

T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI**Bulaşıcı Hastalıklar Standart Tanı ve Bildirim Sistemi
Laboratuvara Örnek Gönderme Formu**

(Bu Form tanı ya da referans incelemeler için klinik örneklerin; ileri identifikasyon için izolatların; bir üst lab.a ya da Referans Lab.a gönderilmesi halinde doldurulacaktır.)

Bu kısım örneğin teslim alındığı Laboratuvar kullanımı içindir.

Örnek No:	Laba geliş tarihi: ___/___/20___	Örneğin kabul edildiği andaki durumu v.b. Lab. Notu:
-----------	----------------------------------	---

Aşağıdaki bilgileri her bir klinik örnek/izolat için ayrı form kullanarak doldurunuz.

Gönderenin; Adı Soyadı (Unvanı):	Kurumu/Laboratuvarı:	Tel (iletişim için lütfen bir no veriniz):
		Şehir:
Hastanın; Adı Soyadı:	Cinsiyeti:	Doğum tarihi:
	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	(veya) Yaşı:
	Mesleği:	(varsa) Sosyal Güvenlik No:
Adresi:	Şikayeti:	
	gün önce başladı	
	Seyahat öyküsü:	
	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> (yer belirtiniz:)	
Klinik durumu:		
Semptomlu <input type="checkbox"/> Semptomsuz <input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Fatal seyir <input type="checkbox"/> İyileşme <input type="checkbox"/> Temaslı araştırması <input type="checkbox"/> Taşıyıcı araştırması <input type="checkbox"/>		
Ateş <input type="checkbox"/> ÜSSE semptom/bulguları <input type="checkbox"/> ASYE semptom/bulguları <input type="checkbox"/> ÜGS semptom/bulguları <input type="checkbox"/> SSS semptom/bulguları <input type="checkbox"/>		
Döküntü <input type="checkbox"/> GIS semptom/bulguları <input type="checkbox"/> (kanlı ishal <input type="checkbox"/> sulu ishal <input type="checkbox"/> Sistemik enfeksiyon semptom/bulguları <input type="checkbox"/>		
Diğer <input type="checkbox"/>		
(Lütfen yukarıda sayılanların dışında veya ilave bulgularınız varsa belirtiniz!)		
Olayın tipi;		
Sporadik enfeksiyon <input type="checkbox"/> Ailede birden fazla vaka <input type="checkbox"/> Salgın* <input type="checkbox"/> (* salgın olasılığında İl Sağlık Müdürlüğü'nü hemen haberdar ediniz!)		

GÖNDERİLEN ÖRNEĞİN CİNSİ;KLİNİK ÖRNEK Alındığı tarih: ___/___/20___

Boğaz sürüntüsü <input type="checkbox"/>	Nazofarinks sürüntüsü/aspirat <input type="checkbox"/>	Burun sürüntüsü <input type="checkbox"/>
Balgam <input type="checkbox"/> BAL/TTA <input type="checkbox"/>	Üretral akıntı <input type="checkbox"/>	Endoservikal akıntı <input type="checkbox"/>
BOS <input type="checkbox"/> İdrar <input type="checkbox"/> Dışkı <input type="checkbox"/>	Rektal sürüntü <input type="checkbox"/>	Deri kazıntı/sürüntü/vezikül <input type="checkbox"/>
Serum/Plazma <input type="checkbox"/> Kan <input type="checkbox"/>	Yayma preparat <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>
Biyopsi <input type="checkbox"/> /Otopsi <input type="checkbox"/>	dokususu) <input type="checkbox"/>	
Diğer <input type="checkbox"/>		

Gönderilen klinik örnek için;

Kendi ön tanınız/araştırılmasını istediğiniz enfeksiyon hastalığı?

Gönderilen klinik örnekte yapılması istenen araştırma;

Kültürden izolasyon/identifikasyon <input type="checkbox"/>	Serolojik inceleme <input type="checkbox"/>
Mikroskopi (direkt/boyalı mikroskopi, karanlık alan mikroskopisi, DFA...) <input type="checkbox"/>	
Diğer direkt teknikler (antijen arama ELISA v.b.) <input type="checkbox"/>	
Moleküler teknikler (PCR, Nükleik asit problemleri) <input type="checkbox"/>	
Diğer <input type="checkbox"/>	

Gönderenin Notu (varsa):

--

İZOLAT (izolatın adı veya ön tanınız)

--

(izole edildiği örnek)

--

Gönderilen izolat için istenen araştırma

İleri identifikasyon <input type="checkbox"/>	Antijenik tiplendirme <input type="checkbox"/>
Moleküler tiplendirme <input type="checkbox"/>	
Antibiyotik duyarlılık araştırması <input type="checkbox"/>	
Diğer <input type="checkbox"/>	

Tarih: ___/___/20___

İmza: