



BAĞIŞÇI KAYIT FORMU ÇEVRE HASTANESİ KAN MERKEZİ

Dokuman No:	TRF.FR.07
Yayın Tarihi:	21.10.2013
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

Adı Soyadı:	Tarih :
TC Kimlik Numarası:	Adres :
Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>	
Doğum Tarihi:/...../.....	Cep tel : İş tel :
Beyan edilen kan grubu:	Ev tel : e-posta :

BAĞIŞ TİPİ:	TAM KAN <input type="checkbox"/>	AFEREZ <input type="checkbox"/>
-------------	----------------------------------	---------------------------------

FİZİK MUAYENE:			
Ağırlık :	kg	Diğer:	ONAY
Nabız :	/ dakika		
Kan basıncı :	mmHg		
Vücut ısı :	°C		

TEST SONUÇLARI:	
Hemoglobin :	AÇIKLAMA ve ONAY
Hematokrit :	
Trombosit :	
Lökosit :	

DEĞERLENDİRME:

<input type="checkbox"/> Bağışçı olabilir

<input type="checkbox"/> Geçici ret/...../20..... tarihine kadar
Nedeni: <input type="checkbox"/> BSF madde <input type="checkbox"/> FM / Test sonucu

<input type="checkbox"/> Kalıcı ret
Nedeni: <input type="checkbox"/> BSF madde <input type="checkbox"/> FM / Test sonucu

Değerlendiren Hekim: Adı Soyadı /KAŞE

İMZA