

**TC SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**BOĞMACA LABORATUAR İNCELEME İSTEK FORMU**

(Örnek alınan her kişi için doldurulur ve numune ile birlikte laboratuara ulaştırılır.)

**Hastanın Muayene Edildiği/Yatırıldığı Kuruma Ait Bilgiler:**

Sağlık Kuruluşunun Adı :

İl/İlçe : ..... Hasta Kayıt-Dosya no : .....

Doktorun Adı-Soyadı : .....

Tlf. Fax/E-mail : .....

Hastalığın başlangıç tarihi : / / 20

**Hastaya/Semptomatik Temashya Ait Bilgiler:**

HASTA  SEMPTOMATİK TEMASLI :  (Bağlantılı Hastanın Adı)

**1. Kimlik ve Ev Halkı Bilgileri :**

**HASTANIN TC NO**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hastanın Adı Soyadı :

Doğum Tarihi : / / Cinsiyeti : E  K

Baba Adı : .....

Tlf. No: .....

İkamet Adresi

.....

Toplam Hane Halkı Sayısı: ..... Hanede 10 yaş altı çocuk sayısı

.....

**2. Aşı Durumu: (DPT veya DaPT+Hib+IPV (Pentaxim))**

**Aşı Tarihleri**

	Aşı Kartı	Aile	012/A	1.Doz : / /	Rapel : / /
Yapılmış				2.Doz: / /	En son aşı: / /
Yapılmamış				3.Doz: / /	

Bilinmiyor :

Aldığı Toplam Doz Sayısı :

**3.Klinik Semptom ve Bulgular:**

	Var	Yok
Şiddetli öksürük nöbetleri		
İç çekmeli solunum		
Öksürük sonrası kusma		
Başka bir nedene bağlanamayan öksürük		

**4.Uygulanan Tedavi :**

Tedavi Başlama Tarihi: / /200

a-Antibiotik Tedavisi Aldı :

(Antibiotik Adı:.....)

b-Tedavi uygulanmadı :

**5. Vaka Dağılımı:**

a- Tek Vaka :

b- Birden Fazla Vaka :

-Aynı Aileden :

-Aynı Okuldan :

-Aynı Kışladan :

-Aynı İşyerinden :

-Diğer :  .....

**6.Laboratuara Gönderilmek üzere Hastadan alınan Örnek**

a- Nasofaringeal Sürüntü :

b- Öksürtme Plağı :

Düşünceler/Öneriler:

.....

.....

.....

**Örnekleri Gönderen:**

Hastanın Doktoru :

İmza :

Tarih : / / 20

İl Sağlık Müdürlüğü Görevlisi :

Adı Soyadı :

İmza :

Tarih : / / 20