(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
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 ☐

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: FiO_2(%): PCO_2: pH: HCO_3: PO_2 : Baz fazlalığı: Oksijen satürasyonu:

SGOT: Total Bilirubin:
SGPT: Total protein:
GGT: Albumin:
Alkalen fosfataz: CPK:
LDH:
Diğer: