

5.1 EK-1 : COVID-19 İMMÜN PLAZMA BAĞIŞÇI EK SORGULAMA FORMU

<p>1. COVID-19 enfeksiyonu tanısı aldığınızı gösteren laboratuvar test sonucunuz var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR</p> <p>Test sonucunuz yanınızda mı?</p> <p><input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR</p>
<p>2. COVID-19 enfeksiyonu tanısı alıp hastanede tedavi gördü iseniz;</p> <p>Klinik belirtilerinizin (Öksürük, Ateş, Nefes Darlığı vb.) düzelmesinin üzerinden kaç gün geçti?</p> <p><input type="checkbox"/> 14 günden az <input type="checkbox"/> 14 günden fazla</p> <p>Hastaneden çıkarken yapılan Negatif test sonucunuz var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR</p> <p>Test sonucu yanınızda mı?</p> <p><input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR</p>
<p>3. COVID-19 enfeksiyonu tanısı almış, fakat hastanede yatarak tedavi almadı iseniz veya tedavinizi evde tamamladı iseniz;</p> <p>Klinik belirtilerinizin (Öksürük, Ateş, Nefes Darlığı vb.) düzelmesinin üzerinden 28 gün geçti mi?</p> <p><input type="checkbox"/> 28 günden az <input type="checkbox"/> 28 günden fazla</p> <p>Son 72 saat içerisinde nazofarenks sürüntü örneğinden çalışılmış olan negatif test sonucunuz var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR</p> <p>Test sonucunuz yanınızda mı?</p> <p><input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR</p>
<p>4. Kadın bağışçılar için;</p> <p>Hiç gebelik, Düşük, Kürtaj öykünüz var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR</p>
<p>Bağışçı Adayının Bilgileri</p> <p>T.C. Kimlik Numaranız :</p> <p>Adınız Soyadınız :</p> <p>İMZA : TARİH : / /20</p>

NOT: T.C. Kimlik No, Adı, Soyadı, Tarih ve İmza kısmı Bağışçı tarafından kendi el yazısıyla doldurulacaktır.

Bu form **Kan Bağışçısı Sorgulama Formuna ek olarak doldurulacaktır.**