

TİFO VAKA BİLGİ FORMU

HASTA BİLGİLERİ:

Adı ve Soyadı:		T.C.Kimlik No:	
Doğum Tarihi:	/...../.....	Cinsiyeti:	() Kadın () Erkek
Mesleği:			
Adresi:			
Telefon Numarası:			

KLİNİK BELİRTİLER / SEMPTOMLAR

Semptomların Başlama Tarihi .../.../ 20....	Bildirim Tarihi .../.../ 20....
() Ateş () Baş Ağrısı () Döküntü () Bradikardi () Kabızlık () İshal	
Eşlik eden komplikasyon var mı?:	() Hayır () Evet (Belirtiniz):
Hastaneye yatırıldı mı?	() Hayır () Evet Yatış tarihi :/...../ 20.....
Antibiyotik kullanım öyküsü var mı?:	() Hayır () Evet (Belirtiniz):

ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ:

İmmünesüpresyon var mı?:	() Hayır () Evet
Kronik hastalık var mı?:	() Hayır () Evet (Belirtiniz):

ÖRNEĞE AİT BİLGİLER:

Örneğin alındığı tarihi:...../...../ 20.....	Örneğin laboratuvara geliş tarihi:...../...../ 20.....
Örneğin cinsi:	() Kan () Dışkı () Rektal sürüntü () Diğer:.....
Dışkı örneğinin makroskopik görünümü:	() Katı () Sulu () Kanlı () Mukuslu

SONUÇ:

	Kan	Dışkı	Rektal sürüntü	Diğer
Salmonella enterica serovar Typhi (veya Paratyphi A, B veya C) izolasyonu				
Salmonella Typhi veya Paratyphi nükleik asidinin saptanması				
İzole edilen bakteri adı:				
Serogrup veya serotipi:				

SAĞLIK KURUMU / LABORATUVAR BİLGİLERİ:

Bu formun bir nüshası formun doldurulduğu kurumda, bir nüshası da il sağlık müdürlüğünde kalacaktır. Eğer numune alınmış ise bir nüshası ise numune ile birlikte laboratuvara gönderecektir.	
Kurum/Laboratuvar Adı:	
Hekim Adı Soyadı:	
Uzmanlık Alanı:	
Tel No:	
E-posta:	

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı
E-posta: hsgm.bulasici@saglik.gov.tr
Tel: 0 (312) 565 50 76