

Ek 12. KONJENİTAL KIZAMIKÇIK SENDROMU VAKA İNCELEME FORMU

(Olası KKS vaka tanımına uyan vakalar için doldurulacaktır).

A. Tanımlayıcı Bilgiler:

Vaka Kayıt No _____ (Sağlık Müdürlüğüne doldurulacaktır)

Vakanın Adı, Soyadı: _____ TC Kimlik No: _____

Cinsiyet: Erkek Kadın Doğum Tarihi: ____/____/____ Doğumun gerçekleştiği yer: _____

Kurum Adı: _____ İlçe: _____ İl: _____

Adres: _____ Telefon: _____

Hastanın sağlık çalışanı tarafından ilk görüldüğü tarih: ____/____/____ Bildirim Tarihi: ____/____/____

B. Klinik Bilgi:

Gestasyonel yaş (hafta): _____ Doğum Ağırlığı: _____

A Grubu

Sensorinöral işitme kaybı Evet Hayır Bilinmiyor

Konjenital kalp hastalığı Evet Hayır Bilinmiyor

Pigmenter retinopati Evet Hayır Bilinmiyor

Katarakt Evet Hayır Bilinmiyor

Konjenital glokom Evet Hayır Bilinmiyor

B Grubu

Purpura Evet Hayır Bilinmiyor

Splenomegali Evet Hayır Bilinmiyor

Mikrosefali Evet Hayır Bilinmiyor

Gelişme geriliği Evet Hayır Bilinmiyor

Meningoensefalit Evet Hayır Bilinmiyor

Radiolüsent kemik hastalığı Evet Hayır Bilinmiyor

ilk 24 saat içinde sarılık Evet Hayır Bilinmiyor

Diğer anomaliler (Belirtiniz): _____

Bebeğin Durumu: Canlı Ölü Ölüm Nedeni (Belirtiniz): _____

Otopsi yapılmış mı? Evet Hayır Bilinmiyor Otopsi Tarihi: ____/____/____

Varsa Otopsi Bulguları: _____

C. Laboratuvar Verisi:

Vaka ile ilk karşılaştığında laboratuvar tanısı için kan örneği alınır. Virüs izolasyonu için idrar örneği veya boğaz sürüntüsü alınır.

Örnekler	Alınma Tarihi	Laboratuvar	Lab'a geliş tarihi	Test*	Sonuç	Sonuç Tarihi
Serum 1	____/____/____	_____	____/____/____	_____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	____/____/____
Serum 2	____/____/____	_____	____/____/____	_____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	____/____/____
İdrar	____/____/____	_____	____/____/____	_____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	____/____/____
Boğaz sürüntüsü	____/____/____	_____	____/____/____	_____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	____/____/____

*Test 1= Rubella IgM 2= IgG 3= İzolasyon 4=PCR

Genotip: ____/____/____

D. Anneye İlişkin Bilgiler:

Doğum Tarihi: ____/____/____ Annenin Adı, Soyadı: _____ TC Kimlik No: _____

Kızamıkçık aşısı var mı? Evet Hayır Bilinmiyor Varsa, Tarihi: ____/____/____ Son Adet Tarihi: ____/____/____

Gebelikte Lenfadenopati Öyküsü: Evet Hayır Bilinmiyor ____/____/____

Gebelikte Artralji/Artrit Öyküsü: Evet Hayır Bilinmiyor ____/____/____

Gebelikte Makülopapüler Döküntü Öyküsü: Evet Hayır Bilinmiyor ____/____/____

Diğer (Belirtiniz): ____/____/____

Gebelikte Seyahat Öyküsü Evet Hayır Bilinmiyor Nereye: _____ Varsa, Tarih: ____/____/____

Gebelikte döküntülü biriyle temas öyküsü? Evet Hayır Bilinmiyor Nerede: _____ Varsa, Tarih: ____/____/____

Yapılan Laboratuvar Analizleri ve Avidite Sonuçları

IgM _____ Varsa, Tarih: ____/____/____ Avidite _____ Varsa, Tarih: ____/____/____

IgG _____ Varsa, Tarih: ____/____/____

E. Son Vaka Sınıflaması: (Bu kısım İl Sağlık Müdürlüğü tarafından doldurulacaktır).

KKS KKS değil (Vaka değilse açıklayınız: _____)

Kesin Tanı: Laboratuvar Doğrulaması Epidemiyolojik İlişki Klinik Tanı Son Sınıflama Tarihi: ____/____/____

İmportasyon: İmporte Vaka İmporte Vakayla İlişkili Vaka İmportasyonla İlişkisiz Bilinmiyor

Vakayı İnceleyen:

Adı, Soyadı: _____ Görevi: _____ Tel No: _____

İmza: _____ İnceleme Tarihi: ____/____/____