|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.****SAĞLIK BAKANLIĞI****HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ** | Güncelleme Tarihi: 10.08.2021Sayfa No: 1/1 |

**AŞI İle Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Temaslı Formu**

|  |
| --- |
| İndeks Vakanın Adı Soyadı: |
| Adres: |
| Telefon Numarası: |
| İndeks Vakanın Tanısı: |
| İndeks Vakanın Bulunduğu Kapalı Alan | Hane |  | Kreş |  | Okul |  | Diğer:……………………………….. |
| Kümelenme var mı? | Evet |  | Hayır |  |  |  |  |
| **Temaslı** Bilgileri |
| Adı Soyadı | Doğum Tarihi | Adres  | Telefon Numarası | Temaslı olarak kabul edilme nedeni  | Riskli temas alanı | Kemoproflaksi önerisi  | Aşı uygulandı mı?  | Uygulanan Aşının Adı | 1Temaslıda hastalık ortaya çıkma durumu | Açıklamalar |
| İnvaziv meningokokal hastalık temaslısı | 2Hastalık | 5 yaşın altında eksik aşılı/aşısız çocuk bulunması | İmmün baskılanmış ya da yetmezliği olan kişi bulunması | Aynı hane | Kreş | Okul | Diğer | Evet | Hayır | Evet | Hayır |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1 Hastalığa özgü belirlenen süre sonuna kadar.2Temaslı olarak kabul edilmesine neden olan altta yatan hastalık bulunması durumunda hastalık adı yazılacaktır. |