

Ek 2- FORM-014D (Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi)

...../...../ 20.....

(ACELE)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

FORM 014-D

GRUP D ENFEKSİYON ETKENLERİ BİLDİRİM FİŞİ

BİLDİRİM YAPAN KURUM

BİLDİRİM YAPAN KİŞİ

İLİ:

ADI:

İLÇESİ:

SOYADI:

KURUM ADI:

ÜNVANI-BRANŞI:

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ:	
Cinsiyeti	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K
T.C. Kimlik No:	
Adı:	
Soyadı:	
Doğum Tarihi :	.../.../...
Mesleği:	
HASTANIN İKAMET BİLGİLERİ:	
İl:	
İlçe:	
Bucak:	
Köy:	
Mahalle:	
CSBM: (Cd. Sk. Bv. Meyd.)	
Dış Kapı No:	
İç Kapı no:	
İrtibat Telefonu	

MİKROBİYOLOJİK İNCELEMEDE SAPTANAN GRUP D ENFEKSİYON ETKENİ/HASTALIK				
A. Dışkı örneği incelemesinde izole edilen/gösterilen etken				
<i>Shigella</i>	<input type="checkbox"/> <i>sonnei</i>	<input type="checkbox"/> <i>boydii</i>	<input type="checkbox"/> <i>flexneri</i>	<input type="checkbox"/> <i>dysenteriae</i>
<i>Salmonella</i>	<input type="checkbox"/> <i>typhi</i>	<input type="checkbox"/> <i>paratyphi-A</i>	<input type="checkbox"/> <i>Paratyphi-B</i>	<input type="checkbox"/> <i>paratyphi-C</i>
	<input type="checkbox"/> O4 (B)	<input type="checkbox"/> O7 (C1)	<input type="checkbox"/> O8 (C2-C3)	<input type="checkbox"/> O9 (D1)
	<input type="checkbox"/> O9,46(D2)	<input type="checkbox"/> O3,10 (E1)	<input type="checkbox"/> O1,3,19 (E4)	<input type="checkbox"/> O13 (G)
	<input type="checkbox"/> O18(K)	<input type="checkbox"/> Diğer :	<input type="checkbox"/> tiplendirilmedi	
EHEC*	<input type="checkbox"/> O157:H7	<input type="checkbox"/> VT1 pozitif	<input type="checkbox"/> VT2 pozitif	
	<input type="checkbox"/> Diğer :			
<i>Campylobacter</i>	<input type="checkbox"/> <i>jejuni</i>	<input type="checkbox"/> <i>coli</i>	<input type="checkbox"/> Diğer :	
<i>Yersinia</i>	<input type="checkbox"/> <i>pseudotuberculosis</i>		<input type="checkbox"/> <i>enterocolitica</i>	
	<input type="checkbox"/> Diğer :			
Diğer	<input type="checkbox"/> <i>Listeria monocytogenes</i>		<input type="checkbox"/> <i>Entamoeba histolytica</i>	
	<input type="checkbox"/> <i>Cryptosporidium sp</i>		<input type="checkbox"/> <i>Giardia intestinalis</i>	
	<input type="checkbox"/> <i>Norovirus</i>		<input type="checkbox"/> <i>Rotavirus</i>	
B. Ürogenital sistem örneklerinde;				
<input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i>		(Teknik: <input type="checkbox"/> DFA/ELISA <input type="checkbox"/> Kültür <input type="checkbox"/> PCR/LCR)		

İMZA