

RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

Adı, Soyadı :

T.C. Kimlik No. / Pasaport No :

Mesleği / İşi :

Bu formdaki bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Verdiğiniz bu ön bilgiler müstakbel eşinize açıklanmayacaktır. Sadece muayene sürecinde bilgi edinme ve risk değerlendirme amaçlıdır.

Bilgilerin doğruluğu çok önemlidir.

Aşağıdaki soruları cevaplarken size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

		Evet	Hayır
1	Müstakbel eşiniz ile aranızda bir akrabalık var mı?		
2	Size hiç kan veya kan ürünleri nakli yapıldı mı? (Tam kan, trombosit, eritrosit, plazma süspansiyonu, intravenöz immünglobulin – IVIG gibi.)		
3	Size daha önce organ nakli yapıldı mı?		
4	Damar içi uyuşturucu madde kullandınız mı?		
5	Sigara dışında bir madde (alkol, uyuşturucu, hap vb.) bağımlılığınız var mı?		
6	Hiç kalıcı dövme yaptırdınız mı?		
7	Ailenizde Hepatit B virüsü taşıyıcısı veya hastası var mı?		
8	Para veya çıkar karşılığında cinsel ilişkide bulundunuz mu?		
9	Son bir yıl içerisinde verem hastalığına yakalandınız mı?		
10	Ailenizde veya yakın çevrenizde verem hastası var mı?		
11	Ailenizde ağır psikiyatrik hastalığı (şizofren, zeka geriliği gibi.) olan var mı?		
12	Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?		
13	Son altı ay içerisinde ölüm tehlikesi atlattınız mı? (Kaza, deprem vb.)		

Beyanım doğrudur.
Tarih / İmza