



DONÖR DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No : TÜRKÖK TE 40	Revizyon No : 01	Sayfa : 1 / 1
Yayın Tarihi : 04.01.2016	Revizyon Tarihi : 18.01.2019	

DONÖR DEĞERLENDİRME BİLGİLERİ

Değerlendirme Tarihi: (GG-AA-YYYY)	Talep Türü:
------------------------------------	-------------

HASTA BİLGİLERİ

TC Kimlik Numarası/ TC Vatandaşı değil ise; Uyuğu Pasaport No:	TÜRKÖK Hasta Numarası:		
Hasta Adı:	Hasta Soyadı:		
Doğum Tarihi: (GG-AA-YYYY)	Cinsiyet:	CMV Seroloji:	Kan Grubu:
Tanı:	Tanı Tarihi: (GG-AA-YYYY)		

DOĞRULAMA TESTİ ÇALIŞILAN DONÖR BİLGİLERİ

Lütfen "T00" ile başlayan donör numarasını kullanınız.

1	Donor Numarası:	Eşleşme Oranı:				
		<input type="checkbox"/> 10/10	<input type="checkbox"/> 09/10			
	HLA - A	HLA - B	HLA - C	HLA - DRB1	HLA - DQB1	HLA - DPB1
KARAR						
<input type="checkbox"/> Work-Up <input type="checkbox"/> 3 ay rezervasyon <input type="checkbox"/> 6 ay rezervasyon <input type="checkbox"/> Serbest bırakılan donör						

2	Donor Numarası:	Eşleşme Oranı:				
		<input type="checkbox"/> 10/10	<input type="checkbox"/> 09/10			
	HLA - A	HLA - B	HLA - C	HLA - DRB1	HLA - DQB1	HLA - DPB1
KARAR						
<input type="checkbox"/> Work-Up <input type="checkbox"/> 3 ay rezervasyon <input type="checkbox"/> 6 ay rezervasyon <input type="checkbox"/> Serbest bırakılan donör						

3	Donor Numarası:	Eşleşme Oranı:				
		<input type="checkbox"/> 10/10	<input type="checkbox"/> 09/10			
	HLA - A	HLA - B	HLA - C	HLA - DRB1	HLA - DQB1	HLA - DPB1
KARAR						
<input type="checkbox"/> Work-Up <input type="checkbox"/> 3 ay rezervasyon <input type="checkbox"/> 6 ay rezervasyon <input type="checkbox"/> Serbest bırakılan donör						

NAKİL MERKEZİ BİLGİLERİ

Hematopoetik Kök Hücre Nakil Merkezi Adı:	
Sorumlu Hekim:	
Adres:	
Posta Kodu:	
İlçe:	İl:
Telefon:	Faks:
E-posta:	

HKHNM Sorumlu Hekimi Adı Soyadı:	Tarih: (GG-AA-YYYY)	Kaşe - İmza
----------------------------------	---------------------	-------------