

**AŞI İLE ÖNLENEBİLİR İNVAZİV BAKTERİYEL HASTALIKLAR VAKA İNCELEME FORMU**

KİMLİK BİLGİLERİ																																						
Adı Soyadı :				TC Kimlik No/Pasaport No :																																		
Doğum Tarihi : ...../...../..... (Yaş .....)				Cinsiyet :				Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>																														
Mesleği :				Hastanın / Yakınının Telefon Numarası : 0 ( ..... ) .....																																		
Hasta Yakınının Adı Soyadı :				E posta :																																		
Yürüğü :				Bildirim Yapıldığı Tarih :																																		
ADRES BİLGİLERİ																																						
Ev adresi (Hastanın son 6 aydır ikamet ettiği adres bilgisi yazılmalıdır.)						İş adresi																																
İl :			İlçe :			Semt :			Cadde :			Mahalle :																										
Sokak :			Apartman No :			Daire No :			Sokak :			Apartman No :																										
Daire No :			Daire No :			Daire No :			Daire No :			Daire No :																										
ÖN TANI																																						
Şüpheli menenjit <input type="checkbox"/>				Olası meningokokkal menenjit <input type="checkbox"/>				Olası bakteriyel menenjit <input type="checkbox"/>				Olası bakteriyeminin eşlik ettiği pnömoni <input type="checkbox"/>																										
Şüpheli meningokokkal menenjit <input type="checkbox"/>				Olası meningokokkal sepsis <input type="checkbox"/>				Olası sepsis <input type="checkbox"/>				Olası meningokokkal bakteriyeminin eşlik ettiği pnömoni <input type="checkbox"/>																										
ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ																																						
Bir risk grubunda mı (kohlear implant, kafa travması vs.) Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Evet ise .....																																						
Yok Var <input type="checkbox"/>			Varsa açıklayınız						Yok Var <input type="checkbox"/>			Varsa açıklayınız																										
Kronik hastalık <input type="checkbox"/>			Sigara kullanımı <input type="checkbox"/>						Yok Var <input type="checkbox"/>			Varsa açıklayınız																										
Sürekli ilaç kullanır <input type="checkbox"/>			Aspleni ya da Splenik disfonksiyon <input type="checkbox"/>						Yok Var <input type="checkbox"/>			Varsa açıklayınız																										
Gebelik <input type="checkbox"/>			Hastalığa yatkınlığa neden olabilecek durum varlığı <input type="checkbox"/>						Yok Var <input type="checkbox"/>			Varsa açıklayınız																										
İmmünsupresyon <input type="checkbox"/>									Yok Var <input type="checkbox"/>			Varsa açıklayınız																										
AŞILANMA DURUMU																																						
KPA			Tam Aşılı <input type="checkbox"/>			Aşısız <input type="checkbox"/>			Bilinmiyor <input type="checkbox"/>			Hib			Tam Aşılı <input type="checkbox"/>			Aşısız <input type="checkbox"/>			Bilinmiyor <input type="checkbox"/>																	
Aşı Dozu			Bilinmiyor			Yok			Var			Aşının Ticari Adı / Tipi			Aşılama Tarihi			Aşı Dozu			Bilinmiyor			Yok			Var			Aşının Ticari Adı / Tipi			Aşılama Tarihi					
1. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....			1. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....					
2. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....			2. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....					
3. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....			3. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....					
4. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....			4. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....					
Son aşılanma			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....			Son aşılanma			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....					
Aşılanma Bilgisi Nereden Alındı						Beyan <input type="checkbox"/>			Kayıt <input type="checkbox"/>			Aşılanma Bilgisi Nereden Alındı						Beyan <input type="checkbox"/>			Kayıt <input type="checkbox"/>																	
PPA			Tam Aşılı <input type="checkbox"/>			Aşısız <input type="checkbox"/>			Bilinmiyor <input type="checkbox"/>			Meningokok			Tam Aşılı <input type="checkbox"/>			Aşısız <input type="checkbox"/>			Bilinmiyor <input type="checkbox"/>																	
Aşı Dozu			Bilinmiyor			Yok			Var			Aşının Ticari Adı / Tipi			Aşılama Tarihi			Aşı Dozu			Bilinmiyor			Yok			Var			Aşının Ticari Adı / Tipi			Aşılama Tarihi					
1. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....			1. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....					
2. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....			2. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....					
Son aşılanma			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....			3. Doz			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....					
Aşılanma Bilgisi Nereden Alındı						Beyan <input type="checkbox"/>			Kayıt <input type="checkbox"/>			4. Doz						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....								
Grip aşısı yaptırmadığı durumu						Yaptırmadı <input type="checkbox"/>			Bu Sene Yaptırdı <input type="checkbox"/>			Geçen Sene Yaptırdı <input type="checkbox"/>			Diğer <input type="checkbox"/>			Son aşılanma						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						...../...../.....		
Yaptırmadı <input type="checkbox"/>						Bu Sene Yaptırdı <input type="checkbox"/>			Geçen Sene Yaptırdı <input type="checkbox"/>			Diğer <input type="checkbox"/>			Aşılanma Bilgisi Nereden Alındı						Beyan <input type="checkbox"/>			Kayıt <input type="checkbox"/>														
EPİDEMİYOLOJİK ÖYKÜ																																						
Bilinilen bir vaka ile temas öyküsü				Yok <input type="checkbox"/>				Var <input type="checkbox"/>				Bilinmiyor <input type="checkbox"/>				Var ise temas edilen vakanın adı soyadı:																						
Semptomlar başlamadan önceki 3 ay içinde seyahat varlığı				Yok <input type="checkbox"/>				Var <input type="checkbox"/>				Bilinmiyor <input type="checkbox"/>																										
Var ise seyahat edilen yer :				Gidiş Tarihi: ...../...../.....				Dönüş Tarihi: ...../...../.....																														
HASTALIK ÖYKÜSÜ																																						
İlk Semptomun Başlangıç Tarihi : ...../...../.....						Hastaneye Başvuru Tarihi : ...../...../.....																																
KLİNİK KRİTERLER																																						
Ateş			Yok Var <input type="checkbox"/>			Açıklamalar			Yok Var <input type="checkbox"/>			Açıklamalar																										
Ense sertliği			<input type="checkbox"/>						Takipne (2 standart deviasyon üzerinde)			<input type="checkbox"/>																										
Meningeal iritasyon bulguları			<input type="checkbox"/>						Lökosit sayısının >12,000/mm <sup>3</sup>			<input type="checkbox"/>																										
Döküntü (peteşi-purpura)			<input type="checkbox"/>						Lökosit sayısının <4000/mm <sup>3</sup>			<input type="checkbox"/>																										
Bilinç değişikliği*			<input type="checkbox"/>						> %10 immatur nötrofil varlığı			<input type="checkbox"/>																										
Akut başlangıçlı konvülsiyon*			<input type="checkbox"/>						Doktor tarafından menenjit ön tanısı			<input type="checkbox"/>																										
Taşikardi (>90/dk)			<input type="checkbox"/>						Doktor tarafından sepsis ön tanısı			<input type="checkbox"/>																										
Bradikardi (<1 yaş çocuklarda)			<input type="checkbox"/>						Doktor tarafından pnömoni ön tanısı			<input type="checkbox"/>																										
						*Başka bir nedenle açıklanamayan																																
LABORATUVAR KRİTERLERİ																																						
Destekleyici Laboratuvar Kriterleri																																						
Menenjit																																						
BOS Görünümü			Berrak <input type="checkbox"/>			Bulanık <input type="checkbox"/>			Gram Boyama			Yapıldı <input type="checkbox"/>			Yapılmadı <input type="checkbox"/>																							
BOS Direk Mikroskopide Hücre			Yapıldı <input type="checkbox"/>			Yapılmadı <input type="checkbox"/>			Yapıldı İse Mikroorganizma			Görüldü <input type="checkbox"/>			Görülmedi <input type="checkbox"/>																							
Hücre Tipi			Yok Var <input type="checkbox"/>			Var ise Miktarı			Görülen Mikroorganizma			Gram Pozitif Diplokok			<input type="checkbox"/>																							
PLM			<input type="checkbox"/>			..... mg/dl			Gram Negatif Diplokok			<input type="checkbox"/>			Gram Negatif Kokobasil			<input type="checkbox"/>																				
Lenfosit			<input type="checkbox"/>			..... mg/dl			Diğer (Belirtiniz) : .....																													
Mononükleer			<input type="checkbox"/>			..... mg/dl																																
BOS Protein : .....			mg/dl			BOS Şekeri : .....			mg/dl			Latex Aglutinasyon : .....																										
Diğer testler: .....																																						



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Güncelleme Tarihi:08.11.2017

Sayfa No:2/2

Destekleyici Laboratuvar Kriterleri									
Sepsis									
Eşlik eden lokalize enfeksiyon Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Var ise aşağıdakilerden hangisi/hangileri olduğunu işaretleyiniz									
Odak dışı bakteriyemi	<input type="checkbox"/>	Pnömoni	<input type="checkbox"/>	Hemolitik üremik sendrom	<input type="checkbox"/>	Perikardit	<input type="checkbox"/>	Nekrotizan fasiit	<input type="checkbox"/>
Menenjit	<input type="checkbox"/>	Sellülit	<input type="checkbox"/>	Peritonit	<input type="checkbox"/>	Septik abortus	<input type="checkbox"/>	Ampiyem	<input type="checkbox"/>
Otitis media	<input type="checkbox"/>	Epiglottitis	<input type="checkbox"/>	Apse(deri tutulumu olmayan)	<input type="checkbox"/>	Koryoamniyotit	<input type="checkbox"/>	Pueperal sepsis	<input type="checkbox"/>
Septik artrit	<input type="checkbox"/>	Osteomyelit	<input type="checkbox"/>	Endokardit	<input type="checkbox"/>	Septik şok	<input type="checkbox"/>	Bilinmeyen	<input type="checkbox"/>
Endometrit	<input type="checkbox"/>	STSS	<input type="checkbox"/>	Diğer: .....					
Pnömoni									
Akciğer Grafisi Bulgusu Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Var ise açıklayınız: .....									
Doğrulamaya Laboratuvar Kriterleri									
		Negatif		Pozitif					
		Üreme/tespit yok		S.pneumoniae	H.influenzae	N.meningitidis	Diğer**		
BOS kültürü		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BOS PCR		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kan kültürü		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kan/serum PCR		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Steril vücut sıvısı kültürü		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BOS'da immunokromatografik yöntemle spesifik pnömokok antijeni		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
Peteşi/purpura kültürü		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Peteşi/purpura PCR		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			

\*\*Sadece toplum temelli süreyans yürütülen hastaneler için geçerlidir.

Klinik Örneklerin Halk Sağlığı Laboratuvarına (HSL) Gönderilmesi							
HSL'na klinik örnek gönderildi mi? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Örnek gönderildi ise aşağıdaki bilgileri doldurunuz							
HSL'na gönderilen örnek tipi	Direk Klinik Örnek <input type="checkbox"/>	T-I besiyerinde klinik örnek <input type="checkbox"/>					
Klinik örneğin alındığı yer	BOS <input type="checkbox"/>	Steril Vücut Sıvısı <input type="checkbox"/>	(.....)	Diğer <input type="checkbox"/>	(.....)		
Klinik örneğin alındığı tarih	: ..../..../.....	Klinik örneğin HSL'na gönderildiği tarih	: ..../..../.....				
Laboratuvar Personelinin Adı Soyadı	:	Telefon Numarası (İş) 0 (.....)	Telefon Numarası (Cep) 0 (.....)				
Klinik Örneklerin/İzolatların THSK Merkez Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı (MRLDB) Laboratuvarına Gönderilmesi							
Ulusal Referans Laboratuvarına klinik örnek gönderildi mi? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Örnek gönderildi ise aşağıdaki bilgileri doldurunuz							
Ulusal Referans Laboratuvarına gönderilen örnek tipi: Klinik Örnek <input type="checkbox"/> Klinik İzolat <input type="checkbox"/>							
Klinik örneğin alındığı yer	BOS <input type="checkbox"/>	Steril Vücut Sıvısı <input type="checkbox"/>	(.....)	Peteşi/Purpura <input type="checkbox"/>			
Klinik örneğin alındığı tarih	: ..../..../.....						
Klinik izolatin nereden izole edildiği	BOS <input type="checkbox"/>	Steril Vücut Sıvısı <input type="checkbox"/>	(.....)	Peteşi/Purpura <input type="checkbox"/>	Kan <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	(.....)
Serogruplandırma/serotiplendirme yapıldı mı?	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Evet ise Serogrup/Serotip.....				
Klinik örneğin MRLDB Laboratuvarına gönderildiği tarih	: ..../..../.....	Klinik izolatin MRLDB Laboratuvarına gönderildiği tarih	: ..../..../.....				
Laboratuvar Personelinin Adı Soyadı	:	Telefon Numarası (İş) 0 (.....)	Telefon Numarası (Cep) 0 (.....)				
Örnek alınmadan önce antibiyotik kullanımı Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Antibiyotik kullanılmış ise aşağıdaki bilgileri doldurunuz							
Antibiyotiğe ne zaman başlandı?	: ..../..../.....	Saat : .....					
Kullanılan Antibiyotik/lerin adı/adları	: .....						
Örnek alındıktan sonra uygulanan tedavi protokolü	: .....						
Hastanın temaslarına profilaksi gerekli mi	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>					
Profilaksi gerekli ise verildi mi?	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>					

SON VAKA SINIFLAMASI				
		Şüpheli Vaka	Olası Vaka	Kesin Vaka
Haemophilus influenzae (HIB)	Menenjit			
	Sepsis			
Meningokokkal hastalık	Bakteriyemi'nin eşlik ettiği pnömoni			
	Menenjit			
Pnömomokkal hastalık	Sepsis			
	Bakteriyemi'nin eşlik ettiği pnömoni			

HASTANIN ÇIKIŞ BİLGİLERİ					
Yatış Bilgileri	Servis <input type="checkbox"/>	Yoğun Bakım <input type="checkbox"/>	Yatış Tarihi: ..../..../.....		
Taburculukta son durum	Şifa <input type="checkbox"/>	Sekel <input type="checkbox"/>	Ölüm <input type="checkbox"/>	Çıkış Tarihi: ..../..../.....	
Sekel Durumu	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Sekel var ise açıklayınız: .....		
FORMU DÜZENLEYEN PERSONEL BİLGİSİ					
KİMLİK BİLGİLERİ					
Formun Düzenlenme Tarihi	: ..../..../.....	Vakayı Tespit Eden Hekimin			
Bildirim Yapılan Kurum Adı	:	Adı Soyadı	:		
Bildirim Yapılan İlçe/İl :	:	Uzmanlık Alanı	:		
		Telefon numarası (İş)	:		
		Telefon numarası (Cep)	:		
		E posta	:		

Formu Kontrol Eden Kişinin  
Adı-Soyadı-İmzası