**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**

**ULUSAL ORGAN VE DOKU NAKLİ KOORDİNASYON SİSTEMİ**

**KADAVRA DONÖR DEĞERLENDİRME FORMU**

|  |
| --- |
| **Tarih: Saat:** |
| **Verici Hastanesi adı/Şehir:****Yoğun Bakım Doktorunun Adı Soyası / Tel:**  |
| **Koordinatör Ad-Soyadı /Tel :** |
| **DEĞERLENDİRİLMESİ İÇİN TEKLİF EDİLEN ORGAN** |
| Böbrek: Sağ Sol Karaciğer: Tamamı Split Lob Akciğer: Kalp : Pankreas: Kornea: İnce Bağırsak: Diğer Dokular:  |
| **VERİCİ BİLGİLERİ** |
| Ad/Soyadı: Cinsiyet: E K 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**Kan grubu: Rh:( )** |
| **ANAMNEZ** |
|  **Özgeçmiş: Geçirilen Hastalıklar:**  **Geçirilen Ameliyatlar:** **Meslek: Mesleki akciğer hastalıkları yönünden önemli, diğer organlar için böyle bir risk yok.** |
| **Yaşam Tarzı :****Damar İçi Bağımlılık Var Yok Alkol ya da Madde Bağımlılığı Var Yok Çok Eşlilik Var Yok**  |
| **Sürekli kullandığı ilaçlar:** |
| **Hipertansiyon: Var Yok Ne kadar süredir: Tedavi:**  |
| **Diabetes Mellitus: Var Yok DM tipi:** **Kanser öyküsü: Var Yok Açıklama:**  |
| **Diğer patolojiler:****Geçirilmiş Cerrahi:** |
| **KLİNİK BİLGİLER** |
| 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 bağışı olması durumunda rutin, kalp Akciğer bağışı 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 Yok Akciğer Aspirasyon Üriner Enfeksiyon Sepsis Diğer:  |
| Kan basıncı: ......../........ mmHg Nabız: ........ /dk CVP: Ateş: .......... °C  |
| Hipotansiyon: Var Yok Süresi: Hipertansiyon: Var Yok Süresi: |
| Kardiyak Arrest: Var Yok Tarih: Saat: Süresi: Resüstasyon: Var Yok Süresi: |
| Respiratuvar Arrest: Var Yok Tarih: Saat: Süresi: Resüstasyon: Var Yok 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:**  |

 |
| **COVİD 19 RİSKİNE İLİŞKİN BULGULAR** |
| Temas Öyküsü:Seyahat Öyküsü:Geçirilmiş Covid 19 Enfeksiyonu: Var YokVar 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: Organ Nakli Koordinatörü**

 İmza/Kaşe İmza