



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

## SÜRELİ BÖLGE KAN MERKEZİ

### KAN BAĞIŞÇISI BİLGİLENDİRME KAYIT VE SORGULAMA FORMU

|              |            |
|--------------|------------|
| DOKÜMAN KODU | GN.FR.642  |
| YAYIN TARİHİ | 10/5/12    |
| REVİZYON NO  | 02         |
| REV. TARİHİ  | 27.04.2021 |

#### TAM KAN BAĞIŞÇISI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU .....KAN BAĞIŞI MERKEZİ

Kan Bağışı Merkezimize Hoşgeldiniz. Kan Bağışlamak İstediyiniz İçin Teşekkür Ederiz.

" KAN BAĞIŞÇISI SORGULAMA FORMU"NU DOLDURMADAN ÖNCE AŞAĞIDAKİ AÇIKLAMALARI LÜTFEN DİKKATLE OKUYUNUZ !

" Kan Bağışçısı Sorgulama Formu" ndaki sorular sizi ve sizin kanınızı alacak olan hastaları korumak amacıyla düzenlenmiştir.

Kan bağışına uygun olduğunuzun belirlenmesi için geçirdiğiniz hastalıklar, aldığınız ilaçlar ve cinsel yaşamınızla ilgili sorular sorulacaktır. AIDS ( HIV ) sarılık gibi hem kan hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklar için enfeksiyon bulaşının gerçekleştiği andan testlerde pozitif hale gelinceye kadar geçen ve tanı konulamayan bir dönem vardır. Bu döneme pencere dönemi denilmektedir. Pencere dönemindeki bir kişinin test sonuçları temiz gözükmeyle birlikte kan bağışında bulunduğu zaman hastalara enfeksiyon geçebilmektedir. Bu nedenle formu doldururken vereceğiniz yanıtların doğru ve samimi olması sizin ve kanınızı alacak olan hastaların uğrayacağı zararın önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Unutmayınız ki; bağışlayacağınız kan, korumasız, şuru kapalı, kanı reddetme şansı olmayan bir kişiye veya yeni doğmuş bir bebeğe verilebilir. Vereceğiniz tüm yanıtlar, kişisel bilgileriniz, sağlık durumunuz ve test sonuçlarınızın 5624 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Yasası ve ilgili yönetmelik gereğince gizli tutulacaktır.

#### Aşağıdaki Durumlardan Biri Sizin İçin Geçerli ise Lütfen Kan Vermekten Vazgeçiniz !

- \* Sebebi açıklanamayan ateş, kilo kaybı, gece terlemesi, büyümüş lenf bezi veya kitlesi, deride mor lekeler, ağız ve boğazda beyaz döküntüler, uzun süren ve iyileşmeyen öksürük veya ishaliniz varsa.
- \* Son 1 yıl içinde kondom ( prezervatif, kılıf ) kullanarak ya da kullanmadan para karşılığı cinsel ilişkide bulunmuşsanız.
- \* Para kazanmak için cinsel ilişkide bulunmuşsanız.
- \* Kondom ( prezervatif, kılıf ) kullanarak ya da kullanmadan ve bir defalığına bile olsa oral veya anal yolla erkek erkeğe cinsel ilişkide bulunmuşsanız.
- \* Frengi (sifilis), bel soğukluğu gibi cinsel yolla bulaşan hastalık geçirmişseniz veya son 1 yılda böyle biriyle cinsel ilişkide bulunmuşsanız.
- \* Geçmişte damar yolu ile uyuşturucu kullanmışsanız veya halen kullanmaktaysanız.
- \* Son 1 yıl içinde 3 günden fazla tutuklu kalmışsanız veya böyle biriyle son 1 yılda cinsel ilişkide bulunmuşsanız.
- \* Hemofili hastası veya pıhtılaşma probleminiz olmuşsa ya da bu kişilerle son 1 yılda cinsel ilişkide bulunmuşsanız kan bağışından vazgeçiniz.

#### Herhangi bir hastalık şüphesi duyuyor ve sadece test yaptırmak için kan bağışlıyorsanız kan bağışından vazgeçiniz ve Enfeksiyon Hastalıkları Bölümüne başvurunuz.

Kan Bağışçısı Sorgulama Formunda yanlış beyanda bulunmanız kendi sağlığınıza da zarar vermenize yol açabilir.

İhtiyacı olan hastalara kullanılacak kan/kan bileşenlerinin temin edilmesi ve hazırlanması gibi aşamalarda kan bağışı merkezi çalışanları olarak bizler, kan bağışlayıcısı olarak sizler, hastalara karşı çok büyük sorumluluklar taşımaktayız.

Kan ve Kan Ürünleri Kanunu kapsamında bilinçli olarak yanlış bilgi verilmesi suçtur. 5624 sayılı yasa Madde 6 / 10 da "Kan yolu ile bulaşan bir hastalığı veya böyle bir hastalık taşıma riski olduğunu bilip, bu durumu saklayarak kan verenlere bir yıldan üç yıla kadar hapis ve beş yüz gün adli para cezası verilir." ibaresi yer almaktadır.

Vermiş olduğunuz bilgilerin doğruluğunu hür iradeniz ile kan bağışında bulunduğunuzu, formu imzaladığınızda kabul etmekle birlikte, aynı zamanda Kan bağışı merkezimizi, kan bankacılığı hizmetlerini sağlaması için yetkilendirmiş olacaksınız.

Yapılan tıbbi değerlendirmede siz ve kanı alacak hasta açısından belirgin bir risk olduğu takdirde geçici ya da kalıcı olarak kan bağışından alıkonabilirsiniz.

#### KİMLER KAN BAĞIŞINDA BULUNABİLİR ?

Aşağıda sıralanan koşullar yerine getirilmelidir;

- \* Yasal mevzuat gereğince bağışçılar; isim-soyisim, doğum tarihi (gün, ay, yıl ) T.C.kimlik numarasını içeren bir kimliği ve kalıcı adres bilgilerini vererek kendilerini tanıtmalıdır.
- \* 18 ile 65 yaş arasında olanlar kan bağışlayabilir.
- \* Nabız ölçüldüğünde, düzenli ve dakikada 50 ile 100 arasında olmalıdır.
- \* Kan basıncı pek çok etkene bağlı olarak değişmekle birlikte esasen sistolik basınç büyük tansiyon en az 90 mmHg, en çok 180 mmHg ve diastolik basınç ( küçük tansiyon ) en az 60 mmHg, en çok 100 mmHg olmalıdır.
- \* Hemoglobin değerleri kadınlarda en az 12,5 g/dl, en çok 16,5g/dl, erkeklerde en az 13,5 g/dl en çok 18,0 g/dl olmalıdır.
- \* Kadınlarda 12 ay içerisinde en fazla 3 erkeklere ise en fazla 4 kez tam kan bağışında bulunması önerilmektedir.
- \* Kan bağışçısının vücut ağırlığı en az 50 kg. olmalıdır. \* Kan bağışçısının vücut ısısı 37,5 C ' nin üstünde olmamalıdır.

# KAN BAĞIŞÇISI SORGULAMA FORMU

EVET HAYIR

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 1  | "Kan Bağışçısı Bilgilendirilmiş Onam Formu"nu okuyup anladınız mı ?   |  |  |
| 2  | Kendinizi sağlıklı ve iyi hissediyormusunuz ?   |  |  |
| 3  | Tehlikeli bir işte mi çalışıyorsunuz ? Ya da tehlikeli bir hobiniz var mı ?   |  |  |
| 5  | Daha önce yaptığınız bir kan bağışi müracaatı herhangi bir nedenle geri çevrildi mi ?   |  |  |
| 6  | Prostat büyümesi ilaçları, sivilce, sedef hastalığı, kellik için herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz ?   |  |  |
| 7  | Herhangi bir enfeksiyon hastalığı için ilaç ( Antibiyotik, Ateş düşürücü gibi) aldınız mı ?   |  |  |
| 8  | Son 5 gün içinde aspirin, herhangi bir ağrı kesici veya romatizma ilacı aldınız mı ?  |  |  |
| 9  | Allerjik reaksiyon geçirdiniz mi, buna yönelik tedavi aldınız mı?   |  |  |
| 10 | Yukarıda belirtilenler dışında başka bir ilaç kullanıyor musunuz ?  |  |  |
| 11 | <b>Son 12 ay içinde diş tedavisi oldunuz mu ?</b>   |  |  |
| 12 | <b>Son 1 hafta içinde ishal ( diyare ) oldunuz mu ?</b>   |  |  |
| 13 | <b>Son 1 ay içinde herhangi bir aşı oldunuz mu ?</b>  |  |  |
| 14 | Kronik (müzmin) bir hastalığınız var mı ?   |  |  |
| 15 | Para veya uyuşturucu karşılığında cinsel ilişkiniz oldu mu ?  |  |  |
| 16 | Frengi ( sifilis ) veya bel soğukluğu ( gonore ) nedeni ile tedavi oldunuz mu ?   |  |  |
| 17 | AIDS hastalığınız var mı, kendinizde böyle bir hastalık olduğuna dair bir şüpheniz var mı ?   |  |  |
| 18 | AIDS hastası olduğunuzu bildiğiniz biri ile cinsel ilişkiniz oldu mu ?  |  |  |
| 19 | Kan ve kan ürünü alan, diyalize giren veya hemofili hastası olan biri ile cinsel ilişkiniz oldu mu ?  |  |  |
| 20 | Hiç uyuşturucu kullandınız mı ?   |  |  |
| 21 | İnsülin, büyüme hormonu, immünglobulin, tamoksifen kullandınız mı ?   |  |  |
| 22 | Son 12 ay içinde ameliyat veya endoskopi oldunuz mu ?   |  |  |
| 23 | Kalp - damar, akciğer, mide - barsak, böbrek hastalığınız var mı ?,   |  |  |
| 24 | Bugüne kadar hiç nöbet, sara ( epilepsi ) krizi veya felç geçirdiniz mi ?   |  |  |
| 25 | Bugüne kadar Kanser tanısı aldınız mı, kanser tedavisi gördünüz mü ?  |  |  |
| 26 | Şeker hastalığınız ya da yaygın romatizmal bir hastalığınız var mı ?  |  |  |
| 27 | Kanamalı bir hastalık veya kan hastalığınız var mı ?  |  |  |
| 28 | Sıtma ( malarya ), verem ( tüberküloz ), Malta humması (Peynir hastalığı / brucella ),<br>Kemik iltihab ( osteomyelit ) veya kara humma ( kala - azar ) geçirdiniz mi ? |  |  |
| 29 | Hepatit ( sarılık hastalığı ) geçirdiniz mi, taşıyıcı mısınız ?   |  |  |
| 30 | Hepatit ( sarılık hastalığı ) olan biri ile aynı evde yaşıyor musunuz veya cinsel ilişkiniz oldu mu ?   |  |  |
| 31 | Toksoplazma geçirdiniz mi ?   |  |  |
| 32 | Kamerun, Orta Afrika, Çad, Kongo, Ekvatoryal Gine, Gabon, Nijer ya da Nijerya da hiç bulundunuz mu?   |  |  |
| 33 | 1980 - 1996 Yılları arasında İngiltere, Kuzey İrlanda, Galler ya da İskoçya da bulundunuz mu ?  |  |  |
| 34 | <b>Son 3 yıl içinde yukarıdaki ülkeler dışında başka ülkelerde bulundunuz mu ?</b>  |  |  |
| 35 | Ailenizde deli dana hastalığı ( Creutzfeldt - Jacob ) olan birisi oldu mu ?   |  |  |
| 36 | Size Dura mater ( beyin zarı ) veya kornea nakli yapıldı mı ?   |  |  |
| 37 | <b>Son 12 ay içinde size kan, doku veya organ nakli yapıldı mı ?</b>  |  |  |
| 38 | <b>Son 12 ay içinde bir başkasının kanı ile temasınız oldu mu?</b>  |  |  |
| 39 | <b>Son 12 ay içinde akupunktur, botoks, dövme, hacamat, takı için cilt deldirme, saç ekimi veya estetik müdahaleler yaptırınız mı ?</b>                                 |  |  |
| 40 | <b>Son 12 ay içinde hayvan ısırığı nedeni ile kuduz aşısı oldunuz mu ?</b>  |  |  |
| 41 | <b>Son 12 ay içinde üç günden fazla tutuklu kaldınız mı veya üç günden fazla tutuklu kalan birisiyle cinsel ilişkiniz oldu mu ?</b>                                     |  |  |
|    | <b>Erkekler İçin</b>  | <b>Kadınlar İçin</b>   |  |
| 42 | Son 3 ay içerisinde kan bağışi yaptınız mı  | Son 4 ay içinde kan bağışi yaptınız mı?  |  |
| 43 | Bugüne dek hiç erkek erkeğe cinsel ilişki bulundunuz mu?  | Son 12 ay içinde hamilelik geçirdiniz mi veya düşük yaptınız mı ? Şu an hamile misiniz ? |  |

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

ADI SOYADI

TARİH

...../..... / 20.....

İMZA



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ  
SÜRELİ BÖLGE KAN MERKEZİ  
BAĞIŞÇI KAYIT FORMU

..... / ..... /20.....

|                |   |                |    |
|----------------|---|----------------|----|
| ADI SOYADI     |   | CEP TELEFONU   | 05 |
| T.C. KİMLİK NO |   | İŞ TELEFONU    | 0  |
| E-POSTA        | @ | MAHALLE        |    |
| ADRES İL       |   | CADDE          |    |
| ADRES İLÇE     |   | BİNA ADI VE NO |    |
| SOKAK          |   | POSTA KODU     |    |

|                     |  |               |  |
|---------------------|--|---------------|--|
| Doğum Tarihi        | ..... / ..... /20.....   | Doğum Yeri İl |  |
| Cinsiyeti           | <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek  | Medeni Hali   | <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar |
| Eğitim Durmunuz     | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite  |               |  |
| Mesleğiniz          |  |               |  |
| Kan Grubu           | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> RhD Pozitif <input type="checkbox"/> RhD Negatif |               |  |
| Kan Bağış Geçmişi   | <input type="checkbox"/> Hayatımda ilk kez kan bağışlıyorum. <input type="checkbox"/> Daha önce kan bağışı yaptım  |               |  |
| Hastanın Adı Soyadı |  | Dosya No      |  |

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

İmza

|            |  |
|------------|--|
| Bağış Tipi | <input type="checkbox"/> Tam Kan <input type="checkbox"/> Aferez |
|------------|--|

KAN BAĞIŞI ÖNCESİ MUAYENE VE ÖLÇÜM DEĞERLERİ:

Vücut Ağırlık : ..... /Kg. Kan Basınç : ..... / mmHg Diğer : .....  
Nabız : ..... / Dakika Vücut Isısı : ..... / C Onay :

TEST SONUÇLARI

Hemoglobin ( g/ dL ) : .....  
Trombosit ( X 10 / L ) : .....

AÇIKLAMA ve ONAY

| HEKİM DEĞERLENDİRMESİ  | FLEBOTOMİ İŞLEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kan Bağışı Yapabilir <input type="checkbox"/> Ret Veri Tabanı Kontrolü Yapıldı<br><input type="checkbox"/> Kan Bağışı İçin uygun Değidir <input type="checkbox"/> Kan Bağışçısı Reddedildiyse, Ret Nedeni Ve Süresi:<br><input type="checkbox"/> Kalıcı Ret .....<br><input type="checkbox"/> Geçici Şartlı Ret ..... | <b>İşlem sorunsuz tamamlandı</b><br>Tam Kan Bağışı İçin Bağış Süresi: <input type="checkbox"/> <12 Dk <input type="checkbox"/> 12-15 Dk <input type="checkbox"/> >15 Dk<br>Tam Kan Bağışı için Toplanan Kan Hacmi <input type="checkbox"/> 450mL±%10 <input type="checkbox"/> ≥300 ve>405mL <input type="checkbox"/> <300 mL <input type="checkbox"/> |
| Hekimin Düşünceleri: Hekim   | <b>İşlem Tamamlanmadı</b><br>İşlem Tamamlanamadı ise Nedeni:<br>.....<br>.....  |
|  | <b>Aferez için Bağış Süresi:</b> .....Dk<br><b>Aferez için Hacim:</b> Tromboferez .....mL Eritroferez .....mL Plazmaferez .....mL<br><b>Flebotomiyi Yapan Flebotomist</b>   |

KAN KAYIT NUMARASI

Değerlendiren Hekim :  
Adı Soyadı / Kaşe / İmza

.....

## KAN BAĞIŞINDA BULUNMADAN ÖNCE NELERE DİKKAT EDİLMELİDİR ?

- \* Kan bağışçıları tercihen kan bağışından en az iki saat önce tam bir öğün yemiş olmalıdır.
- \* 12 saat öncesine kadar alkol alınmamalıdır.
- \* Normal, yağsız besinler alınmalı ve mümkün olduğunca fazla sıvı tüketilmelidir.
- \* Bağıştan önceki yarım saat içinde kafein içeren içecekler (kahve,kola,kahveli içecekler vb.) içilmesi tavsiye edilir.

## KAN ALMA İŞLEMİ;

"Kan bağışçısı Sorgulama Formu" na göre kan bağışına engel durumunuz yok ise; genel durumunuz değerlendirilecek, kan basıncınız ve nabızınız ölçülecek, kan sayımı için küçük bir kan örneği alınacaktır. Kan bağışı için uygunsanız, kolunuz antiseptik madde ile temizlenecek ve tek kullanımlık steril iğne ile damarınıza girilerek yaklaşık 450 mL kan alınacaktır. Kan alma işlemi tamamlandıktan sonra iğne koldan çıkarılır. Hemen ardından iğnenin çıkarıldığı bölgeye uygun ve temiz pansuman malzemesiyle baskı uygulanır. Kan bağışçısı, en az 10 dk. bağışçı koltuğunda bekletilir.

## KAN BAĞIŞI İLE İLGİLİ ORTAYA ÇIKABİLECEK SORUNLAR;

Kan bağışı sırasında ve sonrasında önemli bir sorunla karşılaşılması beklenmemektedir. Nadiren baş dönmesi, terleme, çarpıntı, bulantı-kusma, bayılma, kas spazmları, iğne giriş yerinde şişme ve morarma gibi sorunlarla karşılaşılabilir. Kalp ya da sinir sistemi kaynaklı hayati tehlike arz eden sorunlar ise çok nadir olarak görülebilmektedir. Kan merkezi personeli bu tür durumlarda gerekli müdahaleyi yapabilecek bilgi ve deneyime sahiptir. Bağışçı, bağış esnasında ve sonrasında yetkili personelin tıbbi tavsiye ve yönlendirmesine uymalıdır.

## KAN BAĞIŞINDAN SONRA DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER;

- \* Kan bağışında bulunulan günde bol sıvı alınmalı, bağışı izleyen 2 saat boyunca sigara kullanılmamalıdır.
- \*Araç kullanacak ise kan bağışı sonrası 30 dakika içerisinde araç kullanılmamalıdır.
- \* Kan bağışını takip eden 1 saat boyunca, kan dolaşımı reaksiyonlarının önlenmesi amacıyla uzun süreli ayakta durulmamalıdır.
- \* Kan vermiş olduğunuz kolunuza yapıştırılmış olan koruyucu bant 2 saatten önce çıkarılmamalıdır.
- \* Kan bağışı yapılan günde ağır uğraşılarda bulunulmamalıdır. Örneğin; planörcülük, paraşüt sporları, araba ve motosiklet yarışı, dağcılık, dalgıçlık v.s.
- \* Bağış günü, vücudu aşırı yoran ve sıvı kaybına yol açan aktivitelerden ( sauna, spor vb.) kaçınılmalıdır.
- \* Kan verilmiş olan kolla ilk birkaç saat ağır eşyalar taşınmamalıdır. Bu durum kanamaya yol açabilir.
- \* Kan bağışından sonra baş dönmesi, baygınlık hissi olursa yere uzanılmalı veya baş iki dizinizin arasına alınacak şekilde oturulmalıdır.
- \* Alkol, ikinci yemek öğününden önce kullanılmamalıdır.
- \* Tren makinistleri, ağır yük şoförleri, ağır iş makinesi operatörleri, vinç operatörleri, pilotlar, işleri gereği portatif merdiven veya şantiye iskelesine tırmanmak zorunda olan kişiler, yer altında çalışan madenciler gibi uzun süre bitkinlik ve yorgunluğa neden olan mesleklere sahip olan kişiler kan bağışında bulunduktan 24 saat sonra bu işleri yapabilirler. Kan Bağışı Merkezi personeline merak ettiğiniz konuda istediğiniz zaman sorabilirsiniz. Kan bağışı için verdiğiniz kanda AIDS, Sifilis (frengi), Hepatit B ve Hepatit C için testler yapılacaktır. Test sonuçlarınızdan herhangi biri pozitif çıkarsa kanınız kullanılmayacak ve size ve sağlık bakanlığına durum hakkında bilgi verilecektir.

**Kan verme konusunda kuşularınız varsa istediğiniz zaman kimseye açıklama yapmadan kan bağışı merkezini terkedebilir, veya kan bağışı merkezi personeliyle özel olarak görüşebilirsiniz.**

**BİR SONRAKİ KAN BAĞIŞ ZAMANIM GELDİĞİNDE MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ KAN MERKEZİNDEN KISA MESAJ İLE BİLGİLENDİRİLMEK İSTİYORUM.**

Evet

Hayır

**Yukarıdaki bilgileri okudum. Bu bilgiler ışığında gönüllü ve karşılıksız kan bağışında bulunmayı istiyorum.**

Adı : \_\_\_\_\_

Soyadı : \_\_\_\_\_

Tarih : ...../...../202.....

İmza : \_\_\_\_\_

**Not : Kan bağışçısı tarafından adı, soyadı, tarih ve imza kısmı kendi el yazısıyla doldurulacaktır.**