



DONÖR SAĞLIK DEĞERLENDİRME TEST İSTEM VE SONUÇ FORMU

Doküman No Document Number : TÜRKÖK F003	Revizyon No Revision No : 002	Sayfa Page : 1 / 4
Yayın Tarihi Effective Date : 01.09.2015	Revizyon Tarihi Date Revised : 10.04.2018	

HASTA BİLGİLERİ

TÜRKÖK Hasta Numarası :	Doğum Tarihi : (gg.aa.yyyy)
Hematopoetik Kök Hücre Nakil Merkezi :	

VERİCİ BİLGİLERİ

TÜRKÖK Donör Numarası :	Doğum Tarihi : (gg.aa.yyyy)		
Cinsiyet:	Kilo:(Kg)	Kan grubu	
Tranfüzyon:	Sayı:	Gebelik:	Sayı:

DONÖR GEÇMİŞİ

Parametreler	<input type="checkbox"/> Sigara	<input type="checkbox"/> Alkol
Genetik Hastalığı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Alışkanlıklar: <input type="checkbox"/> IV ilaç <input type="checkbox"/> Tatuaj	
Enfeksiyon Hastalığı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Akapunktur <input type="checkbox"/> Piercing	
Ailede Lösemi Öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Diğer	
Kan İle İlgili Hastalıklar <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet		
Alerjik Reaksiyon <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet		
Yolculuk Öyküsü:(Enfeksiyon hastalıkların endemik olduğu bölgeye seyahat)		

FİZİK MUAYENE

Ateş C°	Nabız Sayı/dk	Solunum Sayısı Sayı/dk	Kan Basıncı mm/Hg
Karnofsky/ Lansky Skoru :		Notlar:	
Donörün damar yolu kontrolü: <input type="checkbox"/> Perifer damar <input type="checkbox"/> Katater		Notlar:	
Normal:			
Normal Değil:(Açıklayınız)			

KONSÜLTASYONLAR (Periferik kök hücre toplama için uygunluğu değerlendirilecektir.)

Konsültasyon Hekim Adı Soyadı:	Tarih: (gg-aa-yyy)	Kaşe - İmza:
--------------------------------	--------------------	--------------



DONÖR SAĞLIK DEĞERLENDİRME TEST İSTEM VE SONUÇ FORMU

Doküman No Document Number : TÜRKÖK F003
Yayın Tarihi Effective Date : 01.09.2015

Revizyon No Revision No : 002
Revizyon Tarihi Date Revised : 10.04.2018

Sayfa Page: 2 / 4

HEMATOLOJİK İNCELEMELER

Test	Sonuç	Normal	Düşük	Yüksek	Yorumlar	Test Tarihi
------	-------	--------	-------	--------	----------	-------------

Sedimentasyon

1 Saat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
--------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--

Tam Kan Sayımı

Lökosit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hemoglobin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hematokrit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trombosit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Periferik Yayma

--	--	--	--	--	--	--

Hemoglobin Elektroforezi (Sonuç dokümanını forma ekleyiniz)

--	--	--	--	--	--	--

Koagülasyon

PT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PT INR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
aPTT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Kan Grubu

--	--	--	--	--	--	--

BİYOKİMYASAL İNCELEMELER

Test	Sonuç	Normal	Düşük	Yüksek	Yorumlar	Test Tarihi
Glukoz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Üre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kreatinin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
AST		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ALT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
GGT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
LDH		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
T.Bilirubin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D.Bilirubin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sodyum-Na		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Potasyum-K		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Klor-Cl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kalsiyum-Ca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kolesterol		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trigliserit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

DİĞER İNCELEMELER

Test	Sonuç	Normal	Düşük	Yüksek	Yorumlar	Test Tarihi
TSH		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

DİĞER İNCELEMELER

Tetkik	Normal	Normal Değil	Yorumlar	Test Tarihi
Tam İdrar Tahlili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

TÜRKÖK - Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi

TR TRKK - Turkish Stem Cell Coordination Center

Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Blv. 6001.Cad. No:9 (5.Kat) Bilkent-Çankaya/ ANKARA



DONÖR SAĞLIK DEĞERLENDİRME TEST İSTEM VE SONUÇ FORMU

Doküman No Document Number : TÜRKÖK F003
Yayın Tarihi Effective Date : 01.09.2015

Revizyon No Revision No : 002
Revizyon Tarihi Date Revised : 10.04.2018

Sayfa Page: 3 / 4

VİROLOJİK İNCELEMELER

Test	Sonuç	Pozitif	Negatif	Çalışılmadı	Yorumlar	Test Tarihi (gg-aa-yyyy)
HBV(Hepatit B Virüs)						
HBs Ag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti HBc IgG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti HBs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HBV DNA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HCV(Hepatit C Virüs)						
Anti HCV		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HCV RNA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HIV(Human Immunodeficiency Virüs)						
Anti HIV 1-2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HIV RNA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sifiliz						
VDRL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
RPR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TPHA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HTLV (Son 6 ay içerisinde yurtdışına çıkmış donörler ve yurtdışı için tedarik edilecek ürünler için çalışılacaktır.)						
Anti HTLV 1-2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

DİĞER İNCELEMELER

CMV (Sitomegalovirüs)						
CMV	IgG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	IgM		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EBV (Epstein Barr Virüs)						
EBV	IgG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	IgM		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toxoplazma (Toksoplazmoz)						
Toxoplazma	IgG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	IgM		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gebelik Teyidi						
Beta HCG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

DİĞER İNCELEMELER

Tetkik	Normal	Normal Değil	Yorumlar	Test Tarihi
Akciğer Grafisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ultrasonografi	(Muayene ve öyküde şüpheli bir durum olması durumunda yapılacaktır.)			
Batın USG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Yorumlar:				

TÜRKÖK - Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi

TR TRKK - Turkish Stem Cell Coordination Center

Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Blv. 6001.Cad. No:9 (5.Kat) Bilkent-Çankaya/ ANKARA



DONÖR SAĞLIK DEĞERLENDİRME TEST İSTEM VE SONUÇ FORMU

Doküman No Document Number : TÜRKÖK F003	Revizyon No Revision No : 002	Sayfa Page: 4 / 4
Yayın Tarihi Effective Date : 01.09.2015	Revizyon Tarihi Date Revised : 10.04.2018	

HASTA BİLGİLERİ

TÜRKÖK Hasta Numarası :	Doğum Tarihi : (gg.aa.yyyy)
Hematopoetik Kök Hücre Nakil Merkezi :	

VERİCİ BİLGİLERİ

TÜRKÖK Donör Numarası :	Doğum Tarihi : (gg.aa.yyyy)
Donör Onamı alındı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Tarih:(gg-aa-yyyy)
Hücresele Ürün Toplama Tarihleri:(gg-aa-yyyy)	G-CSF Başlama Tarihi:(gg-aa-yyyy)

A : HÜCRESEL ÜRÜN TOPLAMA MERKEZİ DEĞERLENDİRME SONUCU

<input type="checkbox"/>	Klinik değerlendirme sonucunda donör kemik iliği veya kemik iliği kaynaklı periferik kök hücre toplama işlemi için uygun bulunmuştur.
<input type="checkbox"/>	Klinik değerlendirme sonucunda donör kemik iliği veya kemik iliği kaynaklı periferik kök hücre toplama işlemi için uygun bulunmamıştır. "TÜRKÖK F03-C30 DONÖR DURUM BİLDİRİR FORMU" doldurulmuştur.
<input type="checkbox"/>	Klinik değerlendirme sonucunda nolu donör kemik iliği veya kemik iliği kaynaklı periferik kök hücre toplama işlemi için nakil merkezinin onayına bırakılmıştır."TÜRKÖK F03-C20 OLAĞAN DIŞI DONÖR BULGUSU FORMU" doldurulmuştur.
Yorumlar:	
Toplama Merkezi Sorumlu Hekimi Adı Soyadı:	Tarih: (gg-aa-yyyy)
Kaşe - İmza:	
Hücresele Ürün Toplama Merkezi	

B : TÜRKÖK - TÜRKİYE KÖK HÜCRE KOORDİNASYON MERKEZİ - ULUSAL KEMİK İLİĞİ DOKU BANKASI

Formu kontrol eden TÜRKÖK Temsilcisi Adı Soyadı:	Tarih: (gg-aa-yyyy)
Kaşe - İmza:	

C : HEMATOPOETİK KÖK HÜCRE NAKİL MERKEZİ'NİN DONÖR SAĞLIK DEĞERLENDİRME SONUCUNU KABULÜ

Bu donör için ön toplama fizik muayene test sonuçlarını ve / veya toplama toplama hekiminden alınan özetleri gözden geçirdim ve inceledim.	
<input type="checkbox"/>	Sağlık değerlendirme sonucunu kabul ediyor ve daha fazla bilgi ve teste gerek görmüyorum. Planlanan nakil tarihi: <input type="text"/> Hazırlık rejimi başlangıç tarihi: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Bu sonuçlara göre, toplama işleminden önce ek bilgi/ek test yapılması gereklidir.
Lütfen ek yorum ve değerlendirmelerinizi yazınız:	
HKHNM Sorumlu Hekimi Adı Soyadı	Tarih: (gg.aa.yyyy)
Kaşe - İmza	
HKHNM - Hematopoetik Kök Hücre Nakil Merkezi	