



SHİE Dışı *Candida auris* Bildirim Formu

Hastanenin Adı: _____

Servis/Poliklinik: _____

Tarih: __ / __ / ____

Hasta kimlik yatış bilgileri:

Adı, Soyadı: _____ Tel No.: _____
TC Kimlik No.: _____ Cinsiyet: Erkek ☐ Kadın ☐
Doğum Tarihi: _____ Yatış / Başvuru Tanısı: _____
Hastane Yatış Tarihi: ____ Hastane Çıkış Tarihi: ____
Servis Yatış Tarihi: ____ Servis Çıkış Tarihi: ____
C.auris üremesi etken kabul edildi mi? Evet ☐ Hayır ☐
Evetse Enfeksiyon Tanısı: _____
Sonuç: Taburcu ☐ Sevk ☐ Eksitus ☐ Takipte ☐

Altta Yatan Hastalıklar:

- | | |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Risk Faktörleri:

Son 3 ay içinde kullanılan antibiyotikler: (Adı ve dozu)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Ameliyat dreni	☐	İdrar sondası	☐	Periton diyalizi	☐
Bilinç kapallılığı	☐	İmmünsupresyon	☐	Pulmoner arter kateteri	☐
Biyopsi	☐	İntraaortik balon pompası	☐	Rektoskopi/rektosigmoidoskopi	☐
Bronkoscopi	☐	Kolostomi	☐	Santral venöz kateter	☐
Diğer drenaj kateteri	☐	Lomber ponksiyon	☐	Sistofiks	☐
Eksternal safra drenajı	☐	Lomber/ventriküler drenaj kateteri	☐	Solunum Yetmezliği	☐
Endotrakeal entübasyon	☐	Mekanik ventilasyon	☐	Torasentez	☐
Enteral beslenme	☐	Nazogastrik tüp	☐	Trakeotomi	☐
ERCP	☐	Nefrostomi	☐	Total parenteralnütisyon (SVK ile)	☐
Gastrostomi	☐	Parasentez	☐	Transfüzyon	☐
Göğüs tüpü	☐	Periferik arteriyel kateter	☐	Üst gastrointestinal sistem endoskopisi	☐
Hemodiyaliz	☐	Periferik venöz kateter	☐	Yabancı cisim	☐
H ₂ reseptör blokleri	☐	Perikard tüpü	☐	Yanık	☐

Diğer: _____

Varsa Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyon Tanısı

Tanı	Tanı Tarihi	Etken
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Kullanılan Antifungaller

Empirik Tedavi				Kültür Sonucuna Göre Tedavi			
Adı	Doz	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Adı	Doz	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi
1.							
2.							
3.							

Kültür Sonucu

	1			2			3		
Tarih									
Örnek									
	Duyarlı	Orta Duyarlı	Dirençli	Duyarlı	Orta Duyarlı	Dirençli	Duyarlı	Orta Duyarlı	Dirençli
Amfoterisin B	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anidulafungin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kaspofungin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Flukonazol	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Itrakonazol	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mikafungin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Posakonazol	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vorikonazol	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FORMU DOLDURANIN**ADI SOYADI:****GÖREVİ:****TELEFON NO:****TARİH:**