**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**

**ULUSAL ORGAN VE DOKU NAKLİ KOORDİNASYON SİSTEMİ**

**KADAVRA DONÖR DEĞERLENDİRME FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tarih: Saat:** | |
| **Verici Hastanesi adı/Şehir:**  **Yoğun Bakım Doktorunun Adı Soyası / Tel:** | |
| **Koordinatör Ad-Soyadı /Tel :** | |
| **DEĞERLENDİRİLMESİ İÇİN TEKLİF EDİLEN ORGAN** | |
| Böbrek: Sağ Sol Karaciğer: Tamamı Split Lob Akciğer:  Kalp : Pankreas: Kornea: İnce Bağırsak: Diğer Dokular: | |
| **VERİCİ BİLGİLERİ** | |
| Ad/Soyadı: Cinsiyet: E K Yaş:…  Hastaneye geliş nedeni/Tarihi:  Entübasyon tarihi:  Ölüm nedeni:  Ölüm tarih ve saati: Göğüs Çevresi (erkeklerde meme üzerinden, kadınlarda meme altından):  Boy: .............. cm Ağırlık: ............kg  **Kan grubu: Rh:( )** | |
| **ANAMNEZ** | |
| **Özgeçmiş: Geçirilen Hastalıklar:**  **Geçirilen Ameliyatlar:**  **Meslek: Mesleki akciğer hastalıkları yönünden önemli, diğer organlar için böyle bir risk yok.** | |
| **Yaşam Tarzı :**  **Damar İçi Bağımlılık Var Yok Alkol ya da Madde Bağımlılığı Var Yok Çok Eşlilik Var Yok** | |
| **Sürekli kullandığı ilaçlar:** | |
| **Hipertansiyon: Var Yok Ne kadar süredir: Tedavi:** | |
| **Diabetes Mellitus: Var Yok DM tipi:**  **Kanser öyküsü: Var Yok Açıklama:** | |
| **Diğer patolojiler:**  **Geçirilmiş Cerrahi:** | |
| **KLİNİK BİLGİLER** | |
| Yoğun Bakıma kabul tarih/saati:  Ventilatöre bağlanma tarih/saati:  Yoğun bakım /ventile yatış gün sayısı: | |
| Ekokardiyografi % EF: EKG: | |
| Abdominal USG:  Abdominal BT: (Gereğinde)  Torax BT : (Kalp Akciğer bağışı olması durumunda rutin, kalp Akciğer bağışı yoksa Gereğinde)  Direkt akciğer grafisi:  Kan gazı: (MV ayarları; PEEP:5, FiO2: %100, tidal volüm 6 ml/kg olacak şekilde 10 dk havalandırıldıktan sonra alınan kan gazı): | |
| Kullanılan ilaçlar (antibiyotik, diüretik, anti-diüretik) doz ve uygulanma süresi: | |
| Kan kültürü: Tarih: İdrar kültürü: Tarih: | |
| Trakeal aspirasyon kültürü: Tarih: Diğer: Tarih: | |
| Enfeksiyon: Var Yok Akciğer Aspirasyon Üriner Enfeksiyon Sepsis Diğer: | |
| Kan basıncı: ......../........ mmHg Nabız: ........ /dk CVP: Ateş: .......... °C | |
| Hipotansiyon: Var Yok Süresi: Hipertansiyon: Var Yok Süresi: | |
| Kardiyak Arrest: Var Yok Tarih: Saat: Süresi: Resüstasyon: Var Yok Süresi: | |
| Respiratuvar Arrest: Var Yok Tarih: Saat: Süresi: Resüstasyon: Var Yok Süresi: | |
| İnotrop Tedavisi (Doz, ünite ve süreyi belirtiniz): | |
| Son saatlik idrar: .......... ml Son 24 saatlik idrar: .......... ml Son ........ saatte .........ml idrar çıkışı vardır | |
| **LABORATUVAR TESTLERİ** | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **TEST ADI** | **YB GİRİŞ SONUCU** | **SON YAPILAN TEST (TARİH)** | | **Hb/Hct** |  |  | | **Lökosit** |  |  | | **Trombosit** |  |  | | **Na /K** |  |  | | **Üre/ Kreatin** |  |  | | **SGOT/SGPT** |  |  | | **GGT/LDH** |  |  | | **T.Bil./D.Bil** |  |  | | **T. protein /Alb** |  |  | | **PT/PTT** |  |  | | **INR** |  |  | | **CRP** |  |  | | **Prokalsitonin** |  |  | | **HBsAg : AntiHBs: Anti Hbc: IgM : Anti HBc Total veya IgG : Anti HCV:**  **Anti HIV: Anti CMG IgG:**  **Riskli Hastalar İçin : HIV RNA: HBV DNA : HCV RNA:** | | | | |
| **COVİD 19 RİSKİNE İLİŞKİN BULGULAR** | |
| Temas Öyküsü:  Seyahat Öyküsü:  Geçirilmiş Covid 19 Enfeksiyonu: Var Yok  Var ise :  Tedavi şekli/Tarihi:  Covid 19 PCR Test Sonucu ( Trechea Alımlı ) / Tarihi:  Akciğer Grafisi /Tarihi:  Toraks BT / Tarihi: (Gereğinde)    Radyoloji Konsültasyonu/ Tarih:  Enfeksiyon Hastalıkları Konsültasyonu/Tarih:  Göğüs Hastalıkları Konsültasyonu/Tarih: | |

**Yoğun Bakım Hekimi: Organ Nakli Koordinatörü**

İmza/Kaşe İmza