

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

**AKUT FLASK PARALİZİ
VAKA BİLDİRİM FORMU**

Vakanın Tespit Edildiği:

İl : Bildirim Tarihi:...../...../.....
İlçe : Hastanın Kodu:
Mahalle/Köy :

Vakanın Kimliği:

Adı Soyadı : Doğum Tarihi:...../...../.....
Baba Adı : Cinsi E: K:
Ana Adı :
İkamet Adresi :

Hastalık Bilgileri:

1-Klinik Belirtilerin Başladığı Tarih :...../...../.....
2-Paralizilerin Başladığı Tarih :...../...../.....
3-Hastaneye Yatırılma Tarihi :...../...../.....
4-Hastane Kayıt No ve Servis :
5-Klinik Belirtiler(Kısaca) :

	Var	Yok
Ateş		
Ense Sertliği		
Ani Paralizi		
Asimetri		
Duyu Kaybı		

Paralizinin Yeri	Var	Yok
Üst ekstremité		
Alt ekstremité		
Yüz		
Bulber		

Bilinmiyor:

Polio Aşı Durumu:

	Kart	Aile	012
Yapılmış			
Yapılmamış			

Bilinmiyor:

Aşı Tarihleri

1.Doz: / / Rapel : / /
2.Doz: / / En son aşı: / /
3.Doz: / /

Aldığı toplam Polio Aşısı doz sayısı:

Numune Alınma Durumu:

	Alınma Tarihi	Gönderme Tarihi
1. Numune:	/ /	/ /
2. Numune:	/ /	/ /

Numune alınan temaslı sayısı:

BİLDİRİMİ YAPAN:

ADI SOYADI :
GÖREVİ :
GÖREV YERİ :
TELEFON NO :

TARİH:

İMZA:

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

**AKUT FLASK PARALİZİ
LABORATUVAR İNCELEME FORMU**

Vakanın Tespit Edildiği:

İl : Gönderme Tarihi : / /
İlçe : Hastanın Kodu :
Mahalle/Köy :

Vakanın Kimliği:

Adı Soyadı : Doğum Tarihi : / /
Baba Adı :
Ana Adı : Cinsi : E: K:
İkamet Adresi :

Paralizi Başlama Tarihi: / /

Örneği Gönderenin:

Adı Soyadı :
Görevi :
Görev Yeri :
Telefon No :

Alınan Örnek:

	<u>Alınma Tarihi</u>	<u>Sonuç</u>
1-Dışkı/Rektal Sürüntü:	/ /
2-Dışkı/Rektal Sürüntü:	/ /
<u>Temaslılar(Ad, soyad, yaş)</u>		
1-.....Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /
2-.....Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /
3-.....Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /
4-.....Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /
5-.....Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /

İl Program Sorumlusu:

Adı Soyadı :
Görevi :
Görev Yeri :
Telefon No :
Tarih : İmza: