



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Güncelleme Tarihi: 17.11.2017

Sayfa No: 2/2

LEJYONER HASTALIĞI VAKA BİLDİRİM FORMU

BİRİM: BULAŞICI HASTALIKLAR DAİRE BAŞKANLIĞI

HASTANIN:

Olası Vaka

Kesin Vaka

Adı Soyadı		İkamet Adresi		
TC Kimlik /Pasaport Numarası		İlçe	İl	Ülke
Baba Adı		Telefon No: (1) (2)		
Cinsiyeti Erkek () Kadın ()	Doğum Tarihi ___/___/___	Mesleği		

HASTANIN TESPİT EDİLDİĞİ:

Tarih ___/___/20___	İl	Hastane veya Kurum Adı
Bildirimi Yapan Hekimin Adı Soyadı		Klinik Adı

HASTALIĞA AİT BİLGİLER:

Semptomların başladığı tarih: ___/___/20___	Akciğer X-ray; Tek taraflı infiltrasyon () İki taraflı infiltrasyon () Kavite ()	Loberinfiltrasyon () Plevralefüzyon ()
Klinik Bulgular Ateş (>38.5°C) () Öksürük () Dispne () Göğüs ağrısı () Balgam () Hemoptizi () GIS bulguları : İshal () Karın ağrısı () Mental durum: Alert () Letarjik () Konfüzyon () Koma () Stupor () β-laktam antibiyotik tedavisine yanıt alınamaması ()	Önceki Tıbbi öykü ve Risk Faktörleri Sigara () ___ adet/gün Alkol () ___ cc/gün KOAHA () Diabetes mellitus () Koroner arter hastalığı () Karaciğer hastalığı () tipi? _____ Böbrek hastalığı () diyaliz?: _____ Malignensi () Kemoterapötik kullanımı () Steroid kullanımı () Oral hipoglisemik tedavisi () İnsülin kullanımı () Transplantasyon () tarihi ___/___/___	
Laboratuvar Bulguları Transaminazlarda yükselme () Hiponatremi () Hipofosfatemide ()		

LEJYONER HASTALIĞI TANISI İÇİN LABORATUVAR ÇALIŞMASI:

Lejyoner hastalığı tanısı için testlerin yapıldığı laboratuvarın adı:

Test	Yöntem	Sonuç	Tarih
<i>Legionella</i> Üriner Antijen (idrarda)			
<i>L.pneumophila</i> spesifik antikor (serumda)	IFA () ELISA ()		
<i>Legionella</i> Kültürü (solunum yolu örneğinde)	-		
DFA test (solunum yolu örneğinde)	LpSG1 () Diğer <i>Legionella</i> ()		
Nükleik asit amplifikasyon testi (PCR)	in-house () real-time ()		



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Güncelleme Tarihi: 17.11.2017

Sayfa No: 2/2

LEJYONER HASTALIĞI VAKA BİLDİRİM FORMU

BİRİM: BULAŞICI HASTALIKLAR DAİRESİ BAŞKANLIĞI

HASTANIN GENEL DURUMU:

İYİ, ayaktan tedavi görüyor ()	KÖTÜ, hastanede yatarak tedavi görüyor ()
İYİ, hastanede yatarak tedavi görüyor ()	KÖTÜ, yoğun bakım şartlarında tedavi görüyor ()
Taburcu () (Tarih ___/___/20___)	Ex () (Tarih ___/___/20___)

MUHTEMEL BULAŞ YOLU DEĞERLENDİRMESİ:

VAKANIN;	Yanıt “evet” ise nedeni?
1. Hastane-kaynaklı Lejyoner hastalığı olduğu düşünülmektedir.	Hayır () Evet () Hastalık, vaka başka bir nedenle hastanede yatarak gelişti () Vaka, şikayetlerinin başlamasından önceki 15 gün içinde başka bir nedenle yattığı hastaneden taburcu olmuş ()
2. Seyahat-ilişkili Lejyoner hastalığı olduğu düşünülmektedir.	Hayır () Evet () Vaka, şikayetlerinin başlamasından önceki 15 gün içinde seyahat etmiş (evinden başka bir yerde ≥ 1 gece gecelemiş) ()
3. Diğer toplum-kaynaklı Lejyoner hastalığı olduğu düşünülmektedir.	Hayır () Evet () Vaka, hastane-kaynaklı veya seyahat-ilişkili Lejyoner hastalığı kriterlerine uymadığı için ()

Vaka, hastane-kaynaklı Lejyoner hastalığı olarak değerlendirildiyse - yanıtlayınız:

Vakanın etkilenmiş olduğu HASTANE: (yatmakta olduğu veya taburcu olduğu)	Adı: Adresi (semt / ilçe / şehir):
Vakanın hastanede yattığı Klinik / Birim/Tarih	
Vakanın hastaneye esas yatış nedeni:	
Vakanın hastanede yatarak duş yapıp yapmadığı?	Hasta duş almamıştır () Hasta duş almıştır () Her gün () Haftada 2-3 kez () Haftada 1 kez ()
Vakanın hastanede bulunduğu esnada aspirasyon olup olmadığı?	Oldu () Olmadı () Muhtemelen () Bilinmiyor ()
Vakanın odasında havalandırma?	Split klima var () Merkezi havalandırma sisteminin ünitesi var () Bilinmiyor ()

Vaka, seyahat-ilişkili Lejyoner hastalığı olarak değerlendirildiyse etkilenmiş olabileceği konaklama birimi bilgileri:

Konaklama Birimi(leri)nin Adı (otel, motel, tatil köyü, kaplıca, misafırhane...)	Adresi (ilçe/şehir)	Konaklama Tarihleri	Oda No. (biliniyorsa)
1			
2			
3			
4			

Formu Dolduran

Adı ve Soyadı:

Unvanı:

Tarih:

İmza:

Bulaşıcı Hastalıklar Birimi

Adı ve Soyadı:

Unvanı:

Tarih:

İmza: