



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Güncelleme Tarihi:10.08.2021

Sayfa No:1/2

AŞI İLE ÖNLENEBİLİR İNVAZİV BAKTERİYEL HASTALIKLAR VAKA İNCELEME FORMU

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



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Güncelleme Tarihi:10.08.2021

Sayfa No:2/2

Destekleyici Laboratuvar Kriterleri

Sepsis	
Eşlik eden lokalize enfeksiyon	Yok ☐ Var ☐ Var ise aşağıdakilerden hangisi/hangileri olduğunu işaretleyiniz
Odak dışı bakteriyemi	☐ Pnömoni ☐ Hemolitik üremik sendrom ☐ Perikardit ☐ Nekrotizan fasiit ☐
Menenjit	☐ Sellülit ☐ Peritonit ☐ Septik abortus ☐ Ampiyem ☐
Otitis media	☐ Epiglotitis ☐ Apse(deri tutulumu olmayan) ☐ Koryoamniyotit ☐ Pueperal sepsis ☐
Septik artrit	☐ Osteomyelit ☐ Endokardit ☐ Septik şok ☐ Billmeyen ☐
Endometrit	☐ STSS ☐ Diğer:

Pnömoni

Akciğer Grafisi Bulgusu Yok ☐ Var ☐ Var ise açıklayınız:

Doğrulamalı Laboratuvar Kriterleri

	Negatif	Pozitif			
	Üreme/tespit yok	S.pneumoniae	H.influenzae	N.meningitidis	Diğer**
BOS kültürü	☐	☐	☐	☐	
BOS PCR	☐	☐	☐	☐	
Kan kültürü	☐	☐	☐	☐	
Kan/serum PCR	☐	☐	☐	☐	
Steril vücut sıvısı kültürü	☐	☐	☐	☐	
BOS'da immunokromatografik yöntemle spesifik pnömokok antijeni	☐	☐			
Peteşi/purpura kültürü	☐			☐	
Peteşi/purpura PCR	☐			☐	

**Sadece toplum temelli süreyans yürütülen hastaneler için geçerlidir.

Klinik Örneklerin Halk Sağlığı Laboratuvarına (HSL) Gönderilmesi

HSL'na klinik örnek gönderildi mi?	Hayır ☐ Evet ☐ Örnek gönderildi ise aşağıdaki bilgileri doldurunuz
HSL'na gönderilen örnek tipi	Direk Klinik Örnek ☐ T-I besiyerinde klinik örnek ☐
Klinik örneğin alındığı yer	BOS ☐ Steril Vücut Sıvısı ☐ (.....) Diğer ☐ (.....)
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 ☐ Evet ☐ Örnek gönderildi ise aşağıdaki bilgileri doldurunuz
Ulusal Referans Laboratuvarına gönderilen örnek tipi:	Klinik Örnek ☐ Klinik İzolat ☐
Klinik örneğin alındığı yer	BOS ☐ Steril Vücut Sıvısı ☐ (.....) Peteşi/Purpura ☐
Klinik örneğin alındığı tarih	:/...../.....
Klinik izolatin nereden izole edildiği	BOS ☐ Steril Vücut Sıvısı ☐ (.....) Peteşi/Purpura ☐ Kan ☐ Diğer ☐ (.....)
Serogruplandırma/serotiplendirme yapıldı mı?	Hayır ☐ Evet ☐ 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 ☐ Var ☐ 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 ☐ Evet ☐
Profilaksi gerekli ise verildi mi?	Hayır ☐ Evet ☐

SON VAKA SINIFLAMASI

		Şüpheli Vaka	Olası Vaka	Kesin Vaka
Haemophilus influenzae (HIB)	Menenjit			
	Sepsis			
Meningokokkal hastalık	Bakteriyemi'nin eşlik ettiği pnömoni			
	Menenjit			
Pnömomokokkal hastalık	Sepsis			
	Bakteriyemi'nin eşlik ettiği pnömoni			

HASTANIN ÇIKIŞ BİLGİLERİ

Yatış Bilgileri	Servis ☐ Yoğun Bakım ☐ Yatış Tarihi:/...../.....
Taburculukta son durum	Şifa ☐ Sekel ☐ Ölüm ☐ Çıkış Tarihi:/...../.....
Sekel Durumu	Yok ☐ Var ☐ 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