



.....İLİ SITMA EPİDEMİYOLOJİK İNCELEME FORMU

Güncelleme Tarihi:
22.10.2015

Sayfa No:1 / 1

BİRİM/BÖLÜM

ZOONOTİK VE VEKTÖREL HASTALIKLAR DAİRE BAŞKANLIĞI

Ek: 4

Vaka Sıra No :

Pozitif Kanın Kod No :

1. HASTANIN

T.C. NO:	
ADI - SOYADI	
BABA ADI	
YAŞI	
CİNSİYETİ	
MESLEĞİ	
ADRESİ /TELEON	

2.HASTANIN TESPİT EDİLDİĞİ YERLEŞİM BİRİMİ

İLİ	
SAĞLIK KURULUŞUNUN ADI	

3. HASTANIN PARAZİTİ ALDIĞI

ÜLKE	
İL	
İLÇE	
KÖY	

4. HASTAYLA İLGİLİ DİĞER BİLGİLER (İlgili kutucuğu işaretleyiniz)

Hastalandığı Tarih	
Kanın Alındığı Sürveyans Yöntemi	Aktif <input type="checkbox"/> Pasif <input type="checkbox"/>
Kanın Alındığı Tarih	
Kanın İncelendiği Tarih	
Tespit Edilen Parazitin Türü	P.vivax <input type="checkbox"/> P.falciparum <input type="checkbox"/> P.ovale <input type="checkbox"/> P.malariae <input type="checkbox"/> Mixt <input type="checkbox"/>
Vakanın Sınıflandırılması	Yerli <input type="checkbox"/> Nüks <input type="checkbox"/> (HG) <input type="checkbox"/> (HGT) <input type="checkbox"/> (SV) <input type="checkbox"/> (S) <input type="checkbox"/>
Gametosit Durumu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>

5. KANIN ALINIŞ NEDENİ (İlgili kutucuğun altını X ile işaretleyiniz)

Bilinip Takip Edilen	Ateş Geçirmiş	Ateşli iken Alınan	Temas Şüpheli	Mevsimlik İşçi/Misafir veya Geçici İkamet
----------------------	---------------	--------------------	---------------	---

6. HASTANIN HASTALANMADAN 15 GÜN EVVELİNE KADAR SON 2 YIL İÇİNDE GECE KALDIĞI YERLER VE TARİHLERİ (İl / İlçe / Köy)

Kaldığı Yer	Tarih
1	
2	
3	
4	

7.	Evet	Hayır
Hasta daha önce ateş nöbeti geçirmiş midir ?		
Evet ise nerede ve ne zaman ateş geçirmiştir?		
Daha önceki ateş nöbetlerinde tedavi görmüş müdür ?		
Son 1 yılda hastanın oturduğu evde ateş geçiren kimseler olmuş mudur?		
Hastalanılan evde kalıcı ev içi insektisit uygulaması yapılmış mıdır?		
Evet ise uygulamanın tarihi nedir?		
Hastanın paraziti aldığı yerleşim biriminde anofel türü sivrisinek var mıdır?		
Hastanın paraziti aldığı yerleşim biriminde başka sıtma vakası var mıdır?		

DÜZENLEYEN	
Adı Soyadı :	
Ünvanı :	
Tarih :	
İmza :	