**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: | Lökositler  Nötrofil:  Lenfosit:  Bazofil:  Eozinofil:  Monosit: |
| Troponine:  Glukoz:  Na:  K:  Üre:  S. kreatinin: | Hematokrit:  Hemoglobin: |
| İdrar proteini:  İdrar sedimi:  Klirens:  Gebelik testi: | Kan Gazları Test 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: | |