



GENKORD KORDON KANI BANKASI TIBBİ GEÇMİŞ FORMU

Annenin adı soyadı: _____
Beklenen doğum tarihi _____
Doğumun yapıldığı hastane _____

Gebelik Öyküsü

Gebelik sayısı: _____ Canlı doğum sayısı: _____
Abortus sayısı: _____ Küretaj sayısı: _____
Daha önce normal prenatal test nedeniyle gebelik sonlandırıldı mı? Evet Hayır
Prenatal test pozitif ise, test sonucu: _____
Gebelik takibi yapıldı mı? Evet Hayır
Evet ise gebelik takibini kim yaptı? Jinekolog Ebe
Tanısı koyulmuş enfeksiyon oldu mu? Evet Hayır
Gestasyonel (GDM) diyabet var mı? Evet Hayır
GDM varsa ne zaman tanındı? Şimdiki gebelik Önceki gebelik Tedavi _____
Ultrasonografik inceleme yapıldı mı? Evet Hayır
Fetal tanısal test yapıldı mı? Hayır Amniyosentez Koryon Villus Biyopsisi
Tanısal test yapıldı ise nedeni _____
Gebelik sırasında vitaminler dışında kullanılan ilaçlar _____

Yorum _____

Çocuk hekiminin adı _____ Telefonu _____

Annenin Tıbbi Geçmişi

Aşağıdaki sorulara cevabınız evet ise kutuyu işaretleyerek gerçekleştiği zamanı belirtiniz

- Daha önce farklı bir isimle kordon kani saklattınız mı? Ne zaman _____ Evet Hayır
- Daha önce kan vericisi olmanız reddedildi mi? Evet Hayır
- Daha önce kanser, kan hastalığı veya kanama hastalığı geçirdiniz mi? Evet Hayır
- Daha önce hepatit veya başka bir karaciğer hastalığı geçirdiniz mi? Evet Hayır
- Son 3 yıl içerisinde sıtma hastalığı geçirdiniz mi? Evet Hayır
- Daha önce sedef hastalığı için ilaç kullandınız mı? Evet Hayır
- Son 4 hafta içinde vitamin dışında ilaç kullandınız mı? Evet Hayır
- Son 3 yıl içerisinde yurtdışına çıktınız mı? Evet Hayır
- Daha önce hipofizer kaynaklı büyüme hormonu kullandınız mı? Evet Hayır
- Kan bağı olan akrabalarınızdan birisinde Creutzfeld-Jacob hastalığı saptandı mı ya da ailenizin bu hastalık için risk altında olduğu söylendi mi? Evet Hayır
- Son 12 ayda önemli bir hastalık ya da ameliyat geçirdiniz mi? Evet Hayır
- Son 12 ayda aşı oldunuz mu? Evet Hayır
- Son 12 ayda hepatit ya da başka bir karaciğer hastalığı geçiren ya da Hepat imünglobulin yapılan bir kişiyle temasınız oldu mu? Evet Hayır
- Son 12 ayda size kan veya organ nakli yapıldı mı? Evet Hayır
- Son 12 ayda dövme, piercing, akupunktur veya iğne yapıldı mı? Evet Hayır
- Son 12 ayda başka bir kişinin kanı ile temasınız oldu mu? Evet Hayır
- Son 12 ayda pozitif çıkan bir sifiliz testi yapıldı mı? Evet Hayır
- Son 12 ayda cinsel yolla geçen bir hastalık geçirdiniz mi (belsoğukluğu, klamidy, genital uçuk veya siğil gibi) Evet Hayır
- Son 12 ayda reçete edilmemiş bir ilacı iğne olmak yoluyla kullanan bir kişiyle hiç cinsel temasınız oldu mu? Evet Hayır
- Son 12 ay içinde hemofili vb. bir kanama hastalığı nedeniyle pıhtılaşmayı sağlayan kan ürünü kullanan bir kişiyle hiç cinsel temasınız oldu mu? Evet Hayır
- Son 12 ayda AIDS hastası ya da AIDS virusu taşıyan bir kişiyle cinsel temasınız oldu mu?

Doküman Kodu	Yürürlülük Tarihi	Form Onay Sırası	Unvan	Onay
PS.08.P.01.T.02.F.01	01.06.2015	Hazırlayan	Kalite Yönetim Sorumlusu	
Revizyon Numarası	Revizyon Tarihi	Kontrol Eden	Merkez Sorumlusu(M.M./T.D.)	
01	18.10.2018	Onaylayan	Yönetim Kurulu Başkanı	



GENKORD KORDON KANI BANKASI TIBBİ GEÇMİŞ FORMU

- Evet Hayır
22. Daha önce doktor tarafından verilmeyen ve iğne olmak yoluyla uygulanan bir ilaç kullandınız mı? Evet Hayır
23. Daha önce bir kanama hastalığı dolayısıyla pıhtılaşmayı sağlayan kan ürünü kullandınız mı? Evet Hayır
24. AIDS hastası mısınız ya da HIV veya HTLV virüsü taşıyor musunuz? Evet Hayır
25. AIDS virüsü taşıyorsanız AIDS virüsü için yapılan testler negatif çıksa bile virüsü başkalarına bulaştırabileceğinizi anladınız mı? Evet Hayır
26. Daha önce herhangi bir Afrika ülkesine seyahat ettiniz mi? Evet Hayır
27. Daha önce size kan veya herhangi bir kan ürünü nakli yapıldı mı? Evet Hayır
28. Daha önce Afrikada doğmuş ya da bir süre yaşamış bir kişiyle cinsel temasınız oldu mu? Evet Hayır
29. 1980-1996 yılları arasında devamlı olarak 6 ay süreyle İngiltere'de yaşadınız mı? Evet Hayır
30. 1980'den sonra Fransa, İrlanda veya Portekiz'de 10 yıl süreyle bulundunuz mu? Evet Hayır

Aile Öyküsü

Bebeğin kardeşleri (canlı doğmuş) No(erkek) _____ No(kız) _____
Bebeğin annesinin kardeşleri (canlı doğmuş) No(erkek) _____ No(kız) _____
Bebeğin babasının kardeşleri (canlı doğmuş) No(erkek) _____ No(kız) _____
Anne ve baba arasında evlilik dışında bir akrabalık bağı var mı? Evet Hayır
Evet ise, akrabalık derecesi nedir? _____

Bebeğin annesinin ailesinde veya babanın ailesinde 10 yaşından önce ölen kimse var mı?
 Evet Hayır, Evet ise ölen kişinin akrabalık derecesi ve ölüm nedeni nedir? _____

Bebeğin annesi ya da babası evlat edinilmiş midir? Evet Hayır.
Evet ise kim? _____

Aileden bir kişi veya bebeğin anne ve/veya babası ailesel geçişli bir genetik hastalığa sahip midir? Evet Hayır
Evet ise, 1. bebek ile hastalıklı aile bireyi arasındaki akrabalık ilişkisi _____
2.tanı koyulduğu andaki yaşı _____

İlgili Hastalıklar

Kanser/Lösemi

Evet Hayır, Evet ise kim hasta ve hastalığı _____

Alyuvar hastalıkları (orak hücreli anemi, talasemi, Fanconi anemisi, G6PD, sferositoz, eliptositoz, porfiri, Diamond-Blackfan sendromu vb...)

Evet Hayır, Evet ise kim hasta ve hastalığı _____

Sürekli kan nakli gerekmiş mi? _____
Kendisine hemolitik anemi olduğu söylenmiş mi? _____
Kan hastalığının tedavisi için dalağı alınmış mı? _____
30 yaşından önce safra kesesi alınmış mı? _____

Akyuvar hastalıkları (SCID, kronik granulomatöz hastalık, lökodistrofi, hipoglobulinemi, Wiskott-Aldrich sendromu, Nezelhof sendromu, ADA veya PNP eksikliği, DiGeorge sendromu, vb...)

Evet Hayır, Evet ise kim hasta ve hastalığı _____

Doküman Kodu	Yürürlülük Tarihi	Form Onay Sırası	Unvan	Onay
PS.08.P.01.T.02.F.01	01.06.2015	Hazırlayan	Kalite Yönetim Sorumlusu	
Revizyon Numarası	Revizyon Tarihi	Kontrol Eden	Merkez Sorumlusu(M.M./T.D.)	
01	18.10.2018	Onaylayan	Yönetim Kurulu Başkanı	



GENKORD KORDON KANI BANKASI TIBBİ GEÇMİŞ FORMU

Trombosit hastalıkları (Glanzman hastalığı, herediter trombositopeni, herediter telenjiectazi, Alport hastalığı, Trombosit depolanma hastalığı, Bernard-Soulier sendromu vb...)

Evet Hayır Evet ise kim hasta ve hastalığı

Metabolik Depo Hastalıkları (Tay-Sachs, Ataxia-Telenjiectazi, Gaucher hastalığı, Hurler hastalığı, Hunter hastalığı, San Filippo hastalığı, Lökodistrofi vb...)

Evet Hayır Evet ise kim hasta ve hastalığı

Bağışıklık Sistemi Hastalıkları (AIDS, Romatoid artrit, Lupus vb...)

Evet Hayır Evet ise kim hasta ve hastalığı

Nörolojik Hastalıklar (Creutzfeld-Jacob hastalığı vb...)

Evet Hayır Evet ise kim hasta ve hastalığı

Aile içinde sık rastlanan diğer hastalıklar

Evet Hayır Evet ise kim hasta ve hastalığı

ANNE İMZA

HEKİM ONAYI

Doküman Kodu	Yürürlük Tarihi	Form Onay Sırası	Unvan	Onay
PS.08.P.01.T.02.F.01	01.06.2015	Hazırlayan	Kalite Yönetim Sorumlusu	
Revizyon Numarası	Revizyon Tarihi	Kontrol Eden	Merkez Sorumlusu(M.M./T.D.)	
01	18.10.2018	Onaylayan	Yönetim Kurulu Başkanı	