

**Ek 1. Kızamık/Kızamıkçık Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formu:**

İl: _____	İlçe: _____	Kurum Adı: _____	Tarih: ___/___/___							
Hastanın Adı Soyadı: _____	Cinsiyet: Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>	Vaka Kayıt No <sup>1</sup> : _____								
Doğum Tarihi: ___/___/___	Baba Adı: _____	TC Kimlik No: _____								
Adres: _____										
Hastanın aldığı kızamık aşı dozu sayısı: _____		Son dozun tarihi: ___/___/___								
Hastanın aldığı kızamıkçık aşı dozu sayısı: _____		Son dozun tarihi: ___/___/___								
Döküntünün başlangıç tarihi: ___/___/___		Varsa ateşin başlangıç tarihi: ___/___/___								
Döküntünün tipi: Makülopapüler: Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>										
Ön Tanı: Kızamık <input type="checkbox"/> Kızamıkçık <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> (Belirtiniz _____)										
Örnek Türü	Örnek Alınma Tarihi	Gönderim Tarihi	Lab. Ulaştığı Tarih <sup>2</sup> :	Sonuç Tarihi <sup>2</sup>	Sonuç <sup>2</sup>					
					Kızamık IgM	Kızamık IgG	Kızamıkçık IgM	Kızamıkçık IgG	Kızamık PCR	Kızamıkçık PCR
1. Serum 1	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___						
2. Serum 2	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___						
3. İdrar	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___						
4. Nazofarengeal Sürüntü	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___						
5. ....	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___						
Yorum <sup>2</sup> :										
Laboratuvar sonucunun (Sağlık Müdürlüğü) bildirilmesi gereken kişinin adı-soyadı::										
Telefon Numarası: _____			Faks: _____			e-posta: _____				
Laboratuvarın Adı: _____					Örneği Teslim Alan Kişi: _____					
Örneğin geldiği koşullar uygun mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>										

<sup>1</sup> Sağlık Müdürlüğü tarafından doldurulacaktır.

<sup>2</sup> Laboratuvar tarafından doldurulacaktır.

**Not:** Laboratuvar tarafından inceleme tamamlandığında; örneğin gönderildiği Sağlık Müdürlüğüne bilgi verilmelidir. Sonuç pozitif geldiğinde RSHMB'ye derhal bilgi verilmelidir.

**SICAK VAKA\***: Kesin vaka ile temas öyküsü olan **veya** döküntünün başlamasından önceki 3 hafta içerisinde seyahat öyküsü olan **veya** aşısız **veya** yaşına göre eksik aşıları olan **veya** kümelenme gösteren olası kızamık/kızamıkçık vaka tanımına uyan vakalar sıcak vaka olarak değerlendirilir.

**Bu durumda bu kutuyu kırmızı kalemle çarpı (x) işareti konmalıdır.**