

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ		Güncelleme Tarihi: 11/12/2019		
			Sayfa No:1/1		
BULAŞICI HASTALIKLAR DAİRESİ BAŞKANLIĞI					
İNFLUENZA VAKA BİLGİ FORMU					
HASTA KİMLİK BİLGİLERİ	Adı ve Soyadı:		TC Kimlik No:		
	Doğum Tarihi:/...../.....	Mesleği:		
	Cinsiyeti:	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	Halen yaptığı iş:		
	İkamet Adresi:				
	Mahalle/Köy:		İl/ilçe:		
	Ev Tel.:		Cep Tel.:		
VAKA BİLGİSİ	Vaka tipi:				
	<input type="checkbox"/> Ayaktan <input type="checkbox"/> Yatan <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım (.....yoğun bakımı) Yatış tarihi :/...../20..... <input type="checkbox"/> Servis (.....servisi) Yatış tarihi :/...../20..... Solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle mi hastaneye yatırıldı? (Hayır ise nedeni tanımlayınız) <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (.....)				
KLİNİK BELİRTİ/ SEMPTOMLAR	Semptomların Başlama Tarihi:/...../20.....				
	<input type="checkbox"/> Ateş(.....°C) <input type="checkbox"/> Ateş Öyküsü <input type="checkbox"/> Ateş Hissi <input type="checkbox"/> Boğaz Ağrısı <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Miyalji <input type="checkbox"/> Baş Ağrısı <input type="checkbox"/> Kırıklılık <input type="checkbox"/> Akut solunum yetmezliği(ventilasyon gerektiren)Takipne <input type="checkbox"/> Takipne <input type="checkbox"/> Solunum Sıkıntısı <input type="checkbox"/> Diğer Belirti ve semptomlar (Tanımlayınız):.....				
RISK FAKTÖRLERİ	<input type="checkbox"/> İmmünsüpresyon (Belirtiniz):..... <input type="checkbox"/> Halen gebe (..... haftalık / aylık) <input type="checkbox"/> Kronik hastalık (Belirtiniz):..... <input type="checkbox"/> Postpartum (ilk 2 hafta) <input type="checkbox"/> Morbid obezite (BKİ≥40 kg/m2) <input type="checkbox"/> Sigara (..... paket gün /yıl)				
	<input type="checkbox"/> Eşlik eden komplikasyon (Belirtiniz):.....				
AŞI	Bu grip sezonunda grip aşısı yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor	Yapıldı ise tarihi:/...../20.....			
TEDAVİ	Antiviral tedavi başlandı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor	Başlandı ise tarihi:/...../20.....			
EPİDEMİYOLOJİK HİKÂYE	Çevresinde benzer hastalık tablosu olan kişi var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor			
	Semptomların başlamasından önceki 2 hafta içinde, ikamet edilen yerden ülke dışında seyahat öyküsü var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor			
	Seyahat öyküsü var ise, gidilen yer/yerler	Gidiş tarihi / Dönüş tarihi:			
	1-...../...../20..... -/...../20..... 2-...../...../20..... -/...../20.....				
LABORATUVAR İSTEM BİLGİLERİ	Örnek cinsini seçiniz		Örnek alma tarihi :/...../20.....		
	<input type="checkbox"/> Nazal sürüntü <input type="checkbox"/> Boğaz çalkantı suyu <input type="checkbox"/> Akciğer biyopsisi <input type="checkbox"/> Boğaz sürüntüsü <input type="checkbox"/> Trakeal aspirat <input type="checkbox"/> Post mortem akciğer/trakeal doku <input type="checkbox"/> Nazofaringeal sürüntü <input type="checkbox"/> Bronkoalveolar lavaj (BAL) <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Kombine burun ve boğaz sürüntüsü <input type="checkbox"/> Bronşial lavaj <input type="checkbox"/> Nazofaringeal/nazal aspirat <input type="checkbox"/> Bronş fırçalama				
LABORATUVAR TETKİK BİLGİLERİ	İstenen tetkik paketini seçiniz				
	<input type="checkbox"/> Paket 1	<input type="checkbox"/> Paket 2			
	İnfluenza A	İnfluenza A	Adenovirus	H. bocavirus	Parainfluenzavirus 1
	İnfluenza A (H1N1)	İnfluenza A (H1N1)	Coronavirus HKU1	H. metapneumovirus	Parainfluenzavirus 2
	İnfluenza A (H3N2)	İnfluenza A (H3N2)	Coronavirus 229E	Mycoplasma pneumonia	Parainfluenzavirus 3
İnfluenza B	İnfluenza B	Coronavirus NL63	Parechovirus	Parainfluenzavirus 4	
		Coronavirus OC43	Rhinovirus	RSV A/B	
		Enterovirus			
HEKİM VE KURUM BİLGİLERİ	Kurum adı:		İmza	KAŞE (Diploma Tescil No:)	
	Hekim Adı:				
	Tel No:				
	E-Posta:				