|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.**  **SAĞLIK BAKANLIĞI**  **HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ** | Güncelleme Tarihi: 10.08.2021  Sayfa 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |