

TRANSPLANTASYON ADAY FORMU

Adı ve Soyadı : Yaş: Cinsiyet:

Başvuru Tarihi				
Renal tx Merkezi				
Renal tx tipi	Kadavra		Donör	

Primer Böbrek Hastalığı	
-------------------------	--

Dişabet Var ☐ Yok ☐ Hipertansiyon Var ☐ Yok ☐

Sigara Var ☐ Yok ☐

Kardiovasküler Hastalık	
-------------------------	--

Doku Uygunluk Testleri

Kan Grubu	HLA-A	HLA-B	HLA-DR		

PRA	
-----	--

Tx Başvuru Sonucu: Onaylandı ☐ Onaylanmadı ☐

Onaylanmama Nedeni :

Hemşire
Adı Soyadı

.....

Doktor
Adı Soyadı

.....