|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Documents and Settings\user\Desktop\spot_logo_200_200.jpg | **SITMA BİLGİLENDİRME FORMU**  **MANİSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ** | **EK: 1** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **İL :** | **MANİSA** | **SAĞLIK KURULUŞU:** |  |

**Sıtma; insanlara parazit taşıyan sivrisineğin sokmasıyla bulaşan, zamanında tedavi edilmezse öldürücü olabilen, nöbetler halinde ateş ve titremeye neden olan bir hastalıktır. Hastalığın erken teşhis edilerek uygun tedavi edilmesi ile hastalarda tam iyileşme olur. Sıtmada bazen ilk muayenede hastalık ortaya çıkmayabilir yıllar sonra hastalanabilirsiniz. Sıtmanın yaygın görüldüğü bir ülkeye seyahatinizde koruma amaçlı ilaç kullansanız dahi nadir de olsa bu hastalığa yakalanabilirsiniz.**

**Sıtma riskli bir ülkede bulunmuş veya bu bölgelerde bulanan/hasta olan bir kişiyle aynı ortamda kalmış olduğunuzdan takip eden \* bir yıl/üç yıl boyunca her ay, bir sağlık kuruluşuna başvurarak sıtma için kan vermeniz önem taşımaktadır.**

Yukarıda ifade edilen bilgileri okudum. Sağlık çalışanları tarafından takip eden bir yıl/üç yıl boyunca ayda bir sağlık kuruluşuna başvurarak kan vermemem halinde ölümcül olabilecek bir durumla karşı karşıya kalacağım hususunda ayrıntılı olarak bilgilendirildim.

Sıtma hastalığının erken teşhisi için takip eden bir yıl/üç yıl boyunca ayda bir sağlık kuruluşuna başvurarak sıtma için kan vermemem durumunda bütün sorumluluğun tarafıma ait olduğunu kabul ediyorum.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hastanın Adı-Soyadı | : |  |
| T.C. Kimlik Numarası | : |  | |
| Adresi | : |  | |
| Telefon | : |  | |

Varsa yasal temsilcinin;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı-Soyadı | : |  |
| T.C. Kimlik Numarası | : |  |
| Adresi | : |  |
| Telefon | : |  |

Hastanın veya yasal temsilcisinin\*\* imzası:

Bilgilendirmeyi yapan sağlık çalışanı;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı-Soyadı | : |  |
| İmzası | : |  |
| Tarih | : |  |

\* *P. falciparum* endemik ülkede bulunmuş veya bu bölgelerde bulanan/hasta olan bir kişiyle aynı ortamda kalanlar için bir yıl; *P. vivax* endemik ülkede bulunmuş veya bu bölgelerde bulanan/hasta olan bir kişiyle aynı ortamda kalanlar için ise üç yıl takip işaretlenecektir.

\*\* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır. Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz.

Not: 2 nüsha düzenlenip 1 nüshası kişiye verilecek 1 nüshası ise sağlık kuruluşunda kalacaktır.