

Ek-1

T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Halk Sağlığı Genel müdürlüğü

**AKUT FLASK PARALİZİ  
VAKA İNCELEME FORMU  
(60. Gün)**

Vaka bildirim formu ile bildirilen **Şüpheli Polio** (15 yaş altı akut flask paralizi) vakaları incelemek için kullanılacaktır.

Vakanın Tespit Edildiği:

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

Hastalık Kodu:

İl :  
İlçe :  
Mahalle/Köy :

Vakanın Kimliği:

Adı Soyadı :  
Baba adı :  
Ana Adı :  
İkamet Adresi:

Doğum Tarihi: .../.../.....

Cinsi E: K:

HASTALIK ÖYKÜSÜ

**1- Belirtilerin başlama tarihi:**

**2-Paralizilerin başlama tarihi:**

Klinik Belirtiler

	Var	Yok
Ateş		
Kas ağrısı		
Ense sertliği		

	Var	Yok
Baş ağrısı		
Bulantı, kusma		
Bilinmiyor		

Paralizilerin özellikleri:

Paralizinin Yeri:

	Var	Yok
Ani başlangıç		
Asimetri		
Duyu kaybı		

	Var	Yok
Üst Ekstremité		
Alt Ekstremité		
Yüz		
Bulber		
Bilinmiyor		

**3-Polio Aşı Durumu:**

	Kart	Aile	012
Yapılmış			
Yapılmamış			

Aşı Tarihleri:

1.Doz .../.../.....

2.Doz .../.../.....

3.Doz .../.../.....

Rapel : .../.../.....

En Son Aşı: .../.../.....

Bilinmiyor:

Ek-2

#### 4-Labaratuvar İncelemeleri

##### **Gaita Numunesi:**

Numune Alınma Durumu:		Gönderme Tarihi		Sonuç
Alınma Tarihi				
1- ..Numune:	/ /	/ /	/ /	.....
2- Numune	/ /	/ /	/ /	.....

##### **Temeshlar (ad,soyad,yaş)**

1-.....	/ /	/ /	.....
2-.....	/ /	/ /	.....
3-.....	/ /	/ /	.....
4-.....	/ /	/ /	.....
5-.....	/ /	/ /	.....

##### **Beyin Omurilik Sıvısı**

Tarih	Kırmızı Küre	Lenfosit	Glikoz Protein
.../.../.....	.....	.....	.....
.../.../.....	.....	.....	.....

##### **5- Vaka İzleme:**

	Evet	Hayır
Vaka paralizi başlangıcından 60 gün sonra görüldü mü?		
Paralizi devam ediyor mu?		
Hasta öldü mü?		

Ölüm Tarihi:...../...../.....

##### **6-Epidemiyolojik Bağlantı:**

\* Seyahat ve temas hikayesi (Paralizilerin başlangıcından önceki 14 gün içinde temas edilen her kişi ve seyahat edilen her yeri belirtiniz):

Ziyaret edilen yer	Temas edilen kişi	Tarih
1- .....	.....	.....
2- .....	.....	.....
3-.....	.....	.....

Ek-3

Hasta paralizilerin başlangıcından önceki 75 gün içinde polio aşısı ile aşılanmış kişilerle temas etmiş mi?

Evet

Hayır

Bilinmiyor

Eğer yanıt evet ise, adını, adresini, ve aşılanma tarihini veriniz.

1-.....

2-.....

**7-Kesin tanı:**

**Aşağıdakileri kontrol edin:**

Laboratuar sonuçları:	*Dışkıda virüs	Tip1	Tip2	Tip3
Klinik	:	*60 günden uzun süren paralizi:		
		*Flask paraliziden sonra ölüm		

-Polio değil

Kesin tanı:.....

-Polio vakası

ARAŞTIRMAYI YAPAN:

ADI SOYADI :

GÖREVİ :

GÖREV YERİ :

TELEFON NO:

TARİH :

İMZA

**İL SAĞLIK MÜDÜRÜ**

Adı Soyadı :

Tarih :

İMZA