**EK: 4 VERİCİ BİLGİ FORMU**

**T.C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞI**

**ULUSAL ORGAN VE DOKU NAKLİ KOORDİNASYON SİSTEMİ**

**VERİCİ BİLGİ FORMU**

|  |
| --- |
| **Bilgi veren kişi: Tarih: Saat:** |
| **Verici Hastanesi: Şehir:****Hastane telefon no: Faks no:** |
| **Koordinatör Ad-Soyadı: Cep Tel. No: Koordinatör imza:**  |
| TEKLİF EDİLEN ORGAN |
| Böbrek: Sağ Sol Karaciğer: Tamamı Split Lob Kalp: Kalp kapağı: Akciğer: Sağ Sol Pankreas:İnce bağırsak: Kornea: Diğer: |
| VERİCİ BİLGİLERİ |
| Ad/Soyadı: Cinsiyet: E K Yaş:Kalp atımlı verici Kalp atımsız verici Hastaneye geliş nedeni: Ölüm nedeni: Ölüm tarih ve saati: Boy: .............. cm Ağırlık: ............ kg Göğüs çevresi: ............ cm Karın çevresi: ............ cm **Kan grubu:** **Rh:** **( )** **HLA Tipi**: **A ........./......... B ........./......... DR ........./.........** |
| **ANAMNEZ** |
| Sigara kullanımı:………… Miktar: .......... paket/gün/yıl Alkol kullanımı:……………. Miktar:………….Madde kullanımı:…………. Diğer: …………….  |
| Geçirdiği hastalıklar: |
| Geçirdiği ameliyatlar: |
| Sürekli kullandığı ilaçlar: |
| Hipertansiyon: Var Yok Ne kadar süredir: Tedavi:  |
| Diabetes Mellitus: Var Yok DM tipi:  |
| Kabulden önceki nörolojik durumu: |
| Diğer patolojiler: |
| KLİNİK BİLGİLER |
| Yoğun Bakıma kabul tarih/saati: Ventilatöre bağlanma tarih/saati: |
| Akciğer grafisi: Sekresyon: Var Yok  |
| Ekokardiyografi % EF: EKG: |
| Abdominal USG: CT:  |
| MR: Diğer tanısal testler: |
| Travma: Var Yok Açıklama: |
| 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 Diğer:  |
| Kan basıncı: ......../........ mmHg Nabız: ........ /dk CVP: Ateş: .......... °C  |
| Hipotansiyon: Var Yok Süresi: Hipertansiyon: Var Yok Süresi: |
| Kardiyak arrest: Var Yok Tarih: Saat: Süresi: Reanimasyon: Var Yok Süresi: |
| Respiratuvar arrest: Var Yok Tarih: Saat: Süresi: Reanimasyon: Var Yok Süresi: |
| Dopamin: Dozu: ............Ünite İlaca başlama tarihi/kullanma süresi:Noradrenalin: Dozu: ........... Ünite İlaca başlama tarihi/kullanma süresi: Dobutamin: Dozu: ........... Ünite İlaca başlama tarihi/kullanma süresi:Diğer (Doz, ünite ve süreyi belirtiniz):  |
| Son saatlik idrar: .......... ml Son 24 saatlik idrar: .......... ml Son ........ saatte ......... ml idrar çıkışı vardır |
| Yapılan Kan transfüzyonu: ............ …..ml Son 24 saatteki kan transfüzyonu miktarı: ................. ml |
| Son 24 saatte verilen plazma genişleticisinin tipi: Miktarı: .............. ml |
| Hemodilüsyon Var Yok  |

**EK: 4 VERİCİ BİLGİ FORMU**

**T.C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞI**

**ULUSAL ORGAN VE DOKU NAKLİ KOORDİNASYON SİSTEMİ**

**VERİCİ BİLGİ FORMU**

|  |
| --- |
| LABORATUVAR TESTLERİ (Lütfen birim belirterek doldurunuz)Kan testlerinin yapılma tarihi: Saati: |
| HIV: HBsAg: HCV Ab:HIV ag (p24): HBcAb: HTLV I+II: HBsAb: Diğer:  |
| CMV Ig G Ig M Sfiliz: Toksoplazma Ig G Ig M EBV:Diğer: |
| Trombosit:Protrombin zamanı:INR:Fibrinojen:PT/PTT:Diğer: | LökositlerNötrofil:Lenfosit:Bazofil:Eozinofil:Monosit: |
| Troponine:Glukoz:Na:K:Üre:S. kreatinin: | Hematokrit:Hemoglobin: |
| İdrar proteini:İdrar sedimi:Klirens:Gebelik testi: | Kan GazlarıTest tarihi:Test zamanı:FiO2(%): PCO2:pH: HCO3: PO2: Baz fazlalığı:Oksijen satürasyonu: |
| SGOT: Total Bilirubin:SGPT: Total protein:GGT: Albumin:Alkalen fosfataz: CPK:LDH:Diğer: |