



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KÖK HÜCRE KOORDİNASYON MERKEZİ
ULUSAL KEMİK İLİĞİ BANKASITÜRKÖK
KÖK
HÜCRE

HÜCRESEL ÜRÜN İSTEM FORMU

Doküman No : TÜRKÖK KOR 10	Revizyon No : 01	Sayfa : 1 / 1
Yayın Tarihi : 04.01.2016	Revizyon Tarihi : 13.11.2019	

HASTA BİLGİLERİ

TC Kimlik Numarası/ TC Vatandaşı değil ise; Uyuşu Pasaport No:		TÜRKÖK Hasta Numarası:	
Hasta Adı:		Hasta Soyadı:	
Tanı:			
Doğum Tarihi: (GG-AA-YYYY)	Cinsiyet:	Kilo:(Kg)	CMV Seroloji:
		Kan Grubu:	

DONÖR BİLGİLERİ

TÜRKÖK Donör Numarası:				
Doğum Tarihi: (GG-AA-YYYY)	Cinsiyet:	Kilo:(Kg)	CMV Seroloji:	Kan Grubu:

KEMİK İLİĞİ NAKİL MERKEZİ BİLGİLERİ

Hematopoetik Kök Hücre Nakil Merkezi Adı:	
Sorumlu Hekim:	
Adres:	
Posta Kodu:	
İlçe:	İl:
Telefon:	Faks:
E-posta:	

SOSYAL GÜVENCE BİLGİLERİ

<input type="checkbox"/> SGK	GSS Takip Numarası/ Provizyon (Kurumunuza başvuru aşamasında alınan takip numarasını kaydediniz.)	
<input type="checkbox"/> Ücretli(Geçici Koruma)	<input type="checkbox"/> Ücretli(İkili ilişkiler)	<input type="checkbox"/> Ücretli(M.S.B.)
<input type="checkbox"/> Ücretli(Özel Sigorta Şirketi)	<input type="checkbox"/> Ücretli(T.C.Vatandaşı)	<input type="checkbox"/> Ücretli(K.K.T.C.)
<input type="checkbox"/> Ücretli(Sağlık Turizmi)		
Diğer, Açıklayınız :		

TALEP EDİLEN HÜCRESEL ÜRÜN BİLGİLERİ

<input type="checkbox"/> Sadece Kemik İliği	<input type="checkbox"/> 1.seçenek Kemik İliği, 2.seçenek Periferik Kök Hücre
<input type="checkbox"/> Sadece Periferik Kök Hücre	<input type="checkbox"/> 1.seçenek Periferik Kök Hücre, 2.seçenek Kemik İliği

TERCİH EDİLEN TARİHLER (Tercihinizi ilk toplama gününe göre listeleyin)

Toplama Tarihi:(GG-AA-YYYY)	İnfüzyon Tarihi:(GG-AA-YYYY)	Hazırlık Rejimi:
1		<input type="checkbox"/> Standart <input type="checkbox"/> Azaltılmış
2		Not:
3		

Donör uygunluk değerlendirmesini toplama tarihinden kaç gün önce istiyorsunuz

Hastaya planlanan hazırlık rejimi başlama tarihi: (GG-AA-YYYY)

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

TÜRKÖK - Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi

TR TRKK - Turkish Stem Cell Coordination Center

Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Blv. 6001.Cad. No:9 (5.Kat) Bilkent-Çankaya/ ANKARA

TÜRKÖK T.C.Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Kemik İliği Bankasıdır.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KÖK HÜCRE KOORDİNASYON MERKEZİ
ULUSAL KEMİK İLİĞİ BANKASITÜRKÖK
KÖK
HÜCRE

HÜCRESEL ÜRÜN TALEP EDİLEN HASTA VE DONÖR BİLGİLERİ

Doküman No : TÜRKÖK KOR 20	Revizyon No :	Sayfa : 1 / 1
Yayın Tarihi : 13.11.2019	Revizyon Tarihi :	

HASTA BİLGİLERİ

TC Kimlik Numarası/ TC Vatandaşı değil ise; Uyuşu Pasaport No:			TÜRKÖK Hasta Numarası:		
Hasta Adı:			Hasta Soyadı:		
Doğum Tarihi: (GG-AA-YYYY)	Cinsiyet:	Kilo:(Kg)	CMV Seroloji:	Kan Grubu:	
DNA Tipi <input type="checkbox"/> Laboratuvar raporu ekli (Ekli değil ise; Lütfen aşağıya HLA tipini doldurunuz.)					
HLA - A	HLA - B	HLA - C	HLA - DRB1	HLA - DQB1	HLA - DPB1

HASTANIN KLİNİK DURUM BİLGİSİ

Tanı:
Hastalığın son durumu:
Lösemiler için remisyon sayısı :
Work-Up Talep Tipi <input type="checkbox"/> Standart <input type="checkbox"/> Acil
Acil İstek Nedeni:

NAKİL GEÇMİŞİ BİLGİSİ

Bu hasta daha önce kök hücre nakli oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
Eğer cevabınız "Evet" ise kök hücre kaynağını ve tekrar nakil nedenini belirtiniz:	<input type="checkbox"/> Otolog	<input type="checkbox"/> Akraba İçi	<input type="checkbox"/> Akraba Dışı	<input type="checkbox"/> Kordon Kanı
Tekrar nakil nedenini açıklayınız:				

HÜCRESEL ÜRÜN TİPİ TERCİH NEDENİ

--

DONÖR BİLGİLERİ

TÜRKÖK Donör Numarası:					
Doğum Tarihi: (GG-AA-YYYY)	Cinsiyet:	Kilo:(Kg)	CMV Seroloji:	Kan Grubu:	
DNA Tipi <input type="checkbox"/> Laboratuvar raporu ekli (Ekli değil ise; Lütfen aşağıya HLA tipini doldurunuz.)					
HLA - A	HLA - B	HLA - C	HLA - DRB1	HLA - DQB1	HLA - DPB1
HKHNM Sorumlu Hekimi Adı Soyadı			Tarih: (GG-AA-YYYY)		Kaşe - İmza



Doküman No : TÜRKÖK KOR 30	Revizyon No : 01	Sayfa : 1 / 1
Yayın Tarihi : 04.01.2016	Revizyon Tarihi : 13.11.2019	

HASTA BİLGİLERİ

TC Kimlik Numarası/ TC Vatandaşı değil ise; Uyuşu Pasaport No:	TÜRKÖK Hasta Numarası:
Hasta Adı:	Hasta Soyadı:

DONÖR BİLGİLERİ

TÜRKÖK Donör Numarası:

TOPLAMA ÖNCESİ KAN NUMUNELERİ (en fazla 50 mL)^{*1}

Toplama öncesi örnekleri gerekli mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
EDTA: (mL)	HEPARİN: (mL)	ACD: (mL)	ANTİKOAGÜLANSIZ: (mL)

DİĞER, Lütfen açıklayınız:

TESLİMAT BİLGİLERİ	Kurum:	
	Dikkatine:	
	Adres:	
	Posta Kodu:	
	İlçe:	İl:
	Telefon:	Faks:
	E-posta:	

İSTENİLEN PERİFERİK HEMATOPOETİK KÖK HÜCRE MİKTARI

Kilo başına gerekli CD34 hücre miktarı/ kg	$\times 10^6$ /kg
x Hastanın kilosu (kg)	Kg
= Toplam istenen CD34 pozitif hücre	$\times 10^6$

5 x 10⁶ /kg'dan fazla isteme sebebi

Plazma İstiyormusunuz ?	Cevabınız "Evet" ise miktarı
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	mL

Periferik Hematopoetik Kök Hücre Transport Koşulunu açıklayınız:

<input type="checkbox"/> Oda sıcaklığı (+18°C/+24°C)	<input type="checkbox"/> Soğutulmuş (+4°C/+10°C)
------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

TOPLAMA GÜNÜ İSTENEN PERİFERİK KAN NUMUNELERİ (en fazla 50 mL)^{*2}

EDTA: (mL)	HEPARİN: (mL)	ACD: (mL)	ANTİKOAGÜLANSIZ: (mL)
ÜRÜN NUMUNESİ: (mL)	ÜRÜN NUMUNESİ TÜP TİPİ:	DİĞER, Lütfen açıklayınız:	

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

1 Talep edilen kan numuneleri sadece donör sağlık değerlendirme günü alınıp gönderilecektir.**2 Talep edilen kan numuneleri ürünle birlikte gönderilecektir.**

ÖZEL NOT: Bu donörden toplanan hücresel ürün, terapötik amaçlı kullanılmak üzere yalnızca yukarıda belirtilen hastaya hazırlanmıştır. Fazla (arta kalan) hücreler bu hastanın gelecekteki infüzyonu(tedavisi) için saklanabilir. Daha sonra kullanmak üzere saklama ve sonrasında kullanımın tüm sorumluluğu merkeze aittir. Bu hücrelerin başka bir amaçla kullanımı yasaktır. Yukarıda belirtilen hasta için hazırlanan hücresel ürün kullanılmayacaksa usule uygun şekilde imha edilmelidir. TÜRKÖK, bu hücresel ürünün tüm kısımlarının kullanımı ve/veya imha edilmesi ile ilgili hususlarda detaylı olarak bilgilendirilmiştir. Transplant doktoru bu hücreleri kabul ederek bu şartları da kabul etmektedir. Bu şartlardan herhangi bir sapma olması halinde TÜRKÖK'e onay için, yazılı olarak bildirilmelidir.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KÖK HÜCRE KOORDİNASYON MERKEZİ
ULUSAL KEMİK İLİĞİ BANKASITÜRKÖK
KÖK
HÜCRE

KEMİK İLİĞİ TOPLANMASI İSTEM FORMU

Doküman No : TÜRKÖK KOR 40	Revizyon No : 01	Sayfa : 1 / 1
Yayın Tarihi : 04.01.2016	Revizyon Tarihi : 13.11.2019	

HASTA BİLGİLERİ

TC Kimlik Numarası/ TC Vatandaşı değil ise; Uyuşu Pasaport No:	TÜRKÖK Hasta Numarası:
Hasta Adı:	Hasta Soyadı:

DONÖR BİLGİLERİ

TÜRKÖK Donör Numarası:

TOPLAMA ÖNCESİ KAN NUMUNELERİ (en fazla 50 mL)^{*1}

Toplama öncesi örnekleri gerekli mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
EDTA: (mL)	HEPARİN: (mL)	ACD: (mL)	ANTİKOAGÜLANSIZ: (mL)

DİĞER, Lütfen açıklayınız:

TESLİMAT BİLGİLERİ	Kurum:	
	Dikkatine:	
	Adres:	
	Posta Kodu:	
	İlçe:	İl:
	Telefon:	Faks:
	E-posta:	

İSTENİLEN KEMİK İLİĞİ MİKTARI

Kilo başına gerekli hücre/ kg	$\times 10^8$ /kg
x Hastanın kilosu (kg)	Kg
= Toplam çekirdekli hücre	$\times 10^8$

Kemik İliği Transport Koşulunu açıklayınız:

<input type="checkbox"/> Oda sıcaklığı (+18°C/+24°C)	<input type="checkbox"/> Soğutulmuş (+4°C/+10°C)
------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

TOPLAMA GÜNÜ İSTENEN PERİFERİK KAN NUMUNELERİ^{*2}

EDTA: (mL)	HEPARİN: (mL)	ACD: (mL)	ANTİKOAGÜLANSIZ: (mL)
ÜRÜN NUMUNESİ: (mL)	ÜRÜN NUMUNESİ TÜP TİPİ:	DİĞER, Lütfen açıklayınız:	
EK, Yorumlar			

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

*1 Talep edilen kan numuneleri sadece donör sağlık değerlendirme günü alınıp gönderilecektir.

*2 Talep edilen kan numuneleri ürünle birlikte gönderilecektir.

ÖZEL NOT: Bu donörden toplanan hücresel ürün, terapötik amaçlı kullanılmak üzere yalnızca yukarıda belirtilen hastaya hazırlanmıştır. Fazla (arta kalan) hücreler bu hastanın gelecekteki infüzyonu(tedavisi) için saklanabilir. Daha sonra kullanmak üzere saklama ve sonrasındaki kullanımın tüm sorumluluğu merkeze aittir. Bu hücrelerin başka bir amaçla kullanımı yasaktır. Yukarıda belirtilen hasta için hazırlanan hücresel ürün kullanılmayacaksa usule uygun şekilde imha edilmelidir. TÜRKÖK, bu hücresel ürünün tüm kısımlarının kullanımı ve/veya imha edilmesi ile ilgili hususlarda detaylı olarak bilgilendirilmiştir. Transplant doktoru bu hücreleri kabul ederek bu şartları da kabul etmektedir. Bu şartlardan herhangi bir sapma olması halinde TÜRKÖK'e onay için, yazılı olarak bildirilmelidir.

TÜRKÖK - Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi

TR TRKK - Turkish Stem Cell Coordination Center

Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Blv. 6001.Cad. No:9 (5.Kat) Bilkent-Çankaya/ ANKARA

TÜRKÖK T.C.Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Kemik İliği Bankasıdır.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KÖK HÜCRE KOORDİNASYON MERKEZİ
ULUSAL KEMİK İLİĞİ BANKASITÜRKÖK
KÖK
HÜCRE

KAN NUMUNESİ TALEP/ GÖNDERİM VE TESLİMAT FORMU

Doküman No : TÜRKÖK KOR 90	Revizyon No : 03	Sayfa : 1 / 1
Yayın Tarihi : 24.02.2017	Revizyon Tarihi : 13.11.2019	

1 - 6. adımları tamamladıktan sonra, bu formu gönderiye ekleyiniz.

1 HASTA/ DONÖR BİLGİLERİ

TÜRKÖK Hasta Numarası:	TÜRKÖK Donör Numarası:
------------------------	------------------------

NUMUNE TİPİ

<input type="checkbox"/> TOPLAMA ÖNCESİ KAN NUMUNESİ	<input type="checkbox"/> KİMERİZM
<input type="checkbox"/> DİĞER	

2 TALEP KAN NUMUNESİ BİLGİLERİ (en fazla 50 mL)

mL EDTA'lı Tüp (MOR KAPAK)	Notlar :
mL ANTİKOAGÜLANSIZ Tüp (KIRMIZI KAPAK)	
mL HEPARİN'li Tüp (YEŞİL KAPAK)	
mL ACD'li Tüp (SARI KAPAK)	

3 KAN NUMUNESİ ETİKETLENMESİ

TÜRKÖK Donör Numarası :	*Tüp Etiketine vericinin TÜRKÖK Donör numarasını, doğum tarihini, numune alım tarih ve saatini kaydediniz.
Donör Doğum Tarihi :	*Bu forma TÜRKÖK Donör numarasını, doğum tarihi, numune alım tarihi ve saatini kaydediniz.
Kan Numuneleri Alım Tarihi :	*Numune tüpleri etiketleri ile bu alanda yer alan bilgiler eşleşmelidir.
Kan Numuneleri Alım Saati :	

4 KAN NUMUNELERİNİN TRANSPORT İÇİN HAZIRLANMASI

Numuneler Santrifüj edildi mi? <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR	*SERUM: Kırmızı kapaklı antikoagülsüz tüp, 5-6 kez yavaşça altüst edilmeli, kesinlikle çalkalanmamalıdır. *Tüp içerisindeki kan pıhtılaşana kadar en az yarım saat bekletilmeli ve daha sonra santrifüj edilmelidir. (1000-3000 xg'de 10 dk.)
LÜTFEN DİKKAT: Numunelerin santrifüj edilmemesi, ölçüm yöntemlerinde hataya neden olabilir.	

5 KAN NUMUNESİ TRANSPORT KOŞULLARI

Numuneler transport öncesi buzdolabında saklandı mı ? <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR	Kan numunelerini transport öncesi lütfen buzdolabında muhafaza edip, transportu soğuk zincir (2 – 8°C) ile gerçekleştiriniz. Kutu içine soğuk zincir indikatörünü yerleştiriniz.
LÜTFEN DİKKAT: Numunelerin soğutulmaması, ölçüm yöntemlerinde hataya neden olabilir.	

6 KAN NUMUNELERİ ALICI VE GÖNDERİ(SEVKİYAT) BİLGİLERİ

ALICI BİLGİLERİ	Kurum:	
	Dikkatine:	
	Adres:	
	Posta Kodu:	
	İlçe:	İl:
	Telefon:	Faks:
	E-posta:	

GÖNDERİM BİLGİLERİ

Gönderim Tarihi: (GG-AA-YYYY):	Kargo Firması/ Kurye:	Konşimento Numarası:
--------------------------------	-----------------------	----------------------

TESLİMAT BİLGİLERİ

Soğuk Zincir İndikatörü Değerlendirme : <input type="checkbox"/> UYGUN <input type="checkbox"/> UYGUN DEĞİL	Not:	
Daha fazla bilgi için: ENFEKSİYÖZ MADDE İLE ENFEKSİYÖZ TANI VE KLİNİK ÖRNEĞİ TAŞIMA YÖNETMELİĞİ'ne Bakınız.		
Teslim Alan Birim/ Adı Soyadı:	Tarih: (GG-AA-YYYY) Saat:(SS:DD)	Kaşe - İmza:
 / / 20 - :	

LÜTFEN DİKKAT: Kan numunelerini eksiksiz olarak teslim aldıktan sonra bu formun bir kopyasını TÜRKÖK-Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi Ulusal Kemik İliği Bankası'na iletiniz.

TÜRKÖK - Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi

TR TRKK - Turkish Stem Cell Coordination Center

Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Blv. 6001.Cad. No:9 (5.Kat) Bilkent-Çankaya/ ANKARA

TÜRKÖK T.C.Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Kemik İliği Bankasıdır.