



DONÖR DURUM BİLDİRİR FORMU

Doküman No Document Number : TÜRKÖK F 03 - C20	Revizyon No Revision No :	Sayfa Page: 1 / 1
Yayın Tarihi Effective Date : 03.04.2018	Revizyon Tarihi Date Revised :	

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)
Kemik İliği Doku Bankası:	

BÖLÜM - A : HÜCRESEL ÜRÜN TOPLAMA MERKEZİ

Verici anamnez ve tetkikler sonucunda planlan tarihlerde workup devam edemez:

Workup süreci iptal edilmelidir.

Yorumlar:

Ek ilgili belgeler eklenmiştir.

Workup süreci ertelenmelidir.

Ek testler yapılmalı,

Donörün uygunluğu ile ilgili beklenen sonuçlar ve nihai karar tarihi: (gg-aa-yyyy)

Yorumlar:

Ek ilgili belgeler eklenmiştir.

Donör geçici süre bağışçılık için uygun değildir.

Uygunluk tarihi: (gg-aa-yyyy)

Yorumlar:

Ek ilgili belgeler eklenmiştir.

Toplama Merkezi Sorumlu Hekimi Adı Soyadı:	Tarih: (gg.aa.yyyy)	Kaşe - İmza:
--	---------------------	--------------

Hücreyel Ürün Toplama Merkezi :

BÖLÜM - B : HEMATOPOETİK KÖK HÜCRE NAKİL MERKEZİ

Yukarıdaki bilgilerin alındığını onaylıyorum. Ve,

Workup sürecinin iptalini kabul ediyorum.

Workup sürecinde donör sağlık değerlendirme sürecinin tamamlanmasını beklenecektir.

Yorumlar:

HKHNM Sorumlu Hekimi Adı Soyadı:	Tarih: (gg.aa.yyyy)	Kaşe - İmza:
----------------------------------	---------------------	--------------

HKHNM - Hematopoetik Kök Hücre Nakil Merkezi: