|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **İNFLUENZA VAKA BİLGİ FORMU** | DÖKÜMAN KODU | DK.FR.25 |
| YAYIN TARİHİ | 13.10.2017 |
| REVİZYON | 00 |
| REVİZYON TARİHİ | 00 |
| SAYFA | 1/1 |

|  |
| --- |
| **BİRİM: BULAŞICI HASTALIKLAR DAİRE BAŞKANLIĞI** |
| **SÜRVEYANS TİPİ:** | * SENTİNEL IBH/ILI
 | * SENTİNEL SARI
 | * NONSENTİNEL (IBH/ILI-SARI)
 |
| **Semptomların Başlama Tarihi: …../…../20…..** | **Bildirim Tarihi: …../…../20…..** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HASTA KİMLİK BİLGİLERİ** | **Adı ve Soyadı:** |  | TC Kimlik No: |  |
| Doğum Tarihi: | ....…/…..../....…. | Mesleği: |  |
| Cinsiyeti: | * Erkek
 | * Kadın
 | Halen yaptığı iş: |  |
| İkamet Adresi: |  |
| Mahalle/Köy: |  | İl/İlçe: |  |
| Ev Tel.: |  | Cep Tel.: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KLİNİK BELİRTİ/ SEMPTOMLAR** | □ Ateş(.......oC) | * Ateş Öyküsü Akut solunum yolu yetmezliği (ventilasyon gerektiren)
 |
| * Miyalji
 | * Öksürük
 | * Takipne
 |
| * Baş ağrısı
 | * Solunum sıkıntısı
 | * Diğer belirti ve semptomlar (Tanımlayınız): ........................

............................................................................................... |
| * Kırgınlık
 | * Boğaz ağrısı
 |
| **Not: SARI sürveyansında çocuk hastalarda vaka tanımına dikkat ediniz!** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ** | □İmmünsüpresyon (Belirtiniz):..................................................... | □Halen gebe (..…. haftalık / ….. aylık) |
| □Kronik hastalık (Belirtiniz):.......................................................... | □Morbid obesite (BKI≥35kg/m2) |
| □Eşlik eden komplikasyon (Belirtiniz):............................................................................................................. |
| Bu grip sezonunda grip aşısı yapıldı mı? | * Evet □ Hayır □ Bilinmiyor
 | Yapıldı ise tarihi: ….../….../20…... |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EPİDEMİYOLOJİK HİKÂYE** | Çevresinde benzer hastalık tablosu olan kişi var mı? | * Evet □ Hayır □ Bilinmiyor
 |
| Semptomların başlamasından önceki 2 hafta içinde, ikamet edilen yerden ülke dışına seyahat öyküsü var mı? | * Evet □ Hayır □ Bilinmiyor
 |
| Seyahat öyküsü var ise, gidilen yer/yerler | Gidiş tarihi / Dönüş tarihi: |
| 1- | ….../….../20…... - ….../….../20…... |
| 2- | ….../….../20…... - ….../….../20…... |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HASTANE/SAĞLIK MERKEZİ BİLGİLERİ** | **Hastane/Sağlık Merkezinin adı:** | Başvuru tarihi : ….../….../20…... |
| Hastaneye yatırıldı mı? | * Evet
 | * Hayır
 |  | Yatış tarihi : ….../….../20…... |
| Hangi servise yatırıldı? |
| Yoğun bakıma yatırıldı mı? | * Evet
 | * Hayır
 |  | Yatış tarihi : ….../….../20…... |
| Hasta bu hastalık nedeniyle mi hastaneye kabul edildi? | * Evet
 | * Hayır
 |
| Hayır ise nedeni tanımlayınız: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LABORATUVAR İSTEM BİLGİLERİ** | **Laboratuvara numune gönderildi ise örnek cinsini seçiniz** | Örnek alma tarihi : ….../….../20…... |
| * Nazofaringeal sürüntü
 | * Boğaz sürüntüsü
 | * Kombine burun ve boğaz sürüntüsü
 |
| * Burun sürüntüsü
 | * Boğaz çalkantı suyu
 | * Nazofaringeal/nazal aspirat
 |
| * Endotrakeal aspirat
 | * Nazotrakeal aspirat
 | * Orotrakeal aspirat
 |
| * Bronşiyal lavaj
 | * Bronş fırçalama
 | * Bronkoalveolar lavaj (BAL)
 |
| * Post mortem akciğer/trakeal doku
 | * Akciğer biyopsisi
 | * Diğer
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **HEKİM BİLGİLERİ** | Bu formun bir nüshası formun doldurulduğı kurumda, bir nüshası da halk sağlığı müdürlüğünde kalacaktır.Eğer numune alınmış ise bir nüshası ise numune ile birlikte laboratuvara gönderecektir. |
| **Kurum adı:** |  |
| **Hekim Adı-Soyadı:** |  | **Uzmanlık alanı:** |  |
| **Tel No:** |  | **İmza:** |  |
| **E-Posta:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı | thsk.bulasici@saglik.gov.tr | Tel: 0(312) 565 55 32 | Faks: 0(312) 432 2994 |

Tüm tarihler "gün/ay/yıl" formatında yazılacaktır.