|  |  |
| --- | --- |
| Değerlendirme Tarihi | …./…./20…. |
| Ölüm nedeni |  |
| Ölüm tarihi |  |
| Geliş tarihi | …./…../20…. |
|  | **Evet** | **Hayır** |
| Ölüm raporunda tanımlanmış bulaşıcı hastalığı var mı? |  |  |
| Enfeksiyon Riski var mı? |  |  |
| Toksik Bulaş riski var mı? |  |  |
| Radyasyon riski var mı? |  |  |
| **Fizik muayenesinde tespit edilen durumlar** |
| Vücut bütünlüğü tam mı? |  |  |
| Vücut boşluklarından sıvı çıkışı var mı? |  |  |
| Otopsi yapılmış mı? |  |  |
| Ameliyat izi var mı? |  |  |
| Açık yarası var mı? |  |  |
| Deride renk değişikliği var mı? |  |  |

**Karar:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formaldehid ile fikse edilerek saklanabilir. | Fresh frozen olarak saklanabilir. | Özel yöntemle saklanabilir. | Eğitim ve araştırma amacıyla saklamaya uygun değil |
|  |  |  |  |

**Kayıt Kabul Komisyonu Üyeleri**

Adı Soyadı

İmza

Adı Soyadı

İmza

**Anabilim Dalı Başkanı**

İmza