



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___	<b>Akciğer X-ray;</b> Tek taraflı infiltrasyon ( ) İki taraflı infiltrasyon ( ) Kavite ( )	Loberinfiltrasyon ( ) Plevralefüzyon ( )
<b>Klinik Bulgular</b> Ateş (>38.5°C) ( ) Öksürük ( ) Dispne ( ) Göğüs ağrısı ( ) Balgam ( ) Hemoptizi ( ) <b>GIS bulguları :</b> İshal ( ) Karın ağrısı ( ) <b>Mental durum:</b> Alert ( ) Letarjik ( ) Konfüzyon ( ) Koma ( ) Stupor ( ) β-laktam antibiyotik tedavisine yanıt alınamaması ( )	<b>Önceki Tıbbi öykü ve Risk Faktörleri</b> 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 ___/___/___	
<b>Laboratuvar Bulguları</b> Transaminazlarda yükselme ( ) Hiponatremi ( ) Hipofosfatemi ( )		

LEJYONER HASTALIĞI TANISI İÇİN LABORATUVAR ÇALIŞMASI:

Lejyoner hastalığı tanısı için testlerin yapıldığı laboratuvarın adı:

Test	Yöntem	Sonuç	Tarih
Legionella Üriner Antijen (idrarda)			
L.pneumophila spesifik antikor (serumda)	IFA ( ) ELISA ( )		
Legionella Kültürü (solunum yolu örneğinde)	-		
DFA test (solunum yolu örneğinde)	LpSG1 ( ) Diğer Legionella ( )		
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 $\geq 1$ 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)	<b>Adı:</b> <b>Adresi (semt / ilçe / şehir):</b>
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: