



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Halk Sağlığı  
Genel Müdürlüğü

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü



**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:**

|                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| İmmünsüpresyon var mı?:  | ( ) Hayır ( ) Evet               |
| Kronik hastalık var mı?: | ( ) Hayır ( ) Evet (Belirtiniz): |

**ÖRNEĞE AİT BİLGİLER:**

|  |  |
|--|--|
| 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 |
|---------------------------|-----|-------|----------------|-------|
| Gruber-Widal:             |     |       |                |       |
| İzole edilen bakteri adı: |     |       |                |       |
| Serogrup veya serotipi:   |     |       |                |       |

**SAĞLIK KURUMU / LABORATUVAR BİLGİLERİ:**

Bu formun bir nüshası formun doldurulduğu kurumda, bir nüshası da 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:               |  |

İmza:

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı  
E-posta: hsgm.bulasici@saglik.gov.tr Tel: 0 (312) 565 55 33 Faks: 0 (312) 432 29 94