



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KÖK HÜCRE KOORDİNASYON MERKEZİ
ULUSAL KEMİK İLİĞİ BANKASITÜRKÖK
KÖK
HÜCRE

DURUM BİLDİRİR RAPOR VE TARAMA İPTAL FORMU

Doküman No : TÜRKÖK KOR 70
Yayın Tarihi : 04.10.2016Revizyon No : 02
Revizyon Tarihi : 04.03.2020

Sayfa : 1 / 1

HASTA BİLGİLERİ

TC Kimlik Numarası/ TC Vatandaşı değil ise; Uyuşu Pasaport No:	TÜRKÖK Hasta Numarası:
Hasta Adı:	Hasta Soyadı:
Hematopoetik Kök Hücre Nakil Merkezi Adı:	

DONÖR BİLGİLERİ

TÜRKÖK Donör Numarası:	GRID Numarası:
------------------------	----------------

TESLİMAT BİLGİLERİ

Hücresele Ürün Teslim Tarihi / Saati: (GG-AA-YYYY) / (SS:DD)	Tıbbi Kurye Adı Soyadı:	Teslim Alan Personel Adı Soyadı:
Teslimat sırasında herhangi bir olumsuz olay yaşandı mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet		
Evet is açıklayınız		

HÜCRESEL ÜRÜN KALİTE KONTROL BİLGİLERİ

Hücresele ürün kalite kontrol testleri tekrarlandımı mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
	1.Torba	2.Torba	3.Torba	Toplam
Toplam NC x 10 ⁸				
Toplam NC (*Hasta kilosu) x 10 ⁸ / kg*				
CD34 ⁺ µL				
CD34 ⁺ %				
CD34 ⁺ (*Hasta kilosu) x 10 ⁶ / kg*				
T Lenfosit (CD3 ⁺) %				
B Lenfosit (CD19 ⁺) %				
Hücresele Ürün Canlılık Testi (Viyabilite) %				

CD34+ HÜCRE SAYIM METODU:

- ISHAGE/CPC Single Platform Protocol ProCount/True Count (BD Biosciences)
 ISHAGE Dual Platform Protocol Milan/Mulhouse/Nordic Prot. (incl. Stem_kit, Beckman-Coulter)

NAKİL BİLGİLERİ

Nakil Türü ALLOJENİK AKRABA DIŞI	Hücresele Ürün Kaynağı	İnfüzyon Tarihi / Saati: (GG-AA-YYYY) / (SS:DD)
Hücresele ürünün tamamı tek seferde mi infüze edildi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		Hayır İse Saklama Oranı:
Hücresele ürünün bir kısmı daha sonra infüze edilmek üzere saklandı mı ? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		Saklama Oranı:
İnfüzyon sırasında herhangi bir komplikasyon gelişti mi ? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet		
Evet is açıklayınız		

LÜTFEN,
BU HASTANIN TARAMASINI VE BEKLEMEDE OLAN,
REZERVE TUM VERİCİLERİ İPTAL EDİNİZ.

HKHNM Sorumlu Hekimi Adı Soyadı:	Tarih: (GG-AA-YYYY)	Kaşe - İmza
----------------------------------	---------------------	-------------