

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
VİBRİO CHOLERAE VAKA BİLGİ FORMU

HASTA BİLGİLERİ	Adı ve Soyadı:		TC Kimlik No:	
	Uyruğu		Cinsiyeti:	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
	Baba adı:		Mesleği:	
	Doğum Tarihi:/...../.....	Telefonu:	
	Adresi: (kalıcı adres değilse gidebileceği olası adresi de yazınız)		Şikâyetlerin Başlama Tarihi:/...../20.....

KLİNİK BULGULAR	<input type="checkbox"/> Ateş°C	<input type="checkbox"/> İshal (Sayı/gün.....)	<input type="checkbox"/> Dışkıda Kan
	<input type="checkbox"/> Kusma	<input type="checkbox"/> Dehidratasyon bulgusu	<input type="checkbox"/> Halsizlik
	<input type="checkbox"/> Bulantı	<input type="checkbox"/> Karın ağrısı	<input type="checkbox"/> Şok
	<input type="checkbox"/> Konvülsiyon		

RİSKLİ TEMAS / EPİDEMİYOLOJİK ÖYKÜ (Son yedi gün içinde)	Olası ya da kesin kolera vakası ile temas öyküsü var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B
	Kolera salgını olan bölgede yaşama öyküsü var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B
	Hane halkında olası ya da kesin kolera vakası ile temas öyküsü olan başka kişi/kişiler var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B
	Hane halkında olası hastalık belirtileri bulunan başka kişi/kişiler var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B
	Hastanın son 7 gün içerisinde seyahat etme öyküsü var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B
	Evet ise neresi/nereleri? 1. 2. 3.	
	Antibiyotik kullanım durumu?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B
	Evet ise halen antibiyotik kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B
	Evet ise kullandığı antibiyotiğin adı.....	
	Son 1 ay öncesine kadar ilaç kullanmış mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B
Evet ise kullandığı ilaç(lar)ın adı.....		

ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ	<input type="checkbox"/> İmmünsüpresyon (Belirtiniz.....)	<input type="checkbox"/> Halen gebehaftalıkaylık
	<input type="checkbox"/> Kronik hastalık (Belirtiniz.....)	<input type="checkbox"/> Eşlik eden komplikasyon (Belirtiniz.....)
	<input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz.....)	

MEVCUT DURUM	Hastane Yatış Durumu		
	Hastaneye yatırıldı mı ?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Yatırıldıysa nereye yatırıldı?	<input type="checkbox"/> izole oda <input type="checkbox"/> servis <input type="checkbox"/> yoğun bakım	
	Antibiyotik Başlandı mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Numune alındı mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Tedavi başlanma tarihi:/...../20.....
		Numune gönderim tarihi:/...../20.....

ÖRNEK ALIMI	Örnek Alınma Tarihi	Daha Önce Örnek Alınmışsa, Alınma Tarihi
/...../20.../...../20...
	Numunenin Gönderildiği Laboratuvar:.....	

HEKİM BİLGİLERİ	Bu bölüm, vakayı ilk gören hekim tarafından doldurulacaktır. Formun bir nüshası kendi kurumunda kalacak, bir nüshası Sağlık Müdürlüğüne bir nüshası ise hasta sevk edilmiş ise sevk ettiği sağlık kuruluşuna gönderecektir.			
	Adı-Soyadı:		Form tarihi:/...../20.....
	Görev Yeri:		Form saati::.....
	Tel No:		E-Posta:	

(E:Evet H:Hayır B:Bilinmiyor)

İmza:

NOT:
