                        | İşlem Tamamlanamadı İse Nedeni:<br>.....<br>.....<br>.....          |
|                                                                                                                                                                                     | Flebotomi Yapan Flebotomist<br><br>Kaşe ve İmza                     |