

KUDUZ RİSKLİ TEMAS VAKA İNCELEME FORMU

Tarih:/...../.....	Saat:	Protokol No:
--------------------------	-------	--------------

HASTA KİMLİK BİLGİLERİ	
Ad Soyad:	Doğum Tarihi:/...../.....
TC Kimlik No:	Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Kilosu:	Mesleği/işi:
İkamet (Ev) Adresi:	Tel (Ev):
	Tel (Cep):
İlçe ve İl:	
Hasta Yabancı Uyruklu İse	Pasaport No:
	Ülke:

KUDUZ RİSKLİ TEMASA AİT BİLGİLER	
Riskli Temas Tarihi:/...../.....	
• Hayvana dokunma veya besleme	<input type="checkbox"/>
• Sağlam derinin yalanması	<input type="checkbox"/>
• Çıplak derinin hafifçe sıyrılması (deri altına geçmeyen yaralanmalar)	<input type="checkbox"/>
• Kanama olmadan küçük tırmalama veya zedeleme	<input type="checkbox"/>
• Provakasyon ile gerçekleşen küçük kanamasız kedi tırmalaması	<input type="checkbox"/>
• Deriyi zedeleyen tek veya çok sayıda ısırma ve tırmalamalar	<input type="checkbox"/>
• Mukozaların, açık cilt yaralarının hayvanın salyası ile temas etmesi	<input type="checkbox"/>
• Lezyonun kafa, boyun, parmak uçları gibi sinir uçlarının yoğun olduğu bölgelerde olması	<input type="checkbox"/>
• Kuduzla yakalanma ihtimali olan yabani hayvan türleri ile riskli temas	<input type="checkbox"/>
Riskli Temasa neden olan hayvan türü	<input type="checkbox"/> Kedi <input type="checkbox"/> Köpek <input type="checkbox"/> Vahşi Hayvan <input type="checkbox"/> Diğer:
<input type="checkbox"/> Kaçtı, tanınmıyor	<input type="checkbox"/> Sahipli, aşısız, gözlem altında
<input type="checkbox"/> Öldü veya öldürüldü	<input type="checkbox"/> Sahipsiz, aşılı gözlem altında
<input type="checkbox"/> Sahipli, aşılı, gözlem altında	<input type="checkbox"/> Sahipsiz, aşısız, gözlem altında
Kişiyeye daha önce kuduz profilaksisi uygulandı mı?	<input type="checkbox"/> Hayır
	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Temas Öncesi
	<input type="checkbox"/> Temas sonrası
Daha önce uygulanan profilaksiyi resmi olarak belgeleyebiliyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kişinin devamlı kullandığı ilaç veya kronik hastalığı var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

Devamlı Kullandığı ilacın adı:

Yukarıda verdiğim bilgilerin doğruluğunu kabul ediyorum.

HASTANIN VEYA SORUMLU YAKININ

Adı Soyadı:

Tarih:/...../.....

TC Kimlik No:

İmza

Kuduz Riskli Temas Olayının gerçekleştiği Beyan Adresi :

Hayvan Gözlem Altında ise: Belediyesi / Gıda,Tarım ve Hayvancılık İl-İlçe Müdürlüğü,
.....Tarih ve Sayı ile gözlem sonucu:

Riskli Temas Kategorisi:

I II III IV

Sağlık Kuruluşunda Uygulanan Tıbbi Yaklaşımlar

Yara Bakımı

Tetanoz Profilaksisi

Kuduz Aşısı uygulanmasına gerek yok

Kuduz Aşısı

Başka kurumda uygulanmışsa Kurum Adı:

Tarih:/...../.....

Kuduz Antiserumu

Başka kurumda uygulanmışsa Kurum Adı:

Tarih:/...../.....

Planlanan aşı şeması

2,1,1

4 doz 2 doz (Daha önce tam doz aşılanan kişilerde)

3 doz 2 doz (Temas öncesi profilaksisi tam uygulanan kişilerde)

PLANLANAN AŞI TAKVİMİ

Kuduz Antiserumu

Tarih:/...../.....

UYGULANAN AŞI TAKVİMİ

Kuduz Antiserum adı:

Verilen Miktar :.....IU

1. Doz aşısı Tarih:...../...../.....

Tarih:/...../.....

Aşısı adı ve Seri Nu. :

2. Doz aşısı Tarih:...../...../.....

Tarih:/...../.....

Aşısı adı ve Seri Nu. :

3. Doz aşısı Tarih:...../...../.....

Tarih:/...../.....

Aşısı adı ve Seri Nu. :

4. Doz aşısı Tarih:...../...../.....

Tarih:/...../.....

Aşısı adı ve Seri Nu. :

