

BEYİN ÖLÜMÜ BİLDİRİM FORMU

EK: 1

Tarih: ... / ... / ...

VERİCİ MERKEZİ :
PROTOKOL NO:

VERİCİNİN;

Adı Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Yeri/Tarihi :

Baba Adı :

Anne Adı :

BAŞKA KURUMDAN SEVK EDİLEN HASTALAR İÇİN;

Sevk Edildiği Kurum :

Sevk Nedeni :

Sevk Tarihi :

Sevk Saati :

İzleme Başlangıç tarih/saat :

1- KOMA NEDENİ :

-Şuurun tam kaybı :

2-SPONTAN SOLUNUM :

3-GÖRSEL, İŞİTSEL ve AĞRILI UYARANLARA YANIT

-Spontan hareket :

4-BEYİN SAPI REFLEKSLERİ :

-Pupillalar :

-Kornea reflexi :

-Okülo-vestibüler refleks :

-Okülo-sefalik refleks :

-Faringeal ve trakeal refleksler :

5-APNE TESTİ :

6-DİĞER :

Yukarıda belirtilen kriterlere göre doğumlu, 'nın
..... tarihinde, saat 'de tıbbi ölümünün gerçekleştiğini bildirir tutanağıdır.

NÖROLOJİ UZMANI :

DR.

DR.TC:.....

DR SİCİL NO:.....

NÖROŞİRÜRJİ UZMANI :

DR.

DR.TC:.....

DR SİCİL NO:.....

ANESTEZİ UZMANI :

DR.

DR.TC:.....

DR SİCİL NO:.....

KARDİYOLOJİ UZMANI :

DR.....

DR.TC:.....

DR SİCİL NO:.....

Koordinatör (İsim-İmza)

Başhekim (İsim-İmza)
TC ve Sicil No:

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
ON.FR.01	30.05.2022	00	-	1 / 7

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 <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/>	Karaciğer: Tamamı <input type="checkbox"/> Split <input type="checkbox"/> Lob <input type="checkbox"/>	
Kalp:	Kalp kapağı:	
Akciğer: Sağ <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/>	Pankreas:	
İnce bağırsak:	Kornea:	Diğer:
VERİCİ BİLGİLERİ		
Ad/Soyadı:	Cinsiyet: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Yaş:
Kalp atımlı verici <input type="checkbox"/> Kalp atımsız verici <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Ne kadar süredir:	Tedavi:
Diabetes Mellitus: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	DM tipi:	
Kabulden önceki nörolojik durumu:		
Diğer patolojiler:		
KLİNİK BİLGİLER		
Yoğun Bakıma kabul tarih/saati:	Ventilatöre bağlanma tarih/saati:	
Akciğer grafisi:	Sekresyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	
Ekokardiyografi % EF:	EKG:	
Abdominal USG:	CT:	
MR:	Diğer tanısal testler:	
Travma: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklama:		
Kullanılan ilaçlar (antibiyotik, diüretik, anti-diüretik) doz ve uygulanma süresi:		
Kan kültürü:	Tarih:	İdrar kültürü:
Trakeal aspirasyon kültürü:	Tarih:	Diğer:
Enfeksiyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Akciğer <input type="checkbox"/>	Aspirasyon <input type="checkbox"/>
Kan basıncı:/..... mmHg	Nabız: /dk	CVP:
Hipotansiyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Süresi:	Hipertansiyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
Kardiyak arrest: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Tarih:	Saat: Süresi: Reanimasyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
Respiratuvar arrest: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Tarih:	Saat: Süresi: Reanimasyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>		

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: HIV ag (p24): HTLV I+II: Diğer:	HBsAg: HBcAb: HBsAb: HCV Ab:
CMV Ig G Ig M Toksoplazma Ig G Ig M Diğer:	Sfiliz: EBV:
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 (%): pH: PO ₂ : Oksijen satürasyonu: PCO ₂ : HCO ₃ : Baz fazlalığı:
SGOT: SGPT: GGT: Alkalen fosfataz: LDH: Diğer:	Total Bilirubin: Total protein: Albumin: CPK:

TC SAĞLIK BAKANLIĞI
ULUSAL ORGAN VE DOKU NAKLİ KOORDİNASYON MERKEZİ

Tel & Fax : 0.312.-----

E-mail :

Http :

Kalp Verici Bildirim Formu

Tarih ve saat : Verici Merkezi Protokolü :
Adı ,Soyadı : Bölge Koord Merkez Prot :
Doğum tarihi : Ulusal Koord Merkez Prot :
Cinsiyeti : Alıcı Merkez Protokolü :
Ölüm sebebi : Ölüm tarihi ve saati : ... / ... / - ...
Yatış tarihi :

Kan Grubu :

Doku Grubu :

Vücut sıcaklığı: Hipotansif dönem : Diüretik:
Kan basıncı : Kardiak arrest : Antibiotik:
Nabız : Vazopressör:
Ağırlık ve Boy:

Kan tranfüzyonu: HBV: CMV :
HCV : HIV :

Hb : Kan şekeri : İdrar sedimi:
Htc : Kan üresi : Albumin (idrar) :
Lokosit : Kan kreatinini: Son günlük idrar:
Sodyum : SGOT : Son saatlik idrar:
Potasyum : SGPT : Diğerleri:
AF :

Soğuk iskemi süresi:

Diğer organların kullanılacağı yer:

Verici operasyonu tarihi: ... / ... / ve saati:

VERİCİ MERKEZİ :

Koordinatör (isim – imza) :

Koordinatör Cep Tel. No:

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>ON.FR.01</i>	<i>30.05.2022</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>4 / 7</i>

TC SAĞLIK BAKANLIĞI
ULUSAL ORGAN VE DOKU NAKLİ KOORDİNASYON MERKEZİ

Tel & Fax : 0.312.-----

E-mail :

Http :

Karaciğer Bildirim Formu Tarih ve saat : .../.../200.. -**VERİCİ:**

Verici Merkezi :		Kan Grubu :	
Adı Soyadı :		Cinsi :	
Doğum Tarihi :		Boy :	
Kilosu :		Beyin Ölümü Nedeni :	
Hastaneye Yatış Tarihi :		Verici op. Tarihi :	
Beyin Ölümü Tesbit Tarihi :			

Verici Ameliyatı:

İnsizyon :	
Cross clamp :	
Perfüzyon bitiş :	
K.C.çıkartılması :	

Flush Tekniği

- 1.Hızlı flush
- 2.Klasik

Flush Solüsyonu

- 1.UW
- 2.Lakl.Ringe+UW
- 3.Euro-collins

KARACİĞER ALLOGREFTİ**ARTER ANATOMİSİ (işaretle)**

- 1.Çöliaktan CHA
- 2.Sol dal (SGA)
- 3.Sağ dal (SMA)
- 4.Sol+sağ dal; CHA yok
- 5.CHA SMA den çıkıyor
- 6.DİĞER(tanımla)

Vena cava

- 1.Normal
- 2.(tanımla)

Koledok

- 1.Normal
- 2.(tanımla)

Portal Ven

- 1.Normal
- 2.(tanımla)

Laboratuvar

Kan Gazları: pH :	pCO2:
pO2 :	HCO :

Back table rekonstrüksiyonu gerekiyormu?

- 1.Evet :
- 2.Hayır :

Biyopsi Gerekiyormu?

- 1.Evet :
- 2.Hayır :

Lökosit :	Hematokrit :	Sodyum :	Potasyum :
SGOT :	SGPT :	Alk ,Fosfat :	Gamma Ct :

Diğer organların kullanıldığı yer:

Verici operasyonu tarihi: ... / ... / ve saati:

VERİCİ MERKEZİ :

Koordinatör (isim – imza) :

Koordinatör Cep Tel. No:

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
ON.FR.01	30.05.2022	00	-	5 / 7

TC SAĞLIK BAKANLIĞI
ULUSAL ORGAN VE DOKU NAKLİ KOORDİNASYON MERKEZİ

Tel & Fax : 0.312.

E-mail :

Http :

Böbrek Verici Bildirim Formu SAĞ / SOL

Tarih ve saat : Verici Merkezi Protokolü :
Adı ,Soyadı : Bölge Koord Merkez Prot :
Doğum tarihi : Ulusal Koord Merkez Prot :
Cinsiyeti : Alıcı Merkez Protokolü :
Ölüm sebebi : Ölüm tarihi ve saati :
Yatış tarihi :

Kan Grubu :

Doku Grubu:

Vücut sıcaklığı: Hipotansif dönem : Diüretik:
Kan basıncı : Kardiak arrest : Antibiotik:
Nabız : Vazopressör:
Ağırlık ve Boy:

Kan tranfüzyonu: HBV: CMV :
HCV : HIV :

Hb: Kan şekeri: İdrar sedimi:
Htc: Kan üresi: Albumin (idrar) :
Lokosit: Kan kreatinini: Son günlük idrar:
Sodyum: SGOT: Son saatlik idrar:
Potasyum: SGPT: Diğerleri:
AF :

Arter: Sıcak iskemi süresi: Perfüzyon sıvısı:
Ven: Soğuk iskemi süresi: Perfüzyon durumu:
Üreter:

Diğer böbreğin kullanılacağı yer:

Diğer organların kullanılacağı yer:

Verici operasyonu tarihi: ... / ... / ve saati:

VERİCİ MERKEZİ :

Koordinatör (isim – imza) :

Koordinatör Cep Tel. No:

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>ON.FR.01</i>	<i>30.05.2022</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>6 / 7</i>

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ULUSAL ORGAN VE DOKU NAKLİ KOORDİNASYON SİSTEMİ

AİLE İZİN FORMU

Organ nakli ve bağıışı hakkında tümüyle aydınlatıldım. Hiçbir baskı ve etki altında kalmadan/...../20... doğumlu TC Kimlik Numaralı aşağıda adı geçen organ ve dokularının nakil için kullanılmasına izin veriyorum.

Kalp	Evet/Hayır	Kornea	Evet/Hayır
Karaciğer	Evet/Hayır	Kemik	Evet/Hayır
Böbrek	Evet/Hayır	Kas Dokusu	Evet/Hayır
Pankreas	Evet/Hayır	Kıkırdak	Evet/Hayır
Akciğer	Evet/Hayır	Deri	Evet/Hayır
		Tendon	Evet/Hayır

İnce Barsak	Evet/Hayır	Diğer:
Yüz ve Saçlı Deri	Evet/Hayır	
Ekstremiteler(kol,bacak)	Evet/Hayır	
Üst Solunum	Evet/Hayır	
Üst Sindirim	Evet/Hayır	
Uterus	Evet/Hayır	

Koordinatör:

TC Numarası:

Tarih:

İmza:

Yakınının:

TC Numarası:

Tarih:

İmza:

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>ON.FR.01</i>	<i>30.05.2022</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>7 / 7</i>