



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU
INFLUENZA VAKA BİLGİ FORMU

Güncelleme Tarihi:01/12/2015

Sayfa No:1/1

BİRİM: BULAŞICI HASTALIKLAR DAİRE BAŞKANLIĞI

SÜRVEYANS TİPİ: SENTİNEL İBH/İLİ SENTİNEL SARI NONSENTİNEL (İBH/İLİ-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/ilçe:	
	Ev Tel.:		Cep Tel.:	

KLİNİK BELİRTİ/ SEMPATOMLAR	<input type="checkbox"/> Ateş(.....°C) <input type="checkbox"/> Ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Akut solunum yolu yetmezliği (ventilasyon gerektiren)
	<input type="checkbox"/> Miyalji <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Takipne
	<input type="checkbox"/> Baş ağrısı <input type="checkbox"/> Solunum sıkıntısı <input type="checkbox"/> Diğer belirti ve semptomlar (Tanımlayınız):
	<input type="checkbox"/> Kırgınlık <input type="checkbox"/> Boğaz ağrısı
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):.....
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 halk sağlığı müdürlüğünde kalacaktır. Eğer numune alınmış ise bir nüshası ise numune ile birlikte laboratuvara gönderecektir.		
	Kurum adı:		
	Hekim Adı-Soyadı:	Uzmanlık alanı:	
	Tel No:	İmza:	
	E-Posta:		

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