

## Ek 2. KIZAMIK/KIZAMIKÇIK VAKA İNCELEME FORMU

(Şüpheli kızamık/kızamıkçık vaka tanımına uyan tüm vakalar için doldurulacak ve Sağlık Bakanlığı'na faks ve posta yoluyla gönderilecektir)

### A. Tanımlayıcı Bilgiler:

Kurum Adı: \_\_\_\_\_ İlçe: \_\_\_\_\_ İl: \_\_\_\_\_  
Vaka Kayıt No (Sağlık Müdürlüğünce doldurulacaktır) \_\_\_\_\_ TC Kimlik No: \_\_\_\_\_  
Adı, soyadı: \_\_\_\_\_ Cinsiyet: Erkek  Kadın  Doğum Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Okula gidiyorsa okul adı: \_\_\_\_\_ Şubesi: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Baba adı: \_\_\_\_\_  
Vakanın sağlık çalışanı tarafından ilk görüldüğü tarih: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Bildirim Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Kızamık Aşı Dozu Sayısı: \_\_\_\_\_ Son Aşı Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Bilgi yazılı kayıttan mı? Evet  Hayır   
Kızamıkçık Aşı Dozu Sayısı: \_\_\_\_\_ Son Aşı Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Bilgi yazılı kayıttan mı? Evet  Hayır   
Gebelik Durumu: Evet  Hayır  Bilinmiyor  Ön Tanı: Kızamık  Kızamıkçık  Diğer  (Belirtiniz: \_\_\_\_\_)

### B. Klinik Bilgi:

Döküntü: Başlangıç tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Türü: Makülopapüler  Diğer  (Belirtiniz: \_\_\_\_\_)  
Başlangıç yeri: Kulak arkası  Yüz  Ense  Göğüs  Döküntü Süresi (gün) \_\_\_\_\_  
Ateş: Evet  Hayır  Bilinmiyor  Ateşin Başlangıç Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ölçülen en yüksek ateş: \_\_\_\_\_°C  
Öksürük: Evet  Hayır  Bilinmiyor  Burun akıntısı: Evet  Hayır  Bilinmiyor  Konjunktivit: Evet  Hayır  Bilinmiyor   
Otitis: Evet  Hayır  Bilinmiyor  Lenfadenopati: Evet  Hayır  Bilinmiyor  Artrit: Evet  Hayır  Bilinmiyor   
İshal: Evet  Hayır  Bilinmiyor  Ensefalit: Evet  Hayır  Bilinmiyor  Pnömoni: Evet  Hayır  Bilinmiyor   
Diğer komplikasyonlar  (Belirtiniz: \_\_\_\_\_)  
Ölüm: Evet  Hayır  Bilinmiyor  Ölüm Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Hastaneye yatmış mı?: Evet  Hayır  Bilinmiyor  Hastanenin adı: \_\_\_\_\_ Yatış tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**C. Laboratuvar Verisi:** Vaka ile ilk karşılaştığında laboratuvar tanısı için kan örneği alınır. Virüs izolasyonu için idrar örneği veya boğaz sürüntüsü alınır.

Örnekler	Alınma tarihi	Laboratuvar	Lab'a geliş tarihi	Test*	Sonuç	Sonuç Tarihi
Serum 1	___/___/___	_____	___/___/___	_____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	___/___/___
Serum 2	___/___/___	_____	___/___/___	_____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	___/___/___
İdrar	___/___/___	_____	___/___/___	_____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	___/___/___
Boğaz sürüntüsü	___/___/___	_____	___/___/___	_____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	___/___/___

\*Test 1= IgMCapture 2= IgM Indirekt 3= İzolasyon 4=PCR

Genotip: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### D. Olası Enfeksiyon Kaynağı:

Döküntüden 7-18 gün öncesinde başka şüpheli kızamık vakası ile temas etmiş mi? Evet  Hayır  Bilinmiyor   
Döküntüden 12-23 gün öncesinde başka şüpheli kızamıkçık vakası ile temas etmiş mi? Evet  Hayır  Bilinmiyor   
Aynı bölgede son bir ayda başka şüpheli kızamık  kızamıkçık  vakası var mıydı? Evet  Hayır  Bilinmiyor   
Döküntüden 7-23 gün önce seyahat öyküsü var mı? Nereye: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Evet  Hayır  Bilinmiyor

### E. Son Vaka Sınıflaması: (Bu kısım İl Sağlık Müdürlüğü tarafından doldurulacaktır).

Vaka değil  Aşı etkisi  Diğer  (Belirtiniz: \_\_\_\_\_) Son Sınıflama Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Laboratuvarla doğrulanmış kızamık  Epidemiyolojik ilişkili kızamık  Klinik (olası) kızamık

Laboratuvarla doğrulanmış kızamıkçık  Epidemiyolojik ilişkili kızamıkçık  Klinik (olası) kızamıkçık

İmporite Vaka:  İmporite Vakayla ilişkili Vaka  Nereden: \_\_\_\_\_ İmporiteyle İlişkisiz Vaka  Bilinmiyor

### Vakayı inceleyen TSM, Sağlık Grup Başkanlığı Personeli:

Adı, Soyadı: \_\_\_\_\_ Görevi: \_\_\_\_\_ Tel No: \_\_\_\_\_

İmza: \_\_\_\_\_ İnceleme Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_