**RİSK DEĞERLENDİRME FORMU**

**Adı Soyadı: ……………………………………………………………**

**T.C.Kimlik No/Pasaport No: ……………………………………………………………**

**Mesleği / işi: ……………………………………………………………**

**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 uygun seçeneği işaretleyiniz.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **EVET** | **HAYIR** |
| **1** | Müstakbel eşiniz ile aranızda bir akrabalık var mı? |  |  |
| **2** | Size hiç kan ve 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 karşılığı cinsel ilişkide bulundunuz mu? |  |  |
| **9** | Son 1 yıl içerisinde verem hastalığına yakalandınız mı? |  |  |
| **10** | Ailenizde veya yakın çevrenizde verem hastası var mı? |  |  |
| **11** | Ailenizde ağır psikiyatrik hastalığı (şizofren, zekâ geriliği gibi ) olan var mı? |  |  |
| **12** | Daha önce intihar girişiminiz oldu mu? |  |  |
| **13** | Son 6 ay içinde ölüm tehlikesi atlattığınız mı? ( Kaza, deprem, vb ) |  |  |

**Beyanım Doğrudur**

**Tarih / İmza**