

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**ULUSAL ORGAN VE DOKU NAKLİ KOORDİNASYON SİSTEMİ**  
**KADAVRA DONÖR DEĞERLENDİRME FORMU**

<b>Tarih:</b>	<b>Saat:</b>		
<b>Verici Hastanesi adı/Şehir:</b> <b>Yoğun Bakım Doktorunun Adı Soyadı / Tel:</b>			
<b>Koordinatör Ad-Soyadı /Tel :</b>			
<b>DEĞERLENDİRİLMESİ İÇİN TEKLİF EDİLEN ORGAN</b>			
Böbrek: Sağ <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/>	Karaciğer: Tamamı <input type="checkbox"/> Split <input type="checkbox"/> Lob <input type="checkbox"/>	Akciğer: <input type="checkbox"/>	
Kalp : <input type="checkbox"/>	Pankreas: <input type="checkbox"/> Kornea: <input type="checkbox"/>	İnce Bağırsak: <input type="checkbox"/>	Diğer Dokular: <input type="checkbox"/>
<b>VERİCİ BİLGİLERİ</b>			
Ad/Soyadı:	Cinsiyet: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Yaş:...	
Hastaneye geliş nedeni/Tarihi:			
Entübasyon tarihi:			
Ölüm nedeni:			
Ölüm tarih ve saati: Göğüs Çevresi (erkeklerde meme üzerinden, kadınlarda meme altından):			
Boy: ..... cm    Ağırlık: .....kg			
<b>Kan grubu:</b>	<b>Rh:( )</b>		
<b>ANAMNEZ</b>			
<b>Özgeçmiş: Geçirilen Hastalıklar:</b>			
<b>Geçirilen Ameliyatlar:</b>			
<b>Meslek: Mesleki akciğer hastalıkları yönünden önemli, diğer organlar için böyle bir risk yok.</b>			
<b>Yaşam Tarzı :</b>			
<b>Damar İçi Bağımlılık Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Alkol ya da Madde Bağımlılığı Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Çok Eşlilik Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></b>			
<b>Sürekli kullandığı ilaçlar:</b>			
<b>Hipertansiyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></b>	<b>Ne kadar süredir:</b>	<b>Tedavi:</b>	
<b>Diabetes Mellitus: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></b>	<b>DM tipi:</b>		
<b>Kanser öyküsü: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></b>	<b>Açıklama:</b>		
<b>Diğer patolojiler:</b>			
<b>Geçirilmiş Cerrahi:</b>			
<b>KLİNİK BİLGİLER</b>			
Yoğun Bakıma kabul tarih/saati:			
Ventilatöre bağlanma tarih/saati:			
Yoğun bakım /ventile yatış gün sayısı:			

Ekokardiyografi % EF:	EKG:
Abdominal USG:	
Abdominal BT: (Gereğinde)	
Torax BT : (Kalp Akciğer bağıışı olması durumunda rutin, kalp Akciğer bağıışı yoksa Gereğinde)	
Direkt akciğer grafisi:	
Kan gazı: (MV ayarları; PEEP:5, FiO2: %100, tidal volüm 6 ml/kg olacak şekilde 10 dk havalandırıldıktan sonra alınan kan gazı):	
Kullanılan ilaçlar (antibiyotik, diüretik, anti-diüretik) doz ve uygulanma süresi:	
Kan kültürü:	Tarih:
İdrar kültürü:	Tarih:
Trakeal aspirasyon kültürü:	Tarih:
Diğer:	Tarih:
Enfeksiyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Akciğer <input type="checkbox"/> Aspirasyon <input type="checkbox"/> Üriner Enfeksiyon <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Diğer:	
Kan basıncı: ...../..... mmHg Nabız: ..... /dk CVP:	
Ateş: ..... °C	
Hipotansiyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Süresi:	
Hipertansiyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Süresi:	
Kardiyak Arrest: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Tarih:	
Saat: Süresi: Resüstasyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Süresi:	
Respiratuvar Arrest: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Tarih:	
Saat: Süresi: Resüstasyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Süresi:	
İnotrop Tedavisi (Doz, ünite ve süreyi belirtiniz):	
Son saatlik idrar: ..... ml Son 24 saatlik idrar: ..... ml Son ..... saatte .....ml idrar çıkışı vardır	

### LABORATUVAR TESTLERİ

TEST ADI	YB GİRİŞ SONUCU	SON YAPILAN TEST (TARİH)
Hb/Hct		
Lökosit		
Trombosit		
Na /K		
Üre/ Kreatin		
SGOT/SGPT		
GGT/LDH		
T.Bil./D.Bil		
T. protein /Alb		
PT/PTT		
INR		
CRP		
Prokalsitonin		

HBsAg : AntiHBs: Anti Hbc: IgM : Anti HBc Total veya IgG : Anti HCV:

Anti HIV: Anti CMG IgG:

Riskli Hastalar İçin : HIV RNA: HBV DNA : HCV RNA:

## COVID 19 RİSKİNE İLİŞKİN BULGULAR

Temas Öyküsü:

Seyahat Öyküsü:

Geçirilmiş Covid 19 Enfeksiyonu: Var  Yok

Var ise :

Tedavi şekli/Tarihi:

Covid 19 PCR Test Sonucu ( Trechea Alımlı ) / Tarihi:

Akciğer Grafisi /Tarihi:

Toraks BT / Tarihi: (Gereğinde)

Radyoloji Konsültasyonu/ Tarih:

Enfeksiyon Hastalıkları Konsültasyonu/Tarih:

Göğüs Hastalıkları Konsültasyonu/Tarih:

**Yoğun Bakım Hekimi:**

İmza/Kaşe

**Organ Nakli Koordinatörü**

İmza