



F-001

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
DOKU TIPLENDİRME (HLA) LABORATUVARI

Yayın Tarihi:01.01.2011

Rev. Tarihi:05.03.2013



Sayfa 1 / 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

HASTA BİLGİLERİ :	
Adı Soyadı:.....	TC Kimlik No :..... Medeni Hali:
Doğum Tarihi :...../...../.....	Cinsiyeti:..... Kan Grubu:.....
Adresi:.....	
Cep Tel: Gerekğinde ulaşılacak bir yakınınızın Tel No.....	

DONÖR BİLGİLERİ :	
Adı Soyadı:.....	TC Kimlik No :..... Kan Grubu:.....
Doğum Tarihi :...../...../.....	Medeni Hali: Telefon No:.....
Hasta ile yakınlık derecesi: <input type="checkbox"/> Kardeş <input type="checkbox"/> Anne/Baba <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz)	
Kardeş ise : <input type="checkbox"/> Öz <input type="checkbox"/> Üvey (<input type="checkbox"/> Anne aynı <input type="checkbox"/> Baba aynı)	
Vericinin anne-babası arasında akrabalık var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Alıcının anne-babası arasında akrabalık var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Geçirilmiş veya geçirilmekte olan hastalık var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Kalıtsal hastalık (Akdeniz Anemisi, Hemofili, vb...) var mı?.....	
Adresi:.....	
DONÖR BİLGİLERİ DOLDURULURKEN HASTA BİLGİLERİNİN DE DOLDURULMASI ZORUNLUDUR.	

	EVET	HAYIR
HLA sonuçlarının kemik iliği bankalarında veri olarak işlenmesini ve gönüllü kemik iliği vericisi olmayı kabul ediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HLA Doku Grubu testlerimin çalışılmasına kendi rızamla onay veriyorum.

İmza:

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