



Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve
Biyolojik Ürünler Daire Başkanlığı Ulusal Viroloji Referans
Laboratuvarı, Ulusal İnfluenza Merkezi ve Solunum Yolu
Virusları Laboratuvarı Analiz İstem Formu

Sayfa No:1/2

SENTİNEL SÜRVEYANS

Bildirim Tarihi:/...../.....

DİĞER (Belirtiniz.....)

Semptom başlangıç tarihi:/...../.....

GÖNDEREN KURUM/KİŞİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

HASTANE/SAĞLIK MERKEZİ BİLGİLERİ

Formu Dolduran Klinisyenin

Adı, Soyadı:

Kurumu:

İli:

Tel:

Uzmanlık Alanı:

Hastane/Sağlık Merkezinin

adı:.....

Hasta yatırıldı mı? Hayır Evet

Hastaneye başvuru tarihi:/...../.....

Hasta yatırıldı ise yatış tarihi:/...../.....

Taburcu tarihi:/...../.....

Hasta bu hastalık nedeniyle mi hastaneye kabul edildi?

Evet Hayır (Nedenini

tanımlayınız).....

Tel:

Faks:

HASTA KİMLİK BİLGİLERİ

Adı, Soyadı:

TC Kimlik No:

Adres (İkamet ettiği):.....

Köy/Mahalle.....

İlçe:..... İl:.....

Tel: (Ev): ().....

Doğum Tarihi: :...../...../.....

Doğum Tarihi mevcut değilse, Yaş:yıl.....ay.....hafta

Cinsiyet: Erkek

Kadın

Meslek:

Cep: ()

KLİNİK BİLGİLER

Belirti, Semptom ve Bulgular

Ateş (.....°C)

Baş ağrısı

Solunum güçlüğü

Öksürük

Eklem ağrısı

Akut solunum yolu yetmezliği (ventilasyon gerektiren)

Miyalji

Boğaz ağrısı

Diğer belirti/semptomlar (Tanımlayın).....

Burun akıntısı

Bu şikayetleri nedeniyle herhangi bir antiviral tedavi başlandı mı? Hayır Evet (Belirtiniz

ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ

İmmünsüpresyon (Belirtiniz.....)

Halen gebehaftalıkaylık

Kronik hastalık (Belirtiniz.....)

Morbid obesite (BKİ ≥ 35)

Eşlik eden komplikasyon (Belirtiniz.....)

Kronik ilaç kullanımı (Hangi amaçla kullanıldığını yazınız.....)

AŞILAMA DURUMU

Bu grip sezonunda grip aşısı yapıldı mı? Evet Hayır Bilmiyor

Aşının Yapıldığı Tarih:/...../.....

EPİDEMİYOLOJİK BİLGİLER

Bulaş Yolu

Benzer hastalık tablosu olan kişi var mı? Hayır Evet İş ortamında Okul ortamında Ev ortamında

Seyahat Öyküsü

Semptomların başlamasından önceki 2 hafta içinde, ikamet edilen yerden ülke dışına seyahat öyküsü

Varsa gidilen yer/leri ve tarih/leri belirtiniz.....

Semptomların başlamasından önceki 2 hafta içinde, ikamet edilen yerden ülke dışına seyahat öyküsü olan kişi ile temas

LABORATUVAR İSTEM BİLGİLERİ



Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve
Biyolojik Ürünler Daire Başkanlığı Ulusal Viroloji Referans
Laboratuvarı, Ulusal İnfluenza Merkezi ve Solunum Yolu
Virusları Laboratuvarı Analiz İstem Formu

Sayfa No:2/2

Örneğin alındığı tarih:/...../.....

Nazal sürüntü Nazal + Boğaz sürüntüsü Boğaz sürüntüsü Burun/boğaz çalkantı suyu Diğer

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Numune Gönderilmeden Önce İletişime Geçilmesi Gereken Kişiler

Dr. Vet. Hek. Başak ALTAŞ	3125655582	Doç. Dr. Gülay Korukluoğlu	3125655340
Dr. Bio. Fatma Bayrakdar	3125655564		

ÖNEMLİ ... Bütün alanların doldurulması zorunludur.

NOT: Bu form <http://thsk.saglik.gov.tr/> adresinde bulunan Numune Alma El Kitabı ve Test Rehberindn belirtilen testlerden seçilerek SUT/THSK koduyla birlikte satırlara yazılarak doldurulacaktır.

Adres: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Refik Saydam Yerleşkesi,Sağlık Mahallesi Adnan Saygun Caddesi No: 55 06100 Sıhhiye/ANKARA

TEL: 0312 565 5582 Faks: 0312 565 54 55