

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Tüberküloz Dairesi Başkanlığı



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

VEREM SAVAŞI DİSPANSERLERİ KAYIT VE RAPORLAMA SİSTEMİ REHBERİ

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tüberküloz Dairesi Başkanlığı
tarafından hazırlanmıştır.

ANKARA-2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	4
İLAÇ KISALTMALARI.....	4
FORMLARIN LİSTESİ.....	5
TANIMLAR	6
Muayene nedenleri	6
AC Filmi değerlendirme sonuçları	6
Olgu Tanımları.....	6
DGT uygulamasının değerlendirilmesi.....	9
Tedavi sonuçları	10
TB hasta bildirimlerinin sonuçları.....	11
İlaçla koruma nedenleri	12
İlaçla koruma tedavisi sonuçları.....	12
A. GİRİŞ	14
B. FORMLAR	15
PROTOKOL DEFTERİ (VSD-01)	15
İLK BAŞVURU FİŞİ (VSD-02)	18
TARAMA, İLERİ TETKİK VE SONUÇ FORMU (VSD-03)	20
TDT KAYIT CETVELİ (VSD-04 a)	23
BCG KAYIT CETVELİ (VSD-04 b).....	25
RÖNTGEN KAYIT DEFTERİ (VSD-05)	27
BAKTERİYOLOJİ LABORATUVARI DEFTERİ (VSD-06)	29
LABORATUVAR ANALİZ FİŞİ (VSD-07)	32
İLAÇ SARF DEFTERİ (VSD-08)	34
TÜBERKÜLOZ HASTASI BİLDİRİM DEFTERİ (VSD-09)	36

TÜBERKÜLOZ HASTA DEFTERİ (VSD-10).....	39
TÜBERKÜLOZ HASTASI İZLEME FİŞİ (VSD-11)	44
TEDAVİ TAKİP KARTI (VSD-12).....	51
HASTA BİLGİ KARTI (VSD-13).....	55
TÜBERKÜLOZ HASTASI BİLGİ FORMU (VSD-14).....	56
İLAÇLA KORUMA DEFTERİ (VSD-15).....	59
İLAÇLA KORUMA FİŞİ (VSD-16).....	61
AYLIK ÇALIŞMA ve İKMAL RAPORU (VSD-17).....	64

KISALTMALAR

AMS	: Açlık Mide Sıvısı
ARB	: Aside Rezistan Basil
BAL	: Bronkoalveoler Lavaj
BCG	: Bacillus Calmette-Guerin (verem hastalığını önlemek için kullanılan aşı)
ÇİD-TB	: Çok İlaça Dirençli Tüberküloz (H ve R direnci için kullanılır)
DGT	: Doğrudan Gözetimli Tedavi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
İDT	: İlaç Duyarlılık Testi
İZCİ	: Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi
MF	: Mikrofilm
MTBC	: Mycobacterium Tuberculosis Kompleks
PPD	: Purified Protein Derivative (saflaştırılmış protein türevi), tüberkülin
TB	: Tüberküloz
TDM	: Tüberküloz Dışı Mikobakteri
TDT	: Tüberkülin Deri Testi
TSİM	: Temel Sağlık İstatistikleri Modülü
TUTSA	: Türkiye Ulusal Tüberküloz Sürveyansı Araştırması
UTS	: Ulusal Tüberküloz Sistemi
VSD	: Verem Savaşı Dispanseri Birimi

İLAÇ KISALTMALARI

H	: İzonyazid
R	: Rifampisin
Z	: Pirazinamid
E	: Etambutol
S	: Streptomisin

FORMLARIN LİSTESİ

Form No	Formun Adı	Biçim	Boyut (cm)	Özellikler
VSD-01	Protokol Defteri	Defter	A3	Enine, arkalı önlü baskı, ciltli, 300 yaprak, 600 sayfa
VSD-02	İlk Başvuru Fişi	Karton	8x18	Arkalı önlü baskı
VSD-03	Tarama, İleri Tetkik ve Sonuç Formu	Kağıt	A4	Boyuna, tek yüz
VSD-04	TCT ve BCG Kayıt Cetveli	Kağıt	A4	Boyuna, arkalı önlü baskı
VSD-05	Röntgen Kayıt Defteri	Defter	A4	Boyuna, arkalı önlü baskı, ciltli, 200 yaprak 400 sayfa
VSD-06	Bakteriyoloji Laboratuvarı Defteri	Defter	A3	Enine, arkalı önlü baskı, ciltli, 200 yaprak,400 sayfa
VSD-07	Laboratuvar Analiz Fişi	Otokopili form	14x20	Üç nüshalı (üstten alta beyaz, açık mavi, açık sarı) otokopili form, 50'lik blok
VSD-08	İlaç Sarf Defteri	Defter	A4	Boyuna, arkalı önlü baskı, ciltli, 200 yaprak-400 sayfa
VSD-09	Tüberküloz Hastası Bildirim Defteri	Defter	A3	Enine, arkalı önlü baskı, ciltli, 200 yaprak 400 sayfa
VSD-10	Tüberküloz Hasta Defteri	Defter	A4	Enine, arkalı önlü baskı, bilgilerin ilk yarısı solda, ikinci yarısı sağdaki sayfada olacak, ciltli, 200 yaprak
VSD-11	Tüberküloz Hastası İzleme Fişi	Karton	51x25	Boyuna, arkalı önlü baskı, boşluklardan üçe katlanır karton
VSD-12	Tedavi Takip Kartı	Karton	25x17,5	Arkalı önlü baskı, açık pembe renkli
VSD-13	Hasta Bilgi Kartı	Karton	9x14	Katlanır tek yaprak-dört sayfalı, arkalı önlü baskı
VSD-14	Tüberküloz Hastası Bilgi Formu	Kağıt	A4	Boyuna, tek yüz
VSD-15	İlaçla Koruma Defteri	Defter	A4	Enine, arkalı önlü baskı, ciltli, 200 yaprak 400 sayfa
VSD-16	İlaçla Koruma Fişi	Karton	25x17,5	Arkalı önlü baskı, açık sarı renkli
VSD-17	Aylık Çalışma ve İkmal Raporu	Kağıt	A4	Enine, tek yüz baskı

TANIMLAR

Muayene nedenleri

(F) Ferdi (kişisel) başvuru: Yakınmaları nedeniyle kendiliğinden VSD'ye başvuranlardır.

(T) Temaslı muayenesi: Aktif bir TB hastası ile temaslı olup kontrol amacıyla kendiliğinden ya da davet üzerine dispansere gelenlerdir. Temaslı muayenesi kaydı için dispansere başvurduğunda halen tedavide olan bir TB hastasıyla temasının olması şarttır. Sadece önceden TB geçirmiş hastayla temas öyküsünün bulunması halinde ferdi başvuru olarak kaydedilir.

(O) Organize topluluk taraması ileri tetkik: Cezaevleri, huzurevleri, maden ocakları, askeri birlikler, işyerleri, sağlık kurumları vb. organize topluluklarda, yapılan taramalarda bulunan şüphelilerden dispansere ileri tetkik için başvuranlardır.

(R) Rapor için başvuru: Esnaf muayenesi, işe giriş raporu, sağlık kurulu raporu, askerlik başvurusu, vb. nedenlerle sadece rapor almak için gelenlerdir.

Kişinin başka bir sağlık kuruluşu ya da özel hekim tarafından dispansere gönderildiği durumlarda, muayene nedeni yukarıdaki 4 nedenden hangisine uyuyorsa ilgili bölüme o harf konur.

AC Filmi değerlendirme sonuçları

Y: yeniden çekim, film kalitesi okunamayacak kadar kötüdür, film yeniden çekilmelidir.

N: film bulguları normal olarak değerlendirilmiştir.

T: film normal değildir, tetkik gereklidir anlamında kullanılır. Filmde görülen her türlü patolojik bulgu için "T" kısaltması kullanılır.

Olgu Tanımları

TB tanısı konulan hastada tedavi rejiminin belirlenmesinde ve hastaya yapılacakların planlanmasında olgu tanımları kullanılır.

Bakteriyolojik olarak doğrulanmış TB: Bu tanım, yayma, kültür ya da valide edilmiş bir moleküler test ile pozitif bulunan hasta için kullanılır.

Klinik tanı alan TB: Bakteriyolojik doğrulama kriterlerine tam olarak uymayan, ancak bir klinisyen tarafından aktif TB tanısı konulan ve TB tedavisi planlanan olgudur. Histopatolojik tanı alan hastalar da bu gruptadır.

Bakteriyolojik olarak doğrulanmış ya da klinik tanı alan TB olguları aşağıdaki şekilde de sınıflandırılır. Sınıflamada şu üç unsur kullanılır:

- Önceden TB tedavisi görüp görmediği,
- Hastalığın tuttuğu organ/organlar,
- Bakteriyolojik durum.

Bu bilgileri elde etmek için öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulgularına ek olarak hastanın önceki tedavi kayıtlarının ve belgelerinin de incelenmesi gereklidir. Bu olgu tanımları, kayıt ve bildirim sisteminde de esas alınmaktadır.

1. (Olgu tanımı) Önceki tedavi öyküsü

Yeni olgu: Daha önce TB tedavisi görmemiş ya da bir aydan daha kısa süre tedavi almış hastalardır.

Önceden tedavi görmüş olgu: Daha önce en az bir ay tedavi görmüş TB hastasıdır. Bu tanım, nüks, takip dışı kalıp dönen ve tedavi başarısızlığından gelen olguları içermektedir.

Nüks olgu: Daha önce TB tanısı konup tedavisini başarıyla tamamlamış olan hastada yeniden TB tanısı konulursa, yani balgamda basil pozitifliği saptanırsa nüks kabul edilir (Önceki TB tanısı ve tedavi tarihinin burada bir önemi yoktur). Yaymasında ARB negatif ise ve klinik ve radyolojik bulguları ile TB düşünülüyorsa ayırıcı tanı olanakları olan bir üst merkeze gönderilir; burada bakteriyolojik olarak negatif olduğu halde, TB tanısı klinik ve radyolojik olarak konulabilir. Bir hastanın hastalığı, birden fazla kez nüks edebilir.

Takip dışı kalıp dönen olgu (Eski rehberde terkten dönen olgu olarak adlandırılmaktadır): Tedaviye iki ay ya da daha uzun süre ara verdikten (takip dışı kaldıktan) sonra yeniden yayma pozitif olarak başvuran hastalardır (bazen yayma negatif olabilir fakat klinik ve radyolojik değerlendirme ile aktif TB kararı verilebilir; yayma negatif olan hasta bir üst merkeze sevk edilir).

Tedavi başarısızlığından gelen olgu: Yeni tanı konulmuş ve tedavinin başlangıcından beş ay ya da daha sonra alınan balgam örneklerinde yayma ya da kültür ile basil gösterilen hastadır.

Nakil gelen olgu: Başka bir dispanserde kayda alınıp tedavisi başlandıktan sonra, kayıtları ile birlikte devir alınan hastadır.

Diğer önceden tedavi görmüş olgu: Önceden TB tedavisi kullanmış ancak bu tedavinin sonucu bilinmeyen hastaları kapsar.

Not 1: Hastanede ya da başka yerde tedavi gören ve hastaneden gelen hastalar da buradaki olgu tanımlarından birisine dahil edilir; başka bir adlandırma yapılmaz. Tedavi başlangıcındaki durumuna uyan olgu tanımı kullanılır.

Not 2. "Kronik olgu" tanımı kullanımdan kaldırılmıştır.

Not 3. Yeni ve nüks TB olguları insidansı oluşturmaktadır.

2. (Olgu tanımı) Akciğer TB ve akciğer dışı TB

Akciğer tüberkülozu: Akciğer parankimini ya da trakea bronş ağacını tutan TB için kullanılır. Akciğer parankiminde tutulum yoksa, plevra efüzyonu ya da toraks içinde (hilusta, mediastende) lenf bezi büyümesi ile olan TB, akciğer dışı TB kabul edilir.

Akciğer dışı tüberküloz (AD-TB): Akciğer parankimi dışındaki organlardan alınan örneklerde ARB gösterilebilen ya da TB ile uyumlu histolojik ve klinik bulgusu olan hastalar bu gruba girmektedir.

Akciğer ve akciğer dışı tüberküloz: Akciğer TB ve AD-TB birlikte ise bu grup hastalarda her iki tutulumun da olduğu belirtilir; akciğer dışı tutulan organ(lar) da belirtilir. Bu grup hastalar DSÖ'ye akciğer TB olarak bildirilmektedir.

(**Not: Miliyer TB**, akciğer ve AD-TB olarak kabul edilir, kayıta ayrıca "miliyer TB" olarak belirtilir. **Larinks TB**, akciğer tutulumu yoksa akciğer dışı TB kabul edilir. **Plevra TB**, AD-TB olarak kaydedilir. Plevra TB olan hastada balgam yayması pozitif ise, akciğer ve AD-TB olarak kaydedilir, AD-TB bölümüne "plevra TB" eklenir. Mediastende, hilusta lenf bezi TB olması, AD-TB olarak belirtilir).

3. (Olgu tanımı) Bakteriyoloji

Yayma pozitif akciğer tüberkülozu

- En az iki balgam (açlık mide suyu, indüklenmiş balgam, bronkoskopik lavaj da olabilir) örneğinde yayma ile ARB gösterilen hastalar ya da
- Balgam (açlık mide suyu, indüklenmiş balgam, bronkoskopik lavaj da olabilir) yaymasında bir kez ARB pozitif bulunan ve radyolojik bulguları akciğer TB ile uyumlu olan ve bir hekim tarafından, TB tedavisi kararı verilen hastalar ya da
- Balgam (açlık mide suyu, indüklenmiş balgam, bronkoskopik lavaj da olabilir) yaymasında bir kez ARB pozitif bulunan ve kültürü de pozitif gelen hastalar.

Yayma negatif akciğer tüberkülozu

- Balgam yaymaları negatif olan fakat kültürde üreme olan hastalar.
- Klinik ve radyolojik olarak TB ile uyumlu bulguları olan, üç balgam yayması negatif olan ve en az bir hafta geniş spektrumlu (kinolon içermeyen) antibiyotik kullanılmasına rağmen klinik yanıt alınamayan ve ayırıcı tanı olanakları olan bir hastanede TB tedavisine karar verilen hastalar.

Moleküler test pozitif akciğer tüberkülozu

- Yaymaları negatif fakat valide edilmiş moleküler test pozitif bulunan yeni olgularda tanı koydurur. Yakın zamanda tedavi görmüş olgularda moleküler test pozitifliği, ölü basillerin DNA kalıntılarına bağlı olabileceği için, kesin tanı konulmasını sağlamaz.

DGT uygulamasının değerlendirilmesi

DGT uygulaması bölümü doldurulurken,

Evet: Hastaya tüm tedavi boyunca gözetimli ilaç içirildiğini,

Kısmen: Tedavinin en az bir aylık bölümünde gözetimin olduğunu,

Hayır: Hiç gözetimli ilaç içiminin olmadığını veya bir aydan az gözetim olduğunu gösterir.

Tedavi sonuçları

TB verilerini karşılaştırabilmek için standart terimler kullanılır. Tedavi sonuçları da bugün bütün dünya ülkelerinde benzer bir terminoloji ile raporlanmaktadır. Ülkemizde kullanılan DSÖ'nün önerdiği altı temel tedavi sonucu tanımı aşağıda sıralanmıştır.

a. Kür: Başlangıçta bakteriyolojik tanı konulmuş akciğer TB hastasında, klinik ve radyolojik iyileşmeyle birlikte birisi tedavinin idame döneminde diğeri tedavinin tamamlandığı ayda olmak üzere en az iki kez yayma ya da kültür negatifliğinin gösterilmesidir.

b. Tedaviyi tamamlama: Öngörülen tedaviyi süresi içinde tamamlayan olguda tedavinin idame dönemi ya da sonunda balgam incelemesi yapılamadığı durumlarda, klinik ve radyolojik bulguları ile başarılı kabul edilerek tedavinin sonlandırılmasıdır. Akciğer dışı TB olgularında tedavi sonucu başarılı ise bu gruba eklenir.

Tedavi Başarısı: *Kür ve tedaviyi tamamlamanın toplamı, tedavi başarısı olarak adlandırılır.*

c. Ölüm: Tedavi sırasında TB hastasının ölmesidir. Hasta, TB ya da TB dışı bir nedene bağlı olarak ölmüş olabilir. Her iki durumda da bu ölüm TB hastasının kayıtlarına ve tedavi sonuçlarının raporlanmasına ölüm olarak girilecektir. Hiç tedavi almadan ölen TB olguları da kayda geçirilir ve tedavi sonucu "ölüm" olarak kaydedilir (asıl ölüm nedeni biliniyorsa, VSD-10 TB Hasta Defteri'nde yorum bölümüne bu neden yazılmalıdır).

d. Tedavi başarısızlığı: Tedavisinin 5. ayı ve sonrasında hastanın balgam yayma ya da kültür pozitifliğinin saptanmasıdır. Pozitiflik ya tedavi süresince devam edebilir ya da negatifleşir ve yeniden pozitifleşebilir. Nüks ya da takip dışı kalıp dönen hastalarda da 5. ayda yayma ya da kültür pozitifliği tedavi başarısızlığı olarak kabul edilir.

e. Takip dışı kalan: Tedavisi sırasında TB hastasının ardışık iki ay ya da daha uzun süre ile ilaçlarını almamasıdır ya da tedaviye 2 aydır başlanmamış olmasıdır (Bu grup, 2003 yılından önce kayıt sisteminde "akibeti meçhule ayrılan" ve "iş birliği yapmayan", 2003 sonrasında ise "tedaviyi terk" eden hasta olarak tanımlanıyordu).

f. Nakil giden: Hastanın başka bir dispanser bölgesine (ya da yurt dışına) gitmesi nedeniyle tedavi sonuçlarının bilinmemesi durumudur. Bu grup hastaların tedavi sonuçlarını

nakil gittiği dispanser bildirecektir (Ulusal raporlamada “nakil giden” tanımı, yurt dışına giden hastalar için kullanılmaktadır).

TB değil: Tedavi başlanmış fakat sonradan TB olmadığı anlaşılmış hastalardır. Bu tanıma giren hastalar kohorttan çıkarılacaktır (Başlangıçta kültürde MTBC olarak tanımlanmışsa bu olgu TB’dir. Daha sonra kültürde TDM üremesi de olsa, hasta danışılır ve klinisyen kararına göre TB tedavisi sürdürülür. Başlangıç kültürleri de dahil tüm kültürlerinde TDM üerse, ilgili uzman hekime yönlendirilir ve dosyası kapatılır).

Tedavisi devam eden: Tedavi başlangıcından 12 ay sonra hastanın kayda alındığı dönemde başlanan ya da daha sonra değiştirilen tedavisi sürüyorsa bu grupta ele alınır. Tedavinin neden devam ettiği hasta kayıtlarına yazılmalıdır (Örneğin, “aşırı duyarlılık nedeniyle R kullanılmayan hasta” ya da “ÇİD-TB nedeniyle uzun süreli tedavi verilen hasta”).

TB hasta bildirimlerinin sonuçları

Dosya açıldı: Yapılan muayene ve hastane çıkış raporlarına göre TB olduğu saptanarak dispansere kaydedilip tedavi ve izleme alınan hastalar bu başlık altında gösterilir.

Başka Yerde Tedavide: Hasta kendi VSD bölgesinde ama başka bir VSD’de dosyalı tedavide ise bu başlık altında gösterilir.

Bölge Dışı, bildirildi: Tanı konulan yerde bilerek veya bilmeyerek ikametgah adresi dışında başka adres veren ve bu adresle bildirilen, araştırmalar sonucunda başka bir ilde veya dispanser bölgesinde oturduğu saptananlardır. Bu hastaların gerçek adresleri öğrenilmeli ve bu adresleriyle birlikte İl/İlçe Sağlık Müdürlüğüne geri bildirimde bulunulmalıdır.

Tüberküloz Değil: TB olarak bildiri yapılan ancak yapılan incelemelerde TB olmadığı anlaşılan hastalar bu başlık altında gösterilir.

Ulaşılamadı, gelmedi: Adres yetersizliği nedeniyle bulunamayan hastalardır. Bildirimi yapan hekim veya kurumla görüşülerek tekrar adres doğrulamasının yapılması veya ikinci bir adres kaydı varsa alınması gerekir. Ayrıca dispanserin araştırmaları neticesinde ulaşıldığı halde dispanserle iş birliği yapmayan ve akibeti hakkında bilgi sahibi olunamayan hastalar da bu

grupta gösterilir. Bu seçeneğin işaretlendiği bildirimlerin en az seviyede olması dispanserin önemli görevlerindedir.

İlaçla koruma nedenleri

Tüberküloz hastasıyla temas öyküsü: Kişinin bir TB hastasıyla temas durumu varsa ve ilaçla koruma tedavisine bu nedenle başlanıyorsa bu seçenek işaretlenir. Bazı durumlarda kaynak hasta yayma pozitif olmayabilir. Bu kişinin aynı zamanda tüberkülin deri testi (TDT) pozitif olabilir veya olmayabilir.

TDT pozitifliği: Sadece, yapılan TDT’de pozitiflik saptanması nedeniyle ilaçla koruma tedavisi verilenlerdir. Kaynak olguya ulaşmak için tüm TDT pozitifliklerinde temaslı muayenelerinin yapılması gereklidir.

Bağışıklık baskılanması: TB riskini arttıran bağışıklığı baskılanmış TDT pozitif kişilere ilaçla koruma verilmesidir. Bu grup hastada TDT pozitifliği kriteri 5 mm ve üzeri değerlerdir. Koruma nedeni "Bağışıklık baskılanması" ise İlaçla Koruma Defterinde açıklama bölümüne "Hastalık adı/Kullanılan ilaç" yazılmalıdır.

TDT Konversiyonu: Son 2 yılda, başlangıç TDT sonrası booster için ikinci TDT yapılmış kişide: ya TDT negatif iken en az 6 mm artış göstermesi ve pozitifleşmesi ya da pozitifleşme olmasa bile 10 mm ve üzeri artış olmasıdır.

Fibrotik sekel lezyon: Eski TB ile uyumlu sekel lezyonu olan 35 yaş altındakilere ilaçla koruma tedavisi kararı verilmesidir. Burada sekel lezyon kararı önemlidir. Önceden TB tedavisi almamış ve akciğer filminde üst zonlarda parankimde sekel lezyonu olan, aktif TB hastalığı olmadığına kültür negatifliğini de göstererek bir hastanede karar verilmesi önerilir.

Diğer: Yukarıda sayılanlar dışında (Hayvan teması vb.) herhangi bir nedenle ilaçla koruma tedavisine başlanmışsa diğer seçeneği işaretlenir.

İlaçla koruma tedavisi sonuçları

Korumayı tamamlama: Yeterli süre koruyucu tedavi aldığı kararı ile ilaç kesilmesini gösterir.

Korumayı terk: Bir yıl içinde 6 aydan fazla koruyucu ilaç içmediği tespit edilen kişilerin koruma tedavileri korumayı terk olarak değerlendirilir.

Nakil: Koruyucu tedavi sırasında başka dispanser bölgesine nakil gidenlerdir. Bunların nakil işlemlerinde de aynı TB hastalarında olduğu gibi diğer dispanserde ilaçla koruma tedavisine devamın sağlanması esastır.

Ölüm: Koruyucu tedavi sırasında herhangi bir nedenle ölenlerdir.

TB hastası: Koruyucu tedavi başladıktan sonra TB hastası olduğu saptanan ve TB tedavisine başlanan hastalardır.

Diğer: Yukarıda sayılanlar dışında başka herhangi bir nedenle koruma tedavisi sonlandırılanlar bu başlık altında gösterilir.

A. GİRİŞ

Tüberküloz (TB) kontrolünde kayıt, raporlama ve verilerin analiz edilmesi programın önemli bir unsurudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) günümüzde belirli standartlarda veri istemektedir. Ülkemizin dahil olduğu DSÖ Avrupa Bölgesinde yürütülen özel TB süveyansının da standart veri seti vardır. Her iki süveyans çalışmasının sonuçları yıllık raporlar halinde kamuoyuna iletilmekte ve bu bilgiler değerlendirme ve planlamalarda esas alınmaktadır.

Ülkemizin 1960 sonrası yürüttüğü verem savaşı (TB kontrolü) çalışmalarında bir kayıt ve raporlama sistemi kurulmuş ve verem savaşı dispanserlerinde (VSD) kayıtlı hastaların bilgileri düzenli olarak toplanmış, analiz edilip yayımlanmıştır. Bu kayıt ve raporlama sistemi 1970'lerde yenilenmiştir.

Ülkemizde yürütülen verem savaşı programının değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için gerekli verilerin sağlanması, DSÖ ve Avrupa süveyansının istediği kalitede veri hazırlama amacıyla yeni bir kayıt ve raporlama sistemi "Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Kılavuz, Tartışma İçin Taslak" kitabında, 1999 yılında önerilmiştir. 2003 yılında yayımlanan "Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü için Başvuru Kitabı" ile yeni formların basılıp kullanıma girmesi planlanmıştır. Ancak yeni formlar 2005 yılında basılıp dispanserlere dağıtılmış ve eski formlarla eş zamanlı olarak kullanılmıştır. Böylece formların kullanılabilirliği sahada denenmiştir. Son şekli verilen formlar 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Form Komisyonunca onaylanmıştır.

Son olarak, tüberküloz hasta kayıt ve bildiriminin hızlı ve güvenilir biçimde yapılması, karar destek hizmetlerinin kesintisiz sürdürülebilmesi, ulusal ve uluslararası raporlamaların doğru olarak yapılabilmesi amacıyla 2018 yılında HSYS altında bir modül olarak kurulan Ulusal Tüberküloz Sistemi (UTS)'ndeki düzenlemelerin ve 2019 yılında basımı ve dağıtımı yapılan Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberindeki yeni tanımlamaların kayıt ve raporlama sistemine uyarlanması amacıyla sahanın değişen gereksinimleri de göz önüne alınarak 2021 yılında güncellenen bu rehber kullanıma sunulmuştur.

B. FORMLAR

PROTOKOL DEFTERİ (VSD-01)

VSD'ye muayene, tetkik, tarama, rapor alma, tedavi, vb. nedenlerle sağlık hizmeti için başvuran kişilerin kaydedildiği defterdir. Dispanserin girişindeki kayıt bölümünde bulunur ve dispansere başvuran her kişi bu deftere kaydolduktan sonra dispanserden hizmet alır. Ay sonunda Aylık Çalışma ve İkmal Raporu (VSD-17) doldurulurken bu defterdeki kayıtlardan yararlanır.

Protokol defterinde; dispansere başvuran her kişi, her gelişinde, deftere kaydedilir ve protokol numarası verilir. Protokol numarası her yıl "1" rakamından başlar. Dispanserde birden fazla protokol defteri kullanılması gerektiği durumlarda, her defter için bir harf seçilir (A, B, C, Ç, D, gibi). Bu harf, deftere kaydedilen kişinin protokol numarasının önüne eklenir ve protokol numarası A-1, A-2, A-3, ... olarak devam eder. Daha önce kullanılan sıra numarası/protokol numarası uygulaması kaldırılmıştır ve tek numara ile kayıt getirilmiştir.

Kişinin adı soyadı, T.C. kimlik numarası, baba adı, doğum tarihi (gün/ay/yıl olarak, örneğin 18/02/1985), cinsiyeti (E: erkek/K: kadın biçiminde), sağlık güvencesi, adresi ve telefonu ilgili bölümlere okunaklı olarak yazılır. Adres bilgisi, hastaya ulaşmak için alınmaktadır, hastaya ait olan adresin eksiksiz ve doğru olarak alınmasına özen gösterilmelidir.

Muayene nedeni bölümüne F, T, O, R (bakınız-Bkz; Tanımlar) harflerinden uygun olanı yazılır. Kişinin başka bir sağlık kuruluşu ya da özel hekim tarafından dispansere gönderildiği durumlarda, muayene nedeni yukarıdaki nedenlerden hangisine uyuyorsa, ilgili bölüme o harf konur. Kişinin daha sonraki gelişlerinde de protokol defterine kaydedilirken aynı başvuru nedeni yazılmalıdır.

Dispanser bölgesi dışından gelerek hastaneye yatmak amacıyla dispansere başvuranlar da ferdi (kişisel) başvuru gibi kaydedilir. Ancak bu tip hastalardan bölge dispanserinin bilgisi olması amacıyla İl/İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne TB hastası bildirimini yapılır.

Dispanser binası dışında, organize topluluklarda tarama yapıldığı takdirde, bu kişiler protokol defterine tek tek yazılmaz. Bu tür taramalarda Tarama, İleri Tetkik ve Sonuç Formu (VSD-03) kullanılır ve tamamlanan bu formlar özel dosyasında saklanır. Organize

topluluklardaki bu taramalarda, sadece bulunan şüpheliler muayeneye geldiklerinde protokol defterine kaydedilir.

Protokol defterinin son sütununda, Tanı/Sonuç bölümünde kişinin tanısı ve yapılan işlem (reçete verilmesi, rapor verilmesi, tedavi verilmesi, vb.) günlük olarak yazılır. Bunu, İlk Başvuru Fişi (VSD-02)'nden kayıt görevlisi yazar.

Verem Savaşı Dispanserleri Kayıt ve Raporlama Sistemi Rehberi

PROTOKOL DEFTERİ

VSD-01

Protokol No	Tarih	Adı Soyadı	T.C. Kimlik No	Baba adı	Doğum Tarihi	Cinsiyeti (E/K)	Sağlık güvencesi	Adresi	Telefonu	*Muayene nedeni	Tanı - Sonuç

*Muayene nedenleri: F: Ferdi (kişisel) başvuru, T: Temassılı muayenesi, O: Organize topluluk taraması ileri tetkik, R: Rapor için başvuru

İLK BAŞVURU FİŞİ (VSD-02)

Bu fiş dispansere ilk defa başvuranların Protokol Defteri (VSD-01)'ne kaydedilmesinden sonra, başvuran her kişi için kayıt görevlisi tarafından doldurulur. Fişin doldurulmasında yazılacak bilgiler protokol defterindeki bilgilerle örtüşmelidir. Bu fiş kişinin muayenesinde, tetkiklerinin kaydedilmesinde ve arşivlenmesinde kullanılır.

Kişinin protokol defterindeki kaydında bulunan protokol numarası ve başvuru tarihi ilgili bölüme yazılır. Ayrıca soyadı, adı, baba adı, T.C. kimlik numarası, cinsiyeti, yaşı, sağlık güvencesi, adresi ve telefon numarası bölümleri doldurulur. İlk muayene sırasında, muayene nedeni olarak F, T, O, R (Bkz; Tanımlar) harflerinden uygun olanı yazılır.

Fişin üzerindeki kimlik bölümü mikrofilm cihazına uyacak biçimdedir (*uymadığı takdirde mikrofilm çekimi için başka bir kart kullanılır, fakat sonuç ilk muayene fişine işlenir*). Filmlere tarih çıkması için fişin üzerinde kimlik bölümündeki tarih net ve belirgin bir şekilde yazılmalıdır.

Fişin ait olduğu kişiye dispanserde radyolojik inceleme yapıldıysa, AC filmi sonucu olarak Y, N, T (Bkz: Tanımlar) harflerinden uygun olanı işaretlenir. TDT'nin yapılması durumunda testin yapılma tarihi ve endurasyonu (mm cinsinden) kaydedilir. BCG skarı olup olmadığı işaretlenir, skar izi varsa sayısı yazılır. Başvuran kişiye BCG aşısı uygulandıysa bu aşının yapılma tarihi yazılır. Kişiyi bakteriyolojik inceleme yapıldıysa bu tetkiklerin sonuçları fişte bulunan ilgili yere eksiksiz olarak yazılır.

Fişin arka yüzü, dört ayrı muayene ve sonuçların işlenebileceği şekilde bölünmüştür. Kişinin her başvurusundaki öyküsü, fizik bulguları ve değişimleri, istenen tetkikler ve sonuçları kısaca özetlenerek yazılır. Tarih, doktor adı ve imzası konulur. Bu kartın arka yüzünde bulunan bölümler dolduğunda yeni bir kart veya boş bir sayfaya bulgular yazılmaya devam edilir ve ilk karta iliştilir.

Bu fiş, dispanser arşivinde soyadı sırasına göre saklanır. Rapor için başvurularda normal bulunanların filmleri sağlam raporuna iliştilererek kişiye verilir. Sonuç Protokol Defterine (VSD-01) işlendikten sonra ilk muayene fişi atılır.

VSD-02	Tüberkülin deri testi		AC filmi sonucu		Protokol No		Soyadı :		
	Tarih	Endurasyon (mm)	<input type="checkbox"/> Yeniden çekim	<input type="checkbox"/> Normal			Adı :		
İLK BAŞVURU FİŞİ			<input type="checkbox"/> Tetkik					Baba adı :	
	BCG skar izi		Yeni BCG aşısı				T.C. Kimlik No		
	Skar yok	(.....)	Tarihi	Seri No	Tarih:.....				
	Skar var, sayısı	(.....)							
	Bakteriyoloji (ARB)					Adres		Cinsiyeti (E/K)	
	Tarih	Materyal	Lab No	Mikroskopi	Kültür			Yaşı	
								Sağlık güvencesi	
								Muayene nedeni	
						Telefon:			

1. Muayene (Tarih)	3. Muayene (Tarih)
2. Muayene (Tarih)	4. Muayene (Tarih)

TARAMA, İLERİ TETKİK VE SONUÇ FORMU (VSD-03)

Bu form iki amaçla, tarama cetveli olarak ve ileri tetkik listesi olarak kullanılmaktadır. Tarama cetveli olarak kullanıldığında; dispanser bölgesindeki organize topluluklarda, dispanser binası dışında yapılan taramalarda filmi çekilenler listelenir. Formda tarama alanındaki “Planlı” yıllık yapılan programda dahilinde olan taramayı, “Temaslı” ise organize toplulukta TB hastası çıkmasından dolayı yapılan temaslı taramasını ifade eder. İleri tetkik listesi olarak kullanıldığında ise taramada çekilen filmlerin değerlendirilmesi sonucunda “T” harfiyle gösterilen ve dispanserde tetkiklerinin yapılması gereken kişiler listelenir. İleri tetkik sonuçları da yazılır.

Form doldurulurken taramanın yapıldığı kurumun adı, sağlık sorumlusunun adı soyadı, görevi ve irtibat kurulacak telefon numarası mutlaka yazılmalıdır. Tarama yapılma tarihi ve varsa ünite/rulo no yazılır.

Tarama cetveli olarak kullanıldığında formun kullanılma amacı bölümünde “tarama” yazan yerde Planlı veya Temaslı olandan uygun olan X ile işaretlenir. Film çekilen her kişiye bir sıra no verilerek, kişinin adı soyadı, yaşı ve cinsiyeti kaydedilir. Bu formun bir kopyası çekilen filmlerle birlikte bu filmleri okuyacak doktora/doktorlara gönderilir.

Akciğer filmlerini değerlendiren doktor/doktorlar öncelikle, okuma tarihi ve doktorun/doktorların ismi bölümünü doldurduktan sonra filmleri değerlendirir ve ön tanı olarak “Y, N, T” (Bkz; Tanımlar) kısaltmalarından uygun gördüğünü ilgili yere yazar. Yeniden çekim gerekenler için tarama ekibiyle görüşülerek, dispanserde veya tarama aracıyla yeni filmlerinin çekilmesi sağlanır.

Taranan kişilerin ileri tetkikleri başka bir dispanserde yapılacaksa, film okuma sonuçları yazılı bulunan bu form tarama yapan ekip aracılığıyla ilgili dispansere gönderilir.

İleri tetkikleri yapacak olan dispanser, film okuma sonucu “T” harfiyle gösterilmiş olanları, ayrı bir VSD-03’e listeler ve bu kişileri ileri tetkiklerinin yapılması amacıyla dispansere davet eder. Bu yeni form doldurulurken formun kullanılma amacı bölümünde “ileri tetkik” yazan yer X ile işaretlenir.

İleri tetkik için dispansere gelenler protokol defterine kaydedilirken, muayene nedeni olarak O kısaltması kullanılır ve her biri için İlk Başvuru Fişi (VSD-02) çıkarılarak tetkikleri yapılır.

Dispanser, tetkikleri neticesinde son tanıyı sonuç bölümüne yazar. Son tanı normal, TB hastalığı, TB dışı akciğer hastalığı, TB sekeli olabilir. Hasta bulunanlar gerektiğinde başka bir sağlık kurumuna sevk edilebilir.

İleri tetkik sonuçları işlendikten sonra bu formun bir kopyası taranan kuruma, bir kopyası da tarama yapan ekibe gönderilir. Dispanserler kendilerinde bulunan formları her yıl için özel bir dosyada saklar.

TDT KAYIT CETVELİ (VSD-04 a)

Bu cetvel dispanserde aşı odasında bulunur. Dispanserde, tüberkülin deri testi (TDT) uygulanan kişilerin listelenmesinde kullanılır. Ay sonunda Aylık Çalışma ve İkmal Raporu (VSD-17) doldurulurken bu cetveldeki kayıtlardan yararlanılır. Sayfa numarası verilerek, her ay için ayrı bir dosyada olmak üzere dispanser arşivinde saklanır.

Cetvelin üzerindeki il ve ilçe, köy veya mahalle, tarama yapılan kuruluş, tarama yapan kuruluş, tarama yapan kişi, TDT yapılma tarihi bölümleri eksiksiz doldurulur. Kişinin adı soyadı, T.C. kimlik no, yaşı ve cinsiyeti ve kişideki BCG skar izi sayısı, TDT seri no yazılır. TDT yapıldıktan 72 saat sonra okunan tarih ve endurasyon çapı mm olarak TDT endurasyon çapı bölümüne kaydedilir.

TDT tetkik nedeni olarak TB Temaslısı, Bağışıklık Baskılaması, TB Şüphelisi, BCG Öncesi, İşe Giriş (Tarama), Sağlık Çalışanı (Periyodik Tarama), Okul/Yurt Kayıt, Diğer seçeneklerinden uygun olan yazılır.

Bu cetvel dispanser dışında yapılan TDT uygulamalarında da aynı şekilde kullanılır.

TDT KAYIT CETVELİ

VSD-04 a

İl ve ilçe :

Köy veya mahalle / Tarama Yapılan Kuruluş :

TDT yapan kuruluş :

TDT yapan kişi :

Sıra No	TDT yapılma tarihi	Adı Soyadı	TC Kimlik No	Yaşı	Cinsiyeti (E/K)	BCG skar sayısı	TDT seri no	TDT okuma tarihi	TDT endurasyon çapı (mm)	TDT tetkik nedeni*
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

Bu form günlük olarak kullanılır. Ertesi iş günü yeni forma kayıt yapılır.

*TDT tetkik nedeni: TB Teması, Bağışıklık Baskılaması, TB Şüphelisi, BCG Öncesi, İşe Giriş (Tarama), Sağlık Çalışanı (Periyodik Tarama), Okul/Yurt Kayıt, Diğer

BCG KAYIT CETVELİ (VSD-04 b)

Bu cetvel de dispanserde aşı odasında bulunur. Dispanserde, BCG aşısı uygulanan kişilerin listelenmesinde kullanılır. Ay sonunda Aylık Çalışma ve İkmal Raporu (VSD-17) doldurulurken bu cetveldeki kayıtlardan yararlanır. Sayfa numarası verilerek, her ay için ayrı bir dosyada olmak üzere dispanser arşivinde saklanır.

Cetvelin üzerindeki il ve ilçe, aşığı yapan kuruluş, aşığı yapan kişi, BCG yapılma tarihi bölümleri eksiksiz doldurulur. Kişinin adı soyadı, T.C. kimlik no, telefon no, yaşı, cinsiyeti ve kişideki BCG skar izi sayısı yazılır. TDT yapıldıktan 72 saat sonra okunan endurasyon çapı mm. olarak TDT endurasyon çapı bölümüne kaydedilir. Son sütunda da BCG seri no kaydedilir. Aşılama sırasında BCG seri no değişirse cetvelin geri kalan satırları boş bırakılır, cetvelin arka yüzüne ya da yeni bir cetvele başlanır.

Bu cetvel dispanser dışında yapılan BCG aşısı uygulamalarında da aynı şekilde kullanılır.

BCG KAYIT CETVELİ

VSD-04 b

İl ve ilçe :

BCG yapan kuruluş :

BCG yapan kişi :

Sıra No	BCG yapılma tarihi	Adı Soyadı	TC Kimlik No	Telefon No	Yaşı	Cinsiyeti (E/K)	BCG skar sayısı	TDT endurasyon çapı (mm)	BCG seri no
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Bu form günlük olarak kullanılır. Ertesi iş günü yeni forma kayıt yapılır.

RÖNTGEN KAYIT DEFTERİ (VSD-05)

Bu deftere dispanserde çekilen standart filmler, mikrofilmler ve dijital filmler kaydedilir. Dispanserin röntgen ünitesinde bulunur ve radyoloji teknisyenleri tarafından doldurulur. Ay sonunda Aylık Çalışma ve İkmal Raporu (VSD-17) doldurulurken bu defterdeki kayıtlardan yararlanılır ve sarflar gösterilir.

Her standart akciğer film çekimi yapıldığında defter sıra no, filmin çekilme tarihi, kişinin protokol numarası, kayıtlı hasta ise TB hasta defteri no (Tüberküloz Hasta Defteri'nden VSD-10), filmi çekilen kişinin adı soyadı yazılır ve çekilen filmin boyutları, mikrofilm ya da dijital film olup olmadığı ilgili kutucuk işaretlenerek gösterilir. Teknik hata gibi nedenlerle tekrar film çekilmesi gerektiğinde iptal edilen film satırına bunun nedeni belirtilir ve ayrı bir sıra no ile tekrar kayıt yapılarak yeni film çekilebilir. Aynı hastaya birden fazla film çekilmişse, her film için yeni bir sıra numarası verilerek yeni bir satırda gösterilir. Böylece bir satıra bir tek film karşı gelir, film harcamaları daha kolay takip edilebilir.

Defter sıra numarası her ay yeniden 1 rakamından başlayarak verilir. Her ayın sonunda toplamlar yapılır, sayfanın devamına yazılır ve dispanser sorumlu hekimi tarafından kontrol edilerek onaylanır. Bir sonraki ay yeni bir sayfadan başlanır.

RÖNTGEN KAYIT DEFTERİ

VSD-05

*Defter Sıra No	Tarih	Protokol No	TB Hasta defteri No	Adı Soyadı	24x30	30x40	35x35	Mikro film	Dijital	**Açıklama

*Her satıra sadece 1 film yazılır. Aynı kişinin birden fazla filmi çekilirse, her filmi yeni bir satıra kaydedilir.

**Sağlık güvencesi ve 2 yönlü/ 3 yönlü çekim bilgisi "Açıklama" bölümüne eklenir.

BAKTERİYOLOJİ LABORATUVARI DEFTERİ (VSD-06)

Bu defter dispanserin bakteriyoloji laboratuvarında bulunur. Dispanserde yapılan direkt yayma veya teksif muayenelerinin sonuçlarıyla, kültür ve ilaç duyarlılık testi (İDT) için ilgili başka bir laboratuvara gönderilen materyallerin bakteriyolojik muayene sonuçlarını kaydetmek içindir. Bakteriyolojik incelemeleri kendisinin yapmadığı ve materyalleri ilgili başka bir laboratuvara gönderen dispanserlerde de bu defter sorumluluk verilen sağlık personeli tarafından doldurulur. Hastalardan alınan materyale ait tüm sonuçlar takip edilerek defterin eksiksiz tutulması sağlanmalıdır. Ay sonunda Aylık Çalışma ve İkmal Raporu (VSD-17) doldurulurken bu defterdeki kayıtlardan yararlanır.

Deftere kayıt sırasında alınan her materyale her yıl 1 rakamından başlayan bir sıra numarası verilir. Aynı kişinin vermiş olduğu birden fazla materyalin muayenesi için ayrı ayrı sıra numarası verilir. Muayenenin yapıldığı tarih, kişinin protokol numarası, kayıtlı hasta ise TB hasta defteri no (Tüberküloz Hasta Defteri'nden VSD-10) yazılır. Materyali veren kişinin adı soyadı ve T.C. kimlik numarası kaydedilir. Dispanser dışında bir hekim veya kurumdan bakteriyolojik inceleme istenmişse, bu istemde bulunan hekim/kurum adı ve varsa irtibat telefonu yazılır.

Materyal alma nedeni olarak kişiden TB tanısı için materyal alınmışsa **“Tanı”**, tedavi takibi sırasında alınmışsa kaçınıcı ayda olduğu yazılarak **“Tedavi takibi ayı”**, tedavi bittikten sonra ilaçsız kontrol döneminde alınmışsa **“Tedavi sonrası”** seçeneği işaretlenir. Önceki tedavi öyküsü bölümü doldurulurken; incelenmek amacıyla materyal alınan kişi daha önce hiç TB tedavisi görmemişse veya bir aydan fazla TB tedavisi için ilaç kullanımı yoksa **“Yok”**, bu tedavi döneminden öncesinde bir aydan fazla TB ilaçlarını kullanmışsa **“Var”**, bu konuda net bilgi alınamıyorsa **“Bilinmiyor”** seçeneği işaretlenir.

Alınan materyalin cinsi (balgam, AMS, BAL, plevral sıvı, vd.) yazıldıktan sonra dispanserde yapılan direkt yayma sonucu işaretlenir, dispanserde direkt yayma yapılmamışsa bakılmadı olarak kaydedilir. Eğer hastadan alınan materyal, kültür ve İDT çalışılması amacıyla başka bir laboratuvara gönderildiyse, gönderme tarihi ilgili sütuna yazılır. Bu laboratuvardan sonuç gelince materyalin aldığı sıra numarasıyla birlikte direkt yayma (D), teksif (T) ve kültür (K) sonuçları ilgili sütunlarda “+++”, “++”, “+”, “-” şeklinde yazılır. Ayrıca İDT yapıldıysa sonucu geldiğinde, ilgili ilaç sütunlarının altına dirençli olanlara “R-rezistan”, hassas olanlara “H” harfi

yazılır. Basil türü de belirtilmişse “*M. tuberculosis*” veya “*tüberküloz dışı mikobakteri*” ya da basilin tür adı belirtilir. Materyalin gönderildiği laboratuvar da eklenir. Ek bir açıklama yazılması gerektiğinde açıklama sütunu da ayrılmıştır.

Bölge TB laboratuvarında da aynı defter kullanılır ve yukarıda açıklandığı şekilde doldurulur. VSD’lerden materyallerle birlikte gelen Laboratuvar Analiz Fişi (VSD-07)’nde yazılı bulunan bilgilerden faydalanılır. İstemde bulunan hekim/kurum bölümünde materyali incelenmek amacıyla gönderen dispanser adı yazılır. Bu defter dispanserde ve bölge TB laboratuvarında muhafaza edilir, imha işlemine tabi tutulmaz.

LABORATUVAR ANALİZ FİŞİ (VSD-07)

Dispanserler, hastaların vermiş oldukları materyalleri (balgam vb.) bakteriyolojik incelemelerinin yapılması amacıyla bölge TB laboratuvarı veya başka bir laboratuvara gönderirken bu fişi üç nüsha olarak doldurur. Materyalle birlikte bu üç nüshayı da gönderir.

Hastanın adı soyadı, T.C. kimlik numarası, protokol numarası, TB hasta defteri numarası (Tüberküloz Hasta Defteri'nden VSD-10) yazılır. Materyal alma nedeni ve daha önceki TB tedavi öyküsü bölümünün nasıl doldurulacağı Bakteriyoloji Laboratuvarı Defteri (VSD-06) açıklamaları bölümünde tarif edilmiştir.

Fişin sol kısmındaki dispansere ait kısım eksiksiz doldurulduktan sonra fişin üç nüshası da ilgili TB laboratuvarına hastadan alınan materyalle birlikte gönderilir. Materyali teslim alan laboratuvar, gelen fişteki bilgilerle kendisinde bulunan Bakteriyoloji Laboratuvarı Defteri (VSD-06)'ni doldurur. Direkt yayma veya teksif incelemesi yaptıysa, fişin orta kısmındaki kendi laboratuvarına ait bölümü doldurur ve sonucu fişin bir nüshası ile hemen dispansere bildirir. Kültür sonuçları alındığında ikinci nüsha doldurularak dispansere yollanır. Son nüsha ise kültür yapan TB laboratuvarında saklanır.

Kültür yapan TB laboratuvarı, İDT için materyali başka bir laboratuvara gönderiyorsa veya kendisi İDT yapacaksa aynı fişi üç nüsha olarak yine doldurur. Bu nüshaların üçü de İDT çalışan laboratuvara gönderilir. İDT yapan laboratuvar test sonuçlarını iki nüsha ile kültür yapan bölge veya diğer TB laboratuvarına geri gönderir. Kültür yapan laboratuvar da kendisine gelen fişlerden birisini materyali gönderen dispansere gönderir, diğerini kayıtlarına geçirdikten sonra saklar.

Dispansere gelen tüm sonuçlar hemen dispanserde bulunan bakteriyoloji laboratuvarı defterinde materyalin kayıtlı olduğu satıra yazılır, kişinin İlk Muayene Fişi (VSD-02)'ne ve hasta ise Tüberküloz Hastası İzleme Fişi (VSD-11)'ne kaydedilir, hasta dosyasında saklanır.

LABORATUVAR ANALİZ FİŞİ

VSD-07

Adı Soyadı		T.C. Kimlik No		Protokol No		TB Hasta Deferi No	
*Materyal alma nedeni				Daha önceki TB tedavi öyküsü			
() Tanı (tedavi öncesi, başlangıcı)				() Yok			
() Tedavi sürerken (tedavinin ayı)				() Var (..... ay)			
() Tedavi sonrası takibi				() Bilinmiyor			
VSD laboratuvarı		Kültür Yapan Laboratuvar		İlaç duyarlılık testi (IDT) yapan laboratuvar			
Dispanser adı		Laboratuvar adı		Laboratuvar adı			
Materyal alma tarihi		Materyal gelme tarihi		Kültür gelme tarihi			
VSD lab. sıra no		Laboratuvar sıra no		Laboratuvar sıra no			
Materyal cinsi		Direkt yayma sonucu		Ekim tarihi			
Direkt yayma sonucu		Teksif sonucu		Okuma tarihi			
VSD dışından istenmişse tetkik isteyen doktor, kurum		Kültür sonucu		İDT sonuçları hassas = H , rezistan = R			
		Kültür okuma tarihi		İzoniyazid	(.....)		
				Rifampisin	(.....)		
				Etambutol	(.....)		
				Streptomisin	(.....)		
				Pirazinamid	(.....)		
Materyali alan VSD görevlisi		Laboratuvar sorumlusu		Basil türü:.....			
Açıklama				Laboratuvar sorumlusu			

* Tanı için alınanlarla (tedavi öncesi, başlangıcı), tedavinin 3. ay ve sonrasında alınan materyallerden üreyenlere ilaç duyarlılık testi yapılacaktır.

İLAÇ SARF DEFTERİ (VSD-08)

Bu defter TB hastalarının tedavisi için ücretsiz olarak verilen ve Ayniyat Talimatnamesi gereğince sarfın gösterilmesi gereken ilaçlar için düzenlenmiştir. Ayniyata tabi olmayan ilaçlar bu deftere yazılmaz. Ay sonunda Aylık Çalışma ve İkmal Raporu (VSD-17) doldurulurken bu defterdeki kayıtlardan yararlanılır.

Hastaya veya doğrudan gözetimli tedavi (DGT) uygulayıcısına her ilaç verilisinde bilgiler bir satıra kaydedilir. Defter sıra numarası her ay yeniden 1 rakamından başlar. İlaç verilme tarihi, protokol numarası, TB hasta defteri numarası, hastanın adı soyadı yazılır. Hastaya verilen ilaçların adet olarak miktarları ilacın isminin [İzoniyaizid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), Etambutol (E), Streptomisin (S), H 100, R 150, R 100 Süsp.] ve dozunun bulunduğu sütuna yazılır. Açıklamaya ilaç alma nedeni (dosyalı/koruma/misafir hasta vb. bilgi) yazılır.

Dispanserde yapılan DGT uygulamalarında, hastaya her gün ilaç içirildiğinde ayrı ayrı bu deftere kaydedilmesi uygun değildir. Hastanın kullanacağı ilaçlar aylık veya iki haftalık olarak dispanserde çalışan DGT uygulayıcısına verilir ve ilaç sarf defterine kaydedilir. Hastaya günlük ilaç içirilmesinin takibi ve kayıtları Tedavi Takip Kartı (VSD-12) ile yapılır.

Her ayın sonunda yapılan ilaç sarflarının toplamları hesaplanır ve sayfanın devamına yazılır. Dispanser sorumlu hekimi tarafından kontrol edilerek onaylanır. Bir sonraki ay yeni bir sayfadan ve sıra numarası 1'den tekrar kaydedilmeye başlanır.

İLAÇ SARF DEFTERİ

VSD-08

Defter Sıra No	Tarih	Protokol No	TB hasta defteri No	Hastanın Adı Soyadı	H 300	R 300	Z	E	S	H 100	R 150	R 100 Süsp.	Açıklama*

*Açıklamaya ilaç alma nedeni (dosyalı/koruma/misafir hasta vb. bilgi) yazılacaktır.

TÜBERKÜLOZ HASTASI BİLDİRİM DEFTERİ (VSD-09)

Bu defter iki yerde tutulur. TB İl Koordinatörlüğü'nde İl Sağlık Müdürlüğü'nden gelen TB hastası bildirimlerinin kaydı, dağıtımı ve sonuçları için, VSD'lerde de koordinatörlükten gelen TB hastası bildirimlerinin kaydı, sonuçlandırılması ve geri bildirim için kullanılır.

Bir TB hastasına tanı koyan veya tedavi başlayan hekim bildirim yapmakla yükümlüdür. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar sürveyansını düzenleyen 2015/18 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemleri Genelgesinde tarif edildiği üzere; sağlık kurumlarında tanı konulan bulaşıcı hastalık vaka bildirimleri elektronik ortamdaki "bulaşıcı hastalık bildirim ekranları" aracılığı ile E-Nabız'a aktarılmakta, bununla birlikte "Form-014" çıktısı alınarak fiziki ortamda yerel sağlık otoritesine gönderilmektedir.

1 Ocak 2020 tarihi itibarıyla tanı konulan bulaşıcı hastalık vaka bildirimleri için Form-014 çıktısı üretilmesi ve bu formların TSİM'e girilme uygulamasına son verilmiştir. Bu tarih itibarıyla tanı konulan bulaşıcı hastalık vakalarına yönelik bildirimler elektronik ortamda E-Nabız'a yapılacak, vaka takipleri ve vakalara yönelik inceleme işlemleri de yalnızca İZCİ üzerinden yapılacaktır. İhbarı zorunlu hastalıkların elektronik ortamdaki bildirimine ek olarak en hızlı iletişim araçları kullanılarak ihbar edilmesi uygulaması devam edecektir. İl Sağlık Müdürlüğüne gelen bildirimlerden adresi aynı ilde bulunanlar, en kısa sürede TB il koordinatörüne iletilir ve bu deftere kaydedilir. İlde birden fazla dispanser varsa TB il koordinatörü hastanın adresine göre sorumlu olan dispansere bildirir.

Dispanser, gelen bildirimleri geliş sırası ve geliş tarihleriyle kendi bildirim defterine kaydettikten sonra hastaya ulaşır. Hastaya ulaşmak üzere telefon etmek, adresine ziyaretçi hemşire göndermek, gerekiyorsa mülki idare makamları ile ve kayıtlı olduğu Aile Hekimi ile bağlantı kurmak gibi her yolu denemek gereklidir. Ulaşılan hastalarla ilgili sonuçların TB il koordinatörlüğüne geri bildirilmesi zorunludur. Bildirimin gelişi üzerinden 2 ay geçtiği halde ulaşılamayan hastalar için defterdeki ulaşılamadı bölümünü işaretler ve TB il koordinatörüne resmi bir yazı ile bildirir. Sonuç bildirme yazılarının bir örneği dispanserde ayrı bir dosyada saklanır.

TB hasta bildirim defterinde sıra numarası her yıl 1 rakamından başlar. Bildirimin geldiği tarih yazılır. TB İl Koordinatörü No bölümü sadece dispanserde tutulan defterde doldurulur ve

koordinatörden dispansere gönderilen bildirimde bulunan il koordinatörü bildirim defteri sıra numarası buraya yazılır. Eğer dispansere kaydedilen bildirimde bu numara yazılı değilse bu bildirim koordinatörlükten geçmediği anlaşılır ve doğrudan gelen bu bildirim koordinatörlükte tutulan bildirim defterine kaydı sağlanır. TB İl Koordinatörü No ile birlikte hastanın İZCİ Bildirim no'su da yazılmalıdır.

Gelen bildirimdeki hastanın adı soyadı, T.C. kimlik numarası, baba adı, doğum yeri, doğum tarihi, cinsiyeti, adresi ve telefon numarası kaydedilir. Bildirimi yapan hekim veya sağlık kurumu ile bildirim yapıldığı tarih yazılır. Bildirimin gideceği dispanser bölümü sadece koordinatörlükte tutulan defterde doldurulur.

Ara bilgi bölümüne hastaya ulaşmakla ilgili yapılan çalışmalar ve bilgiler varsa onlar yazılır: örneğin, "hastanede yatıyor", "telefon yanlışı", "ölümden bildirim" gibi.

Bildirim sonucu bölümünü doldururken, dispanserin yaptığı araştırma ile ulaştığı sonuç (Bkz: Tanımlar) işaretlenir. Açıklama bölümünde ise bildirim sonucu olarak başka yerde tedavi, bölge dışı bildirim, ulaşılamadı seçenekleri işaretlenmişse daha geniş açıklama yazılacaktır.

Bu defter dispanserde ve TB il koordinatörlüğünde muhafaza edilir, imha işlemine tabi tutulmaz. İlde sadece bir dispanser varsa, koordinatörlük ve dispanserde ayrı ayrı Tüberküloz Hastası Bildirim Defteri (VSD-09) tutulmasına gerek yoktur.

TÜBERKÜLOZ HASTA DEFTERİ (VSD-10)

Dispanserin tedaviye aldığı ve tedavisini izlediği tüm TB hastalarına ait bilgiler bu deftere kaydedilir. Bir anlamda dispanserin en önemli kayıtlarını içerir. Bu nedenle dispanser hekimi tarafından doldurulması gereklidir. Bu deftere kaydedilen hastaya ayrıca Tüberküloz Hastası İzleme Fişi (VSD-11), Tedavi Takip Kartı (VSD-12) ve Hasta Bilgi Kartı (VSD-13) çıkarılır. Ay sonunda Aylık Çalışma ve İkmal Raporu (VSD-17) doldurulurken bu defterdeki kayıtlardan yararlanır. Ayrıca olgu temelli bireysel kayıt ve raporlama sisteminin gereği olarak UTS'ye girilen ve Tüberküloz Dairesi Başkanlığına resmi yazıyla gönderilen bilgilerin kaynağı bu defterdir.

Tüberküloz Hasta Defterine ilk olarak dispanserin bulunduğu il ve dispanser adı ve yılı her iki sayfaya yazılır. Bu defterin sol ve sağ sayfaları birlikte değerlendirileceğinden sağ ve sol sayfalara da aynı numara verilir. Yıl sonundaki numaralar bir sonraki yılda devam etmez.

Deftere kayıt sırasında her hastaya bir sıra no verilir, bu sıra no her yıl 1 rakamından başlar. TB hasta defteri no, Tüberküloz Hasta Defteri (VSD-10)'nde hastaya verilen sıra numarasının başına kayıt yılının son iki rakamının ayırıcı bir kesme işareti ile eklenmesi ile oluşturulur (örneğin 2021 yılında Tüberküloz Hasta Defterine 24. sıra numarası ile kaydedilen hasta için 21/24 kullanılır).

Ayrıca dosya açılma tarihi, protokol numarası, hastanın adı soyadı, T.C. kimlik numarası, baba adı, doğum tarihi, cinsiyeti, doğduğu ülke adı yazılır. Yabancı ülke doğumlu olanlarda kaç yıldır Türkiye'de buldukları parantez içinde belirtilmelidir. Hastanın sağlık güvencesi ve bağlı olduğu aile hekimi de yazılır. Hastanın muayene nedeni olarak F, T, O, R'den (Bkz: Tanımlar) uygun olanı yazılır.

TB tedavisine başlayan sağlık kurumunun/doktorun adı, tanı ve tedavi başlama tarihi yazılır. TB tedavisine başlama tarihi ilk ilaç içtiği tarihtir, bu tarih dispansere kaydedildiği tarihten farklı olabilir.

TB tedavisi öyküsüne göre olgu tanımı (Bkz: Tanımlar) yapılarak işaretlenir. Hastalığın yeri (Bkz: Tanımlar) bölümü doldurulur. Hastadan alınan bir materyalin histopatolojik incelemesiyle tanı konulmuşsa ve tedaviye başlanmışsa bu durum işaretlenir ve materyalin cinsi yazılır.

Defterin ikinci sayfasında tanıdaki bakteriyolojik inceleme (mikroskopi, kültür ve İDT) ve moleküler test sonuçları kaydedilir. Hastaya dispansere başvurmadan önce inceleme yapılmışsa ve çıkan bu sonuçlara göre tedavi başlanmışsa bu inceleme neticesi yazılır. Hangi laboratuvar da inceleme yapıldığı ve biliniyorsa sıra numarası da kaydedilir. Birden fazla laboratuvar tetkik neticesi varsa pozitif (+++, ++, +) olanlar yazılır. Pozitif sonuçların yazılma önceliği vardır. Ayrıca tedavi başlangıcındaki bu incelemenin kültür ve İDT sonuçlarının takip edilmesi önemlidir. Mikroskopisi yapılan materyal cinsinin yazılması da unutulmamalıdır.

Takipte bakteriyoloji bölümüne; 2. ay sonu, 3. ay sonu, 5. ay sonu ve tedavinin son ayında yapılan bakteriyolojik incelemeler (mikroskopi/yayma ve kültür) kaydedilmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken en önemli nokta bu ayların tedavi başlangıç tarihine göre hesaplanmasıdır. Dispanserde tedavisine başlanan hastalarda daha kolay hesaplanan takip ayları, hastanede tedavisine başlanan ve bir süre yatarak ilaç kullanan hastalarda özellik arz etmektedir. Örneğin 3 ay yatarak tedavi görmüş bir hastanın 2. ve 3. ay sonu bakteriyolojisine hastaneden ulaşılarak bu deftere kaydedilmelidir. 2. ay ve 3. ay bakteriyolojisi negatifleşme takibi için gereklidir. 5. ay bakteriyolojisi tedavi başarısızlığı tanımı koyabilmek için önemlidir. Yeni olgularda 6. ay, nüks ve takip dışı kalıp dönen olgularda 8. ay bakteriyolojisi tedavi sonuçlarının raporlanması için gereklidir.

Tedavi sonlandırıldığı zaman sonlandırma tarihi ve kullandığı tedavi rejimi yazılır. Tedavi rejimi hastanın tedavisindeki ilaçları kaç ay ve hangi düzende kullandığını gösteren bir şekilde yazılır. İlk yazılan rakamlar ay sayısını, daha sonra yazılan harfler ise kullandığı ilaç kısaltmalarını belirtir. Örneğin: 2HRZES/1HRZE/5HRE yazıldığında 2 ay HRZES, 1 ay HRZE ve 5 ay HRE ilaçlarının kullanıldığı anlaşılmaktadır. Tedavi rejimi yazılırken hastanın kullandığı ilaçlara göre sürelerin belirtilmesi gereklidir. Bazı hastaların tedavileri süresince kısa ara vermeleri varsa tedavi rejimi yazılırken dikkate alınır.

Hastanın tedavi sonucu ve DGT uygulaması bölümü (Bkz: Tanımlar) doldurulur. Hastanın başka bir dispanser bölgesine nakil gitmesi durumunda, bu hastaların tedavi sonuçlarını nakil gittiği dispanser UTS'ye girecektir. Ulusal raporlamada "nakil giden" tanımı, sadece yurt dışına nakil giden hastalar için kullanılmaktadır. *(Nakil gelen hastaların olgu tanımı değişmemektedir.)*

Yorum bölümüne hastanın tanısının TB olmadığına anlaşıldığı ve doğru tanısı, olgu tanımında saptanan özellikler (örneğin, nüks olgu için 12 yıl önce 9 ay tedavi gördüğü yazılabilir), nakil gidenler için gittiği dispanser adı, nakil gelenler için hangi dispanserden geldiği, tedavisine ara verenlerin kaç kez ne kadar süre ara verdiği, takip dışı kalanlar için tedavinin kaçınıcı ayında takip dışı kaldığı ya da tedavi bitiminde neden balgam bakılmadığı gibi konular yazılır. Ayrıca eğer hasta cezaevinde hastalanmışsa bu durum da burada belirtilir.

Bu defter dispanserde muhafaza edilir, imha işlemine tabi tutulmaz.

Tüberküloz Hasta Defterinde (VSD-10) kayıtlı olan hastalara ait bilgilerden ulusal sörveyans için gerekli olanlar, Tüberküloz Dairesi Başkanlığı tarafından TUTSA Raporu ile toplanır. UTS Tüberküloz Raporlar bölümünden indirilen TUTSA Raporunu her dispanser titizlikle kontrol eder, TB il koordinatörü ve İl Sağlık Müdürlüğü kanalıyla Tüberküloz Dairesi Başkanlığına gizlilik derecesine uygun şekilde gönderir. TUTSA Raporunun gönderilme zamanları Epidemiyolojik Değerlendirme ve İstatistik Birimi tarafından belirlenen tarihlerde resmi yazıyla yapılır.

Dispansere kaydedilerek tedavi edilen hastaların bir yıl sonraki tedavi sonuçlarının raporlanması, UTS Tüberküloz Raporlar bölümünden ve TUTSA Tedavi Sonuç Raporunun VSD-10'dan sisteme girilen kayıtlara göre yapılır.

Verem Savaşı Dispanserleri Kayıt ve Raporlama Sistemi Rehberi

TÜBERKÜLOZ HASTA DEFTERİ - I

Dispanserin İli:

Yılı:

Sayfa No:

Dispanserin Adı:

TB hasta defteri sıra no	Dosya açılma tarihi	Adı Soyadı	Baba adı	Doğum Tarihi	*Doğduğu ülke adı	Sağlık güvencesi	**Muayene nedeni (F,T,O,R)	Tedavi başlanan kurum	Tanı tarihi	OLGU TANIMI				****HASTALIĞIN YERİ		HİSTOPATOLOJİK TANI	HIV Testi Yapıldı mı? (Evet: E/ Hayır: H/ Bilinmiyor: ?)	
	Protokol no	T.C. Kimlik No		Cinsiyeti (E/K)		Aile hekimi		Tedavi başlayan doktor	***Tedavi başlama tarihi	Yeni	Nüks	Takip Dışı Kalıp Dönen	Tedavi başarısızlığından gelen	Akciğer	Akciğer dışı	Akciğer dışı ise organ / organlar		Yok / Var (yazınız)	Varsa Materyal

* Türkiye dışında doğumlu olanlarda kaç yıldır Türkiye'de yaşadıkları parantez içinde belirtilecektir.

*** Tedavi başlama tarihi: Tedaviye hastanede, VSD'inde, muayenehanede, nerede başlanırsa başlansın hastanın ilaçlarını içmeye ilk başladığı tarih yazılacaktır.

** Muayene nedeni olarak (F) ferdi başvuru, (T) temaslı muayenesi, (O) organize topluluk ileri tetkiki ve (R) rapor başvurusu yazılacaktır.

****Hem akciğer hem de akciğer dışı TB varsa, ikisine de çarpı koyunuz. Miller TB için hem "akciğer", hem de "akciğer dışı" kutusuna çarpı konur ve organ bölümüne "miller" yazılır.

TÜBERKÜLOZ HASTASI İZLEME FİŞİ (VSD-11)

Bu fiş sadece tedaviye alınan TB hastaları için kullanılır. TB dışı hastalar ve ilaçla koruma tedavisine alınanlar için kullanılmaz. TB hastasına ait filmler, raporlar, laboratuvar analiz fişleri, temaslılara ait kayıtlar gibi tüm bilgi ve belgeler bu fişle birlikte bir dosyada muhafaza edilir. Bu fişin tamamı doktor tarafından doldurulur.

Fiş doldurulurken önce dispanserin bulunduğu il ve dispanser adı yazılmalıdır. Hastanın soyadı, adı, T.C. kimlik numarası, baba adı, protokol numarası, TB hasta defterine kayıt tarihi, Tüberküloz Hasta Defteri (VSD-10)'nde hastaya verilen sıra numarasının başına kayıt yılının son iki rakamının ayırıcı bir kesme işareti ile eklenmesi ile elde edilen TB hasta defter numarası ve tanı tarihi yazılır. Doğum tarihi, yaşı, cinsiyeti, medeni hali, sağlık güvencesi, mesleği, boyu ve kilosu, doğduğu ülke adı, bağlı olduğu aile hekimi kaydedilir ve yabancı ülke doğumlu olanların kaç yıldır Türkiye'de buldukları yazılır. TB'li hasta ile temas öyküsünün olup olmadığı sorgulanır. Temas durumu varsa ev içi veya ev dışı seçeneği işaretlenir ve temaslı olunan hastanın adı, soyadı ve yakınlığı yazılır. Muayene nedeni (Bkz: Tanımlar) olarak F, T, O, R seçeneklerinden uygun olanı işaretlenir. Hastanın BCG skarı durumu ve TDT sonucu tarih ve endurasyon çapı olarak yazılır. TB tedavisine alınan hastada doku tanısı amacıyla histopatolojik inceleme yapılmışsa bu durum materyal cinsi de yazılarak belirtilir.

Hastanın şikayetleri nedeniyle tanı için başvurduğu zamandaki semptomları sorgulanarak var olanlar işaretlenir. Dispansere gelmeden önce tedavi başlanmışsa, tedavi öncesi semptomlarının kaydına dikkat edilmelidir.

Eşlik eden hastalığı varsa seçeneklerden işaretlenir veya ilave olarak yazılır (*Diyabet, KOAH, Alerji, Astım, Karaciğer Yetmezliği, Konjenital İmmün Yetmezlik, Kronik Kalp Yetmezliği, Kanser, Hipertansiyon, İnme-Felç, Koroner Kalp Hastalığı, Covid-19 ve Diğer*).

Alkol Bağımlılığı, Sigara Bağımlılığı, Madde Bağımlılığı, Evsiz/Kimsesiz, Gecekonuda Yaşayan, Mülteci/Göçmen, Tutuklu/Hükümlü ve Sağlık Personeli olup olmaması gibi herhangi bir risk faktörü varsa uygun olanı işaretlenir.

Hastanın öyküsü, öz/soygeçmişi ve fizik muayene bulguları kısaca özetlenerek yazıldıktan sonra hastanın ikamet adresi ve telefon numarasının yanı sıra ulaşılabilecek ikinci bir adres ve 2. telefon (bir yakınının) alınarak kaydedilir. HIV testi yapıp yapılmadığı sorularak belirtilir.

Daha sonra hastanın olgu tanımı yapılır. Bunun için önceki tedavi öyküsü (Bkz: Tanımlar) dikkate alınarak Olgu Tanımı (A) bölümünde ilgili kutuya çarpı konur. Tanıda bakteriyoloji (B) işaretlenir. Dispansere gelmeden önce başka yerde tanı ve/veya tedavi almış hastalarda tanının konduğu tarihteki bakteriyolojik durum buraya yazılır. Hastalığın yeri (C) kutularından uygun olanına çarpı konulur (Bkz: Tanımlar). Hastalık tanımı bölümünde ise A, B ve C ile belirtilen “olgu tanımı + bakteriyoloji + tutulan organ” bir arada belirtilir. Örneğin “Yeni, yayma negatif, akciğer TB” ya da “Nüks, yayma pozitif, akciğer TB” ya da “Takip dışı kalıp dönen, akciğer dışı TB” gibi.

Tedavi başlama tarihi bölümünde tedaviye hastanede, dispanserde, muayenehanede, nerede başlanırsa başlansın, hastanın ilk ilaçlarını içtiği tarih yazılmalıdır. VSD dışında tedavi başlanmış hastaya tedavi başlanan sağlık kurumu ve tedavi kararı veren doktor ilgili kutulara yazılır.

Tedavi sonlandırma tarihi, tedavi sonlandırma kararı verildiğinde yazılır ve tedavi sonucu (Bkz: Tanımlar) olarak uygun seçenek işaretlenir.

Fişin bakteriyolojik muayeneler bölümünde; hastaya dispansere gelmeden önce bakteriyolojik inceleme yapılmışsa, yapıldığı yer de belirtilerek kaydedilir. Daha sonra dispanserdeki bakteriyoloji sonuçları yazılır. Tedavi sürerken veya tedavi bitiminde dispanser dışında da bakteriyolojik inceleme yapıldıysa tarihleri ve sonuçları laboratuvar ismi belirtilerek yazılır. Yapılan diğer tetkikler; hastanın tanındaki Moleküler Test, Quantiferon/İGST vb. sonucu ile takibinde faydalı olabilecek diğer tetkik sonuçları tarihleri de belirtilerek yazılır. Bunun yanında, laboratuvarlardan gelen sonuçlar geldiği tarihe bakılmaksızın, balgamın alındığı tarihin karşısına yazılır. Örneğin balgam 1 Şubat'ta alınmışsa, kültür sonucu 1 Nisan'da, ilaç duyarlılık test sonucu 1 Mayıs'ta gelebilir, hepsi 1 Şubat tetkikinin olduğu satıra yazılacaktır. Hastadan alınan ve incelenen materyallerin tüm sonuçlarının (direkt, teksif, kültür, ilaç duyarlılık testi) takibi için çaba gösterilmelidir.

Temaslılar ile ilgili bölüm de fişin doldurulduğu ilk gün yazılacaktır. Bu bölüme, hastanın yaşadığı evin bireyleri ve işyeri ile diğer ortamlarda birlikte olduğu kişilerin adı ve soyadı, yaşı, cinsiyeti ve hastaya olan yakınlık dereceleri yazılır. Temaslılar muayeneye geldiklerinde protokol numaraları yazılır ve tetkikleri yapılır. Yapıldıysa TDT sonucu ve BCG skar durumu yazılır. Muayene tarihleri ve muayene sonuçları yazılır. Bu sonuçlar: normal, koruma, TB

hastası, geçirilmiş TB, non-TB hastalık vb. olabilir. Hasta her muayeneye gelişinde, hekim, hastanın fişindeki temaslılar bölümünü gözden geçirerek temaslıların kontrole gelip gelmediğine bakar ve hastadan gelmeyen temaslıların dispansere gelmesini ister. Temaslıların ilk muayenesi, hasta tanı aldığı tarihten sonraki en kısa sürede (en fazla bir ay içinde) yapılmalıdır. İkinci ve üçüncü muayeneler iki-üç ay aralarla yapılır. Hastalık ilk iki yılda daha fazla geliştiği için temaslı takipleri iki yıla kadar uzatılır. Temaslılardan TB tanısı alan olursa, diğer TB hastaları gibi VSD-10'a kaydedilir. Temaslıya ilaç koruma tedavisi başlandığında VSD-15'e kaydedilir. Koruma verilenler için Koruma Defter No, tedavi verilenler için TB Hasta Defter No yazılır.

Fişin arka yüzünde iki ana bölüm vardır. Tedavi takibi bölümü doldurulurken önce başlangıç dönemindeki ilaçlar günlük dozu da belirtilerek yazılır. Sonra verilen ilaçlar bölümünde ilaç verme tarihi ve verilen ilaçların tablet, kapsül, flakon vb. olarak sayıları yazılır. Buraya sadece dispanserden parasız olarak verilen ilaçlar değil, hastanın reçete ya da başka yollarla temin ettikleri de yazılır (TB ilaçları dışındaki ilaçlar yazılmaz). Hasta, hastaneye yatmışsa, yattığı tarih bir satıra yazılarak karşısına hastanede yattığı belirtilir ve dönüşünde kullandığı ilaçlar da işaretlenir. Tedavinin idame döneminde kullandığı ilaçlar ve günlük dozları yazılır.

Hastanın tedaviye başladığı ilk günden itibaren ilaçlarını kullandığı günlerin işaretlenmesi için hazırlanmış ay ve günlerin olduğu tablolarda önce ay adı yazılır. Gözetimli ilaç kullandığı gün çarpı (X) ile, gözetimsiz kullandığı gün ise enine çizgi (—) ile gösterilir. Hasta her kontrole geldiğinde veya DGT uygulayıcısı ilaç içimini gözlemlediği hastanın Tedavi Takip Kartı (VSD-12)'ni dispansere getirdiğinde, karttaki bilgiler buraya aktarılır. Hastanede yattığı zamanlarda kullandığı TB ilaçları da işaretlenir. Her dönemin sonunda ilaçlarını gözetimli içtiği gün sayısı hesaplanarak yazılır.

Hastaya eğer standart dışı bir tedavi verilmişse bunun nedeni ve diğer düşünceler sayfanın altındaki ilgili bölüme yazılır. Hastanın tedavisi sonlandırılırken DGT uygulamasıyla ilgili bilgi evet, hayır, kısmen (Bkz: Tanımlar) olarak işaretlenir. DGT uygulayıcısının adı, soyadı, mesleği, adres ve telefonu yazılır. Ayrıca dispanserde birden fazla hekim olabileceğinden veya hekimi değişebileceğinden hastanın tedavisinden sorumlu hekim de belirtilmelidir.

Klinik takip için boş bırakılan bölümlere hastanın her gelişinde, hastanın kontrole geldiği tarih ve tedavinin kaçınıcı ayında olduğu yazılır. Hastanın semptomları, bakteriyolojisi,

radyolojisi, tedaviye uyumu ve yan etkilerle ilgili bir değerlendirme notu her kontrolde yazılır. Semptomları kaydederken bir önceki semptomları ile karşılaştırarak azalma, artma, vb. değişiklikler, varsa yan etkiler yazılır. Bakteriyolojik olarak değerlendirme yapılır, değişiklikler ve yeni durumu yazılır. Radyolojik değerlendirmede bir önceki filmine göre değişimi kaydetmekte yarar vardır. Bunları yazdıktan sonra kısa bir yorum/kanaat notu eklenmelidir. Ek hastalık tedavileri ve önem taşıyan diğer tıbbi notları da ilave edilmelidir.

İkinci Seçenek İlaç Tedavi Takibi başlığında ek bir arka yüz form daha hazırlanmıştır. İkinci seçenek ilaç tedavisi olan hastalar için kullanılır. Fişin orijinal boyutlarında basımı yapılabileceği gibi yazıcıdan A4 çıktı alınarak da VSD-11'e eklenebilir.

Tedavi sonlandırma kararı verildiğinde ön sayfaya bu sonuç ve karar tarihi yazılır.

Bir hastaya VSD-11 doldurulduktan ve tedavi takibine başlandıktan sonra takip dışı kalıp dönen olarak, tedaviyi tamamladıktan sonra nüks ile ya da tedavi başarısızlığından gelen olgu olarak yeniden tedaviye alınıp gelirse bu hasta VSD-10'a ikinci kez kaydedildikten sonra ikinci bir VSD-11 doldurulur ve ilki ile aynı zarfa-poşete konulur. Yani sonraki tedavilerde yeni VSD-11'ler doldurulmalıdır.

Tedavisi devam eden TB hastalarına ait Tüberküloz Hastası İzleme Fişleri (VSD-11) arşivde soyadı sırasına göre tutulur. Hasta kontrol muayenelerine geldiğinde, temaslıları muayene edildiğinde, bakteriyolojik sonuçlar geldiğinde dosyası çıkarılarak sonuçlar işlenir. Tedavisi sonuçlanan TB hastalarına ait VSD-11 formu, Tedavi Takip Kartı (VSD-12) ve hastanın filmleri ile dispanser arşivinde soyadı sırasına göre saklanır, imha işlemine tabi tutulmaz.

TEDAVİ TAKİP KARTI (VSD-12)

Bu kart, tedaviye alınan TB hastalarına ilaçlarının düzenli verilmesini kontrol amacıyla hazırlanmıştır. Dispanserde tedavileri takip eden hemşirenin sorumluluğunda olan bu fişler her gün kontrol edilerek dispansere gelmesi gerekenler belirlenir ve tedaviye uyumları sağlanır.

Ön yüzdeki bilgiler doktor tarafından yazılır. Kartın üst bölümü Tüberküloz Hastası İzleme Fişi (VSD-11) ile aynı bilgileri içermektedir. Tedavi takibi bölümüne gözetimle ilgili veya hasta ile ilgili önemli kısa bilgiler yazılır. Hasta ve tedaviye uyumu konusunda bilgiler de buraya yazılabilir.

Kartın arka yüzünde iki bölüm vardır. Birinci bölümde DGT uygulanan hastanın ilaçlarının gözetim uygulayıcısına verildiği tarihler ve ilaç miktarları (adet olarak) kaydedilir. Çeşitli nedenlerle DGT uygulanamıyorsa ilaçların hastaya verildiği tarih ve miktarlar kaydedilir. Verilen ilaçlarla ilgili bölümde doktorun yazısı, hemşire için bir istem olarak da değer taşır.

Arka yüzdeki diğer bölüm günlük tedavi takibi amacıyla düzenlenmiştir. DGT uygulanan hastada başlangıç döneminde kullanılan ilaçlar ve günlük dozları kaydedilir. Tedavi başlanan ay ve sonraki aylar yazılır, günler teker teker her ilaç içiminde DGT uygulayıcısı tarafından X ile işaretlenir. Gözetimsiz kullandığı gün ise enine çizgi (—) ile gösterilir. Dispansere kaydından önce kullandığı ilaçlar da buraya işaretlenmelidir. İdame döneminde kullanacağı ilaçlar işaretlenir ve idame dönem tablosu da doldurulur. İdame tedavisindeki ilaç içimleri de gün gün işaretlenir.

DGT uygulansın veya uygulanmasın hastaların ilaçları en fazla birer aylık olarak verilmelidir. DGT uygulanan hastanın ilaçları teslim edilirken gözetmenin kartındaki kayıtlar dispanserde bulunan karta geçirilir.

Dispanserde bütün hastaların hangi gün ilaçları almaya ve kontrole geleceklerini takip etmeyi sağlayacak, ayın günlerine göre tedavi takip kartlarının yerleştirilebileceği bir kart dolabı oluşturulur. İki bölümlü ve her bir bölümü 31 raflı bu dolapta randevusuna gelen hastaların kartları ikinci bölmede bir sonraki randevu için gelecekleri tarihe alınır. Dispanser hemşiresi, ilaçların bitmesine 2-3 gün kala ilaçların teslimi ve değerlendirme için DGT uygulayıcısına veya hastaya telefon ederek hatırlatır. Dispanser gözetmene ilaçların teslimini mutlaka zamanında sağlamalıdır.

Dolabın birinci bölmesinde kalan kartlar o gün gelmeyen hastalara aittir. DGT uygulanamayan ve ilaç kartındaki bilgilere göre, ilacın biteceği gün hala kontrole gelmemiş olan hastanın evi, o gün, hemşire tarafından ziyaret edilir. Ziyaret imkanı yoksa telefonla hastaya ulaşıp davet yapılır. (Davete uymayan hastaların dispansere getirilebilmesi için Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Madde-69 uyarınca kolluk kuvvetlerinden yardım istenebilir, fakat bu en son başvurulacak bir yöntemdir).

TB hastalarına verilen Hasta Bilgi Kartı (VSD-13)'nda kontrole geleceği tarihi belirten bölümler vardır ve her kontrole geldiğinde doldurulur.

Tedavisi sonuçlanan TB hastalarının Tedavi Takip Kartı (VSD-12), Tüberküloz Hastası İzleme Fişi (VSD-11)'nin içlerine konularak arşivde saklanır, imha işlemine tabi tutulmaz.

BAŞLANGIÇ DÖNEMİ		Başlanan ilaçlar ve günlük dozları						İlaçlarını gözetimli içtiği gün sayısı	
		İlaç adı	H	R	Z	E	S		
		Günlük dozu							

Ay \	Gün	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

İDAME DÖNEMİ		İdame döneminde kullandığı ilaçlar ve günlük dozları						İlaçlarını gözetimli içtiği gün sayısı	
		İlaç adı	H	R	Z	E	S		
		Günlük dozu							

Ay \	Gün	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Standart dışı tedavi nedenleri ve düşünceler:

Verilen ilaçlar							
İlaç verme tarihi	İlaçlar (adet)					Randevu tarihi	
	H	R	Z	E	S		


Tedavi sonlandırma tarihi
Toplam net ilaç kullanımı
..... gün
Tedavi sonucu
() Kür
() Tedavi tamamlama
() Takip Dışı Kalan
() Tedavi başarısızlığı
() Ölüm
() TB değil
Doğrudan gözetimli tedavi
() Evet
() Kısmen
() Hayır

HASTA BİLGİ KARTI (VSD-13)

Dispansere kaydedilen TB hastasına verilecek olan bu kart hastanın kimliği, hastalık ve ilaçları hakkında temel bilgileri içerir. Hastanın cüzdanına sığabilecek boyuttadır. Hastalığı ile ilgili bilgileri bulundururken “verem, tüberküloz” gibi kelimeleri içermemektedir.

Bu kart hastaya verilir, saklaması ve her kontrolde getirmesi istenir. Dispanserdeki kontrollerde dispanser doktoru bu karta bir sonraki randevu tarihini işler.

Hastanın tedavisinin sürdürülmesinde ve dispanserle iletişimin gerekli olduğu durumlarda yarar sağlar. Başka bir bölgede ilaçsız kalması halinde, oradaki dispanserden kısa süreli ilaç almasına yardımcı olur. Hasta kullandığı ilaçların adlarını ve dozlarını, bir sonraki kontrol tarihini bu kart ile izleyebilecektir. Tedavi sonlandıktan sonra da bu kartı saklayarak sağlık kurumlarına başvurularında hastalığı ile ilgili bilgi vermek için kullanabilir.

<p>T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI</p>  <p>Hasta Bilgi Kartı</p>	
Adı	.....
Soyadı	.....
T.C. Kimlik No	.....
Baba adı	.....
Doğum Tarihi	..... Cinsiyeti:
VSD-13	
1	

Olgu tanımı	
<input type="checkbox"/> Yeni <input type="checkbox"/> Nüks <input type="checkbox"/> Takip Dışı Kalıp Dönen <input type="checkbox"/> Tedavi başarısızlığından gelen	
Bakteriyoloji (yayma)	
<input type="checkbox"/> Pozitif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Bakılmadı	
Hastalığın yeri	
<input type="checkbox"/> Akciğer <input type="checkbox"/> Akciğer dışı	
TEDAVİ	Başlama tarihi:...../...../..... Başlayan doktor/kurum
	Sonlanma tarihi:...../...../..... Sonlandıran doktor/kurum

2	

İlaçlar		
	Adları	Günlük dozları
Başlangıç dönemi	.....	mg.
	.....	mg.
	.....	mg.
	.....	mg.
	.....	mg.
İdame dönemi	.....	mg.
	.....	mg.
	.....	mg.
	.....	mg.
	.....	mg.
Kontrolle geleceği tarihler		
1)	7)	
2)	8)	
3)	9)	
4)	10)	
5)	11)	
6)	12)	
3		

UNUTMAYINIZ	
<ol style="list-style-type: none"> Kartınızı kaybetmeyiniz. Size verilen ilaçları düzenli kullanırsanız, hastalığınız şifa ile sonuçlanır. İlaçlarınızı kullanmazsanız hastalığınız iyileşmez ya da tekrarlar ve başka kişilere de bulaştırırsınız. Öksürürken ağızınızı mendille kapatınız. Hastalığınız veya tedaviniz ile ilgili durumlarda dispanserinizi bilgilendiriniz. 	
İl adı	.....
VSD adı	.....
TB hasta defter No	.....
VSD Tel No	.....
Gözetmen adı	.....
Gözetim yeri	.....
İletişim Tel No	.....
4	

TÜBERKÜLOZ HASTASI BİLGİ FORMU (VSD-14)

Hasta ve hastalık hakkında bilinmesi gerekli olan bilgileri içeren bu form çeşitli amaçlar için kullanılmaktadır.

- ✓ İlk olarak dispanser tarafından ileri tetkik, tanı, tedavi ya da diğer amaçlarla göğüs hastalıkları hastanelerine ya da TB yatağı olan diğer hastanelere sevk edilen hastalar için sevk formu olarak kullanılmasıdır.
- ✓ İkinci olarak hastanelerde tedavileri başlanan ve taburcu edilen hastalara ait bilgilerin yazıldığı taburcu formu olarak kullanılmasıdır.
- ✓ Üçüncü olarak da dispanser tarafından nakil ve bilgi amaçlı kullanılmasıdır.

Formun hasta kimliği, hastane/dispenser kayıtlarıyla ilgili bilgileriyle birlikte adres ve telefonları bölümleri eksiksiz doldurulur. Daha sonra hangi amaçla bu form kullanılıyorsa uygun seçenek işaretlenir. Olgu tanımı, tanıda bakteriyoloji, tanıdaki İDT sonuçları ve hastalığın yeri bölümleri doldurulduktan sonra hastalık öyküsü ve klinik bulgular özetlenerek yazılır. Laboratuvar bulguları ve radyolojik bulgular kaydedilir. Bu formun doldurulmasına kadar olan dönemdeki tedavi bilgileri ve klinik seyir yazılır ve tedavisi tamamlandıysa tedavi sonucu işaretlenir. Formdaki boşlukların yetmediği durumlarda formun arka yüzü veya ek kağıt kullanılabilir. Eski TB tedavi öyküsü varsa bu hastaların dispanserdeki eski tedavilerini içeren Tüberküloz Hastası İzleme Fişinin bir fotokopisi çekilerek sevk formuna eklenir.

Dispanserden hastaneye sevk amaçlı kullanıldığında bu form iki nüsha olarak düzenlenir. Bir nüshası hastaneye giderken yanında götürmesi amacıyla hastaya verilir. Diğer nüshası, hastanın Tüberküloz Hastası İzleme Fişi (VSD-11) ile dispanserde saklanır. Eğer hasta tedavide değilse hastaneye sevk edilen hastaların belgeleri ayrı bir dosyada tutulur ve sık sık akıbetleri takip edilir. Hastaların bir kısmı bölge dispanserine uğramadan büyük kentlere gelerek oradaki dispanserlerden sevk isteminde bulunmaktadır. Bu durumda VSD-14'e bilinen bilgilerin yazılması ile yetinilir. Ancak form iki yerine üç nüsha olarak düzenlenir. Birincisi hastaya verilir, ikincisi bildirim amaçlı olarak İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilir, üçüncüsü ise sevki yapan dispanserde özel bir dosyada saklanır. İmha işlemine tabi tutulmaz.

Hastaneden taburculuk amaçlı kullanıldığında bu form üç nüsha düzenlenir. Birinci nüshası yanında bulunması amacıyla hastaya verilir. İkinci nüshası bildirim amaçlı İl Sağlık

Müdürlüğüne gönderilir. Son nüshası da hasta dosyası ile hastanede muhafaza edilir. İmha işlemine tabi tutulmaz.

Nakil ve bilgi amaçlı kullanıldığında da iki nüsha doldurulur ve biri hastaya verilirken ikincisi hasta dosyasında muhafaza edilir. Dispanserde kayıtlı bulunan ve tedavi gören TB hastasının başka bir dispanser bölgesine nakil gitmesi durumunda bu form doldurularak hastaya verilir. Diğer dispansere hastanın başvurması ve oradan dosyasının istenmesine kadar geçen sürede tedavinin aksamaması ve tedavi ile ilgili bilgilenme amacıyla kullanılır.

TÜBERKÜLOZ HASTASI BİLGİ FORMU

VSD -14

Soyadı	Adı		T.C. Kimlik No		Baba Adı	Formu dolduran Hastane/Dispanser	
Doğum yeri	Doğum tarihi	Yaşı	Cinsiyeti	Doğduğu ülke	Sağlık güvencesi	Protokol No	Arşiv/Defter No
Hastanın adresi:			Telefonları:		Bilgi formu doldurma nedeni		H. Yatış tarihi
					() Hastaneye sevk		...../...../20.....
					() Hastaneden taburculuk*		H. Çıkış tarihi
					() Nakil ve bilgi amaçlı		...../...../20.....

Olgu tanımı

() Yeni () Nüks () Takip Dışı Kalıp dönen () Tedavi başarısızlığından gelen

Tanıda bakteriyoloji

Materyal cinsi	Yayma sonucu	() pozitif	() negatif	() bakılmadı	() sonuç gelmedi
	Kültür sonucu	() pozitif	() negatif	() bakılmadı	() sonuç gelmedi

Tanıda İDT sonuçları Hassas = (H), Rezistan = (R) H = () R = () E = () S = () Z = () () sonuç gelmedi

Hastalığın yeri (ikisi birden işaretlenebilir)

() Akciğer	() Akciğer dışı Tutulmuş organ:(.....)	Doku tanısı	() Yok	() Var
		(materyal.....)		

Tanıda Moleküler Test: H = () R = ()

Hastalık öyküsü ve klinik bulgular (özetleyerek yazınız)

Laboratuvar Bulguları

Bakteriyoloji					İlaç duyarlılık testi (İDT)							
Tarih	Lab.No	Materyal	Yayma	Kültür	Tarih	Lab. No	H	R	E	S	Basıl türü	

Diğer önemli laboratuvar sonuçları:

Radyolojik bulgular

Tüberküloz tedavisi bilgileri

Tedavi başlama tarihi	İlaç adı	H	R	Z	E	S	Ted. sonlandırma tarihi
	İlacın günlük dozu						
Tedavi başlayan kurum	Kullandığı gün sayısı						Ted. sonlandırılan kurum
	DGT'li gün sayısı						

Tedavideki klinik seyir ve öneriler (özetleyerek yazınız)

Tedavi sonucu

() Kür () Tedavi tamamlama () Takip Dışı Kalan () Tedavi başarısızlığı () Ölüm () Nakil () Halen tedavide

Gideceği Dispanser/Hastane:.....

Tarih:.....

Dr.

Dr.

Başhekim (onay)

* Formun bir nüshası İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilir.

İLAÇLA KORUMA DEFTERİ (VSD-15)

Dispanserin sunduğu hizmetlerden birisi olan ilaçla koruma tedavisine alınan kişilerin ve koruma tedavisi sonuçlarının kaydı için bu defter kullanılır. İlaçla Koruma Fişi (VSD-16) ile aynı zamanda doldurulur ve aynı bilgileri içerir. Ay sonunda Aylık Çalışma ve İkmal Raporu (VSD-17) doldurulurken bu defterdeki kayıtlardan yararlanır.

İlaçla koruma defterinde sıra no her yıl 1 rakamından başlar. Koruma defter numarasını elde etmek için VSD-15 sıra numarasının önüne kesme işareti konularak kaydedilen yılın son iki rakamının yazılması ve hemen önüne "K" harfinin eklenmesi yeterlidir. Örneğin; 2021 yılının 35'inci koruma kaydı: K-21/35 olarak gösterilir.

Kayıt tarihi, koruma tedavisine alınan kişinin protokol numarası yazılır. Hastanın adı soyadı, T.C. kimlik numarası, baba adı, yaşı ve cinsiyeti yazılır. TDT yapılmışsa milimetre cinsinden ölçülen endurasyon değeri, yapılmışsa İGST/Quantiferon sonucu ve BCG skar durumu yazılır. İlaçla koruma tedavisine alma nedeni (Bkz: Tanımlar) olarak uygun seçeneğin altındaki kutuya çarpı işareti konulur. Koruma nedeni "Bağışıklık baskılanması" ise açıklamaya "Hastalık adı/Kullanılan ilaç" yazılacaktır. Hayvan teması vb. nedenler "Diğer" başlığında gösterilip açıklama yazılacaktır.

TB hastasıyla temaslı olması nedeniyle ilaçla koruma tedavisine başlanmışsa temaslı olduğu hastanın adı, soyadı ve yakınlık durumu ilgili boşluklara yazılır. Koruma tedavisi başlama tarihi, koruma ilacının adı ve günlük dozu (mg cinsinden) yazılır.

İlaçla koruma tedavi sonlandırma kararı verildiğinde koruma sonlandırma tarihi, toplam net koruma ilacı kullanma süresi (gün cinsinden) yazılır. Net ilaç içim süresi hesaplanırken ilacın içiminin tam olarak yapıldığı gün sayısı yazılmalıdır. İlaçla koruma tedavisi sonuçlarından (Bkz: Tanımlar) uygun olanı işaretlenir. Ek bir açıklama yapılması gerektiği durumlarda bunun için ayrılmış alan kullanılabilir.

Bu defter dispanserde saklanır ve imha işlemine tabi tutulmaz.

Verem Savaşı Dispanserleri Kayıt ve Raporlama Sistemi Rehberi

VSD-15

İLACLARA KORUMA DEFTERİ

Koruma defteri sıra No	Tarih	Adı Soyadı	Baba Adı	Yaşı	*TDT endurasyonu (mm)	*İGST/Quantiferon sonucu	**Koruma nedeni						(Varsa) Teması olduğu hastanın Adı Soyadı	Koruma başlama tarihi	Koruma ilacının adı	Koruma sonlanma tarihi	***Toplam net ilaç kullanımı (gün)	*Sonuç						Açıklama					
	Protokol No	T.C. Kimlik No		Cinsi-yeti	BCG skar sayısı		TB hastasıyla temas öyküsü	TDT pozitifliği	Bağışıklık baskılanması	TDT konversiyonu	Fibrotik sekel lezyon	Diğer**			Yakınlık derecesi (Hastaya göre ifade edilecektir)			Günlük dozu	Koruma tamamlama	****Korumayı terk	TB hastalığı tanısı	Ölüm	Nakiş gözlen		Diğer				

* Tüberkülin Deri Testi (TDT) ve İGST/Quantiferon sonucu varsa yapılıma tarihi "Açıklama" bölümüne yazılacaktır.
 ** Koruma nedeni ve Sonuç sütunlarında ilgili kutuya çarpı işareti konulacaktır. Koruma nedeni "Bağışıklık baskılanması" ise açıklamaya "Hastalık adı/Kullanılan ilaç" yazılacaktır. Hayvan teması vb. nedenler "Diğer" başlığında gösterilip açıklama yazılacaktır.

*** Korumayı tedavi sonlandırma kararı verildiğinde toplam net ilaç kullanımı gün cinsinden hesaplanarak buraya yazılacaktır.
 **** Bir yıl içinde toplam 6 ay ilaç içmeyen kişinin koruma tedavisi sonlandırılacak ve korumayı terk sütünü işaretlenecektir.

İLAÇLA KORUMA FİŞİ (VSD-16)

İlaçla koruma tedavisine alınacak kişinin ilaçla Koruma Defteri (VSD-15) kaydıyla birlikte bu fiş doldurulur. Tedavisi süresince yapılanlar ve tedavi bilgileri bu fişe kaydedilir. Bu nedenle dispanser doktoru tarafından doldurulması gerekir.

VSD-16'nın ön yüzüne ilk olarak dispanserin bulunduğu il ve dispanser adı yazılır. Daha sonra korumaya alınan kişinin soyadı, adı, baba adı, protokol numarası, koruma defter no (Örneğin; 2021 yılında 35'inci kaydedilen korumada kullandığımız K-21/35 gibi), T.C. kimlik numarası, doğum tarihi, yaşı, cinsiyeti, vücut ağırlığı ve koruma defterine kayıt tarihi yazılır. Kişinin ev adresi ve telefonu yazılır. TDT sonucu ile BCG skar durumu yazılır. Koruma nedeni (Bkz: Tanımlar) işaretlenir.

İlk muayenedeki hastalık öyküsü, öz/soygeçmiş, fizik muayene bulguları ve korumaya alınan kişinin radyolojik bulgusu kaydedilir. Temas öyküsü varsa, karşılaştığı tüberküloz hastasının soyadı, adı, hastanın protokol numarası, VSD-10'daki hasta defter numarası ve yakınlık derecesi kaydedilir. (Yakınlık derecesi, akraba ise akrabalık derecesini, işyerinde ya da başka ortamlarda birlikte iseler "işyeri arkadaşı", "okulda birlikteler" gibi ifade edilir.)

Fişin arka yüzünde üst bölüm klinik, radyolojik ve bakteriyolojik takip sırasında not düşmek için düzenlenmiştir. Alttaki bölüme ise koruma başlama tarihi yazıldıktan sonra, koruma amacıyla verilen ilaç ile ilgili bilgiler: ilacın adı, verilme tarihi, tek tabletinin dozu, verilen miktar, günlük dozu ve bir sonraki ilaç verme tarihleri kaydedilir.

Koruma sonlandırma tarihi ve toplam net koruma ilacı kullanma süresi (gün cinsinden) yazıldıktan sonra ilaçla koruma tedavisi sonucu işaretlenir.

Koruma verilen kişilere ait belge ve filmler dispanserde saklanır, imha işlemine tabi tutulmaz.

İLAÇLA KORUMA FİŞİ

VSD-16 / ön

İli:.....

Dispanser adı:.....

Soyadı		Adı		Baba Adı	Protokol no	Koruma defter no
T.C. Kimlik No		Doğum tarihi	Yaşı	Cinsiyeti	Vücut ağırlığı	Koruma kayıt tarihi
Tüberkülin Deri Testi	Tarih	Endurasyon (mm)	Adres:			
			Telefon:.....			
İGST/Quantiferon Sonucu/Yapılma tarihi:/...../.....						
BCG	BCG skarı		Koruma nedeni:			
	Yok ()	()	() TB hastasıyla temas öyküsü	() TDT konversiyonu		
	Var, sayısı (.....)	()	() TDT pozitifliği	() Fibrotik sekel lezyon		
Yeni BCG Tarihi:		()	() Bağışıklık baskılanması*	() Diğer.....		
Koruma nedeni "Bağışıklık baskılanması" ise "Hastalık adı/Kullanılan ilaç" yazılacaktır:.....						
İlk Muayene						
Öykü:						
Öz/Soygeçmiş:						
Daha Önce Koruma Tedavisi Almış Mı?						
Fizik Muayene Bulguları:						
Radyolojik Bulgu:						
Temas öyküsü varsa karşılaştığı tüberküloz hastasının:						
Soyadı		Adı		Protokol no	Hasta defteri no	Yakınlık derecesi

TAKİP NOTU (Klinik, radyolojik, bakteriyolojik)

İLACIN ADI:.....

Verilme tarihi	Tek tabletinin dozu (mg)	Verilen miktarı (adet)	Günlük dozu (mg)	Randevu tarihi

Koruma başlama tarihi

Koruma sonlandırma tarihi

Toplam net ilaç kullanımı

.....gün

SONUÇ

- () Koruma tamamlama
() Korumayı terk
() TB hastalığı tanısı
() Ölüm
() Nakil giden
() Diğer.....

AYLIK ÇALIŞMA ve İKMAL RAPORU (VSD-17)

Dispanserin TB'li hastalara yönelik hizmetleri dışında yürüttüğü diğer faaliyetlerle ilaç ve malzeme durumu bu raporda gösterilir. VSD-17 aylık çalışma ve ikmal raporunu her dispanser her ay doldurur.

VSD'lerin yürüttüğü; muayene, radyoloji, bakteriyoloji, koruma, TDT ve BCG aşı uygulaması gibi faaliyetlerle ilaç ve malzeme durumunun gösterildiği VSD-17 aylık çalışma ve ikmal formu her ay 2 nüsha olarak hazırlanmaktadır. Bir nüshası dispanserde saklanan formun bir nüshası Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)'ne girilmek üzere İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmektedir. Bu form VSD'lerce her ayın bitiminde bir önceki aydan yapılan devirler kontrol edilerek; hasta sayısı, ilaç miktarı ve röntgen film-banyo miktarlarının tutarlılığı vb. sağlanarak hazırlanmalı ve takip eden ayın en geç 15'ine kadar TSİM'e girilmelidir. Sistem ayın 15'inden sonra otomatik olarak veri girişine kapatıldığından bu tarihi geçirmemeye dikkat edilmelidir. Başkanlığımızca VSD-17 aylık çalışma formu TSİM üzerinden takip edilebildiğinden Başkanlığımıza resmi yazı ile gönderilmeyecektir.

Formun doldurulması

- Dispanserin ili, dispanserin adı, raporun yılı ve ait olduğu ay mutlaka yazılmalıdır.
- Ay içinde yapılan muayeneler ve bunların nedenlerine göre gruplandırılması Protokol Defteri (VSD-01)'nden alınır.
- Radyolojik muayenelerden standart grafi, mikrofilm ve dijital film sayısı Röntgen Kayıt Defteri (VSD-05)'nden alınır.
- Bakteriyolojik muayeneler Bakteriyoloji Laboratuvarı Defteri (VSD-06)'nden alınır.
- Ay içinde yapılan TDT ve BCG'ler TDT ve BCG Kayıt Cetveli (VSD-04 a ve b)'nden alınır.
- İlaçla koruma tedavisiyle ilgili rakamlar İlaçla Koruma Defteri (VSD-15)'nden alınır.
- Tedaviye alınan hastalar ve tedaviden çıkarılan hastalara ait bilgiler Tüberküloz Hasta Defteri (VSD-10)'nden alınır. Ay içinde tedaviye alınan yeni, önceden tedavi görmüş ve nakil gelen hastaların toplam sayıları ve yanındaki sütuna bunların kaçında DGT başlandığı belirtilir.

- Ay içinde tedavideki hastalardan DGT'li ve DGT'siz olarak ilacı verilenler ve ilacı verilemeyen hastalar yazılır. Bu bölüme yazılan tedavideki hasta sayılarının toplamı, gelecek aya devreden hasta sayısı ile eşit olmalıdır.
- İkmal bölümü doldurulurken ilaçlarla ilgili kayıtlar İlaç Sarf Defteri (VSD-08)'nden, röntgen film ve banyo kayıtları Röntgen Kayıt Defteri (VSD-05)'nden ve teknisyenlerden alınır. Ay içinde zayi, imha edilen ilaç, film veya banyo varsa bu konuyla ilgili tutanağın bir örneği VSD-17 formu ekinde TB il koordinatörlüğü ve İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmesi gereklidir.

Bu raporlar Tüberküloz Dairesi Başkanlığında dispanser çalışmalarının değerlendirilmesinde ve dispansere yapılacak ilaç tahsisinde kullanılacaktır. Bu yüzden eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekmektedir.

Dispanserin kaydettiği TB hastalarına ait bilgiler ve bunların tedavi sonuçları; olgu temelli bireysel kayıt sistemi ile toplandığından ve Tüberküloz Dairesi Başkanlığı tarafından yapılacak kayıt ve değerlendirme sonrasında yıllık rapor olarak açıklanacağından, VSD-17'deki kısıtlı olan hasta bilgileri sürveyans amaçlı değildir ve bu amaçla kullanılamaz.

Aylık çalışma raporu doldururken bir önceki aydan yapılan devirler kontrol edilerek hasta sayısı, korumadakilerin sayısı, ilaç miktarı ve röntgen film-banyo miktarlarının tutarlılığı sağlanmalıdır.

Dispanserde doldurulan form onaylanarak bir nüshası TB il koordinatörü tarafından İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilir, diğeri bir dosyada saklanır.

