

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
İNSAN AVİAN İNFLUENZA VAKA BİLGİ FORMU

HASTA BİLGİLERİ	Adı ve Soyadı:		TC Kimlik No:	
	Baba adı:		Cinsiyeti:	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
	Doğum Tarihi:/...../.....	Mesleği:	
	Adresi:		Telefonu:	
			Şikâyetlerin Başlama Tarihi:/...../20.....

KLİNİK BULGULAR	<input type="checkbox"/> Yüksek ateş*°C	<input type="checkbox"/> Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Yaygın kas ağrısı
	<input type="checkbox"/> Boğaz ağrısı	<input type="checkbox"/> Öksürük	<input type="checkbox"/> Burun akıntısı
	<input type="checkbox"/> Açıklanamayan akut respiratuvar hastalığa bağlı ölüm		

RİSKLİ TEMAS ÖYKÜSÜ (Son yedi gün içinde)	Olası ya da kesin vaka (doğrulanmış) olduğu bildirilen bir kişi ile yakın (bir metre içinde) temas hikâyesi var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B	
	Laboratuvarda maruziyet olmuş mu?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B	
	Kümes hayvanları ve/veya kesin influenza A/H5N1 ile enfekte olduğu gösterilen bir hayvanla veya vahşi hayvanlarla (kedi veya domuz gibi) yakın (bir metre içinde) temas var mı?	Evcil <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B	
		Vahşi <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B	
	İkamet edilen veya ziyaret edilen alanda, yakında influenza A/H5N1'den şüphelenilmesi veya doğrulanması ve enfekte bir alanda hasta ya da ölü evcil kümes hayvanları ile veya vahşi kuşlarla yakın temasta (bir metre içinde) bulunmuş olmak	Evcil <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B	
		Vahşi <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B	
	İkamet edilen veya ziyaret edilen alanda, yakında influenza A/H5N1'den şüphelenilmesi veya doğrulanması ve önceki ay içinde hasta ya da ölü evcil kümes hayvanlarının bildirildiği enfekte bir alanda, ev veya çiftlikte bulunmuş olmak	Evcil <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B	
		Vahşi <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B	
<i>(Yukarıdaki sorulardan en az birinin cevabı 'Evet' olmalıdır.)</i>			
Riskli temas esnasında korunma tedbirleri alınmış mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B	Riskli temas tarihi:/...../20.....
Riskli temas sonrasında profilaksi uygulanmış mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B	Profilaksi tarihi:/...../20.....

EPİDEMİYOLOJİK ÖYKÜ	Hane halkında 'Riskli Temas' hikâyesi olan başka kişi/kişiler var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B
	Hane halkında olası hastalık belirtileri bulunan başka kişi/kişiler var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B
	Kanatlı hayvanlarla ilgili bir meslekte çalışıyor mu?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B
	Hastanın son 7 gün içeri yurtdışı seyahat öyküsü var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B

MEVCUT DURUM	Hastane Yatış Durumu		
	Hastaneye yatırıldı mı ?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
	Yatırıldıysa nereye yatırıldı?	<input type="checkbox"/> izole oda <input type="checkbox"/> servis <input type="checkbox"/> yoğun bakım	
	Antiviral tedavi başlandı mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Tedavi başlanma tarihi:
Numune alındı mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Numune gönderim tarihi:/...../20.....

ÖRNEK ALIMI	Örnek Cinsi	Örnek Alınma Tarihi	Daha Önce Örnek Alınmışsa, Alınma Tarihi
	Nazofarengal sürüntü	.../.../20...	.../.../20...
	Nazofarengal aspirat	.../.../20...	.../.../20...
	Nazal aspirat	.../.../20...	.../.../20...
	Bronkoalveoler Lavaj	.../.../20...	.../.../20...
	Doku örneği (biopsi/otopsi)	.../.../20...	.../.../20...
	Diğer.....	.../.../20...	.../.../20...
	Numunenin Gönderildiği Laboratuvar:.....		

HEKİM BİLGİLERİ	Bu bölüm, vakayı ilk gören hekim tarafından doldurulacaktır. Formun bir nüshası kendi kurumunda kalacak, bir nüshası Sağlık Müdürlüğüne bir nüshası ise hasta sevk edilmiş ise sevk ettiği sağlık kuruluşuna gönderecektir.			
	Adı-Soyadı:		Form tarihi:/...../20.....
	Görev Yeri:		Form saati::.....
	Tel No:		E-Posta:	

(E:Evete H:Hayır B:Bilinmiyor)

F07/HSGM/BHDB11

İmza: