

 T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	T.C SAĞLIK BAKANLIĞI HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	Güncelleme Tarihi:11/10/2017 Sayfa No:1/1
--	--	--

İNFLUENZA VAKA BİLGİ FORMU

BİRİM: BULAŞICI HASTALIKLAR DAİRE BAŞKANLIĞI

SÜRVEYANS TİPİ: SENTİNEL IBH/ILI SENTİNEL SARI NONSENTİNEL (IBH/ILI-SARI)

Semptomların Başlama Tarihi:/...../20..... **Bildirim Tarihi:**/...../20.....

HASTA KİMLİK BİLGİLERİ	Adı ve Soyadı:		TC Kimlik No:	
	Doğum Tarihi:/...../.....	Mesleği:	
	Cinsiyeti:	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	Halen yaptığı iş:	
	İkamet Adresi:			
	Mahalle/Köy:		İl/İlçe:	
	Ev Tel.:		Cep Tel.:	

KLİNİK BELİRTİ/ SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/> Ateş(..... °C) <input type="checkbox"/> Ateş Öyküsü <input type="checkbox"/> Ateş Hissi
	<input type="checkbox"/> Miyalji <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Akut solunum yetmezliği(ventilasyon gerektiren)
	<input type="checkbox"/> Baş Ağrısı <input type="checkbox"/> Solunum Sıkıntısı <input type="checkbox"/> Takipne
	<input type="checkbox"/> Kırgınlık <input type="checkbox"/> Boğaz Ağrısı <input type="checkbox"/> Diğer Belirti ve semptomlar (Tanımlayınız):.....
	(Not: SARI sürveyansında çocuk hastalarda vaka tanımına dikkat ediniz!)

ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ	<input type="checkbox"/> İmmünsüpresyon (Belirtiniz):..... <input type="checkbox"/> Halen gebe (..... haftalık / aylık)
	<input type="checkbox"/> Kronik hastalık (Belirtiniz):..... <input type="checkbox"/> Morbid obezite (BKİ≥35kg/m2)
	<input type="checkbox"/> Eşlik eden komplikasyon (Belirtiniz):.....
	Antiviral tedavi başlandı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor Başlandı ise tarihi:/...../20.....
Bu grip sezonunda grip aşısı yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor Yapıldı ise tarihi:/...../20.....	

EPİDEMİYOLOJİK HİKAYE	Çevresinde benzer hastalık tablosu olan kişi var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor
	Semptomların başlamasından önceki 2 hafta içinde, ikamet edilen yerden ülke dışına seyahat öyküsü var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor
	Seyahat öyküsü var ise, gidilen yer/yerler Gidiş tarihi / Dönüş tarihi:
	1-/...../20..... -/...../20.....
	2-/...../20..... -/...../20.....

HASTANE/SAĞLIK MERKEZİ BİLGİLERİ	Hastane/Sağlık Merkezinin adı:	Başvuru tarihi :/...../20.....
	Hastaneye yatırıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Yatış tarihi :/...../20.....
	Hangi servise yatırıldı?	
	Yoğun bakıma yatırıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Yatış tarihi :/...../20.....
	Hasta bu hastalık nedeniyle mi hastaneye kabul edildi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Hayır ise nedeni tanımlayınız:		

LABORATUVAR İSTEM BİLGİLERİ	Laboratuvara numune gönderildi ise örnek cinsini seçiniz Örnek alma tarihi :/...../20.....
	<input type="checkbox"/> Nazofaringeal sürüntü <input type="checkbox"/> Boğaz sürüntüsü <input type="checkbox"/> Kombine burun ve boğaz sürüntüsü
	<input type="checkbox"/> Burun sürüntüsü <input type="checkbox"/> Boğaz çalkantı suyu <input type="checkbox"/> Nazofaringeal/nazal aspirat
	<input type="checkbox"/> Endotrakeal aspirat <input type="checkbox"/> Nazotrakeal aspirat <input type="checkbox"/> Orotrakeal aspirat
<input type="checkbox"/> Bronşiyal lavaj <input type="checkbox"/> Bronş fırçalama <input type="checkbox"/> Bronkoalveolar lavaj (BAL)	
<input type="checkbox"/> Post mortem akciğer/trakeal doku <input type="checkbox"/> Akciğer biyopsisi <input type="checkbox"/> Diğer	

HEKİM BİLGİLERİ	Bu formun bir nüshası formun doldurulduğu kurumda, bir nüshası da il sağlık müdürlüğünde kalacaktır. Eğer numune alınmış ise bir nüshası numune ile birlikte laboratuvara gönderecektir.		
	Kurum adı:		
	Hekim Adı-Soyadı:	Uzmanlık alanı:	
	Tel No:	İmza:	
	E-Posta:		

Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı	hsgm.bulasici@saglik.gov.tr	Tel: 0(312) 565 55 32	Faks: 0(312) 432 2994
---	--	-----------------------	-----------------------