

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:
İkamet (Ev) Adresi:	Tel (Ev):
	Tel (Cep):
İl ve İlçe:	
Hasta Yabancı Uyruklu İse	Pasaport No:
	Ülke:

KUDUZ RİSKLİ TEMASA AİT BİLGİLER	
Riskli Temas Tarihi:/...../.....	
<ul style="list-style-type: none"> 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"/> 	
<ul style="list-style-type: none"> 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"/> 	
<ul style="list-style-type: none"> Kuduza 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"/> Yabani 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
Kişiye daha önce tam doz kuduz proflaksisi 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:	

<i>Yukarıda verdiğim bilgilerin doğruluğunu kabul ediyorum.</i>	
HASTANIN VEYA SORUMLU YAKININ	
Adı Soyadı:	Tarih:/...../.....
TC Kimlik No:	İmza

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

Riskli Temas Kategorisi: I II III IV

Sağlık Kuruluşunda Uygulanan Tıbbi Yaklaşımlar

Yara Bakımı

Tetanoz Profilaksisi

Tetanoz Difteri Toksoidi

Tetanoz İmmünglobulini

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

Tetanoz İmmünglobulini adı:

Verilen Miktar :.....IU

Kuduz Aşısı uygulanmasına gerek yok

Kuduz Aşısı

Başka kurumda uygulanmışsa Kurum Adı:

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

Kuduz İmmünglobulini

Başka kurumda uygulanmışsa Kurum Adı:

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

Planlanan Aşı Şeması

2,1,1

3 doz (Temas öncesi)

4 doz

2 doz (Daha önce tam doz aşılanan kişilerde)

5 doz

2 doz (Temas öncesi profilaksisi tam uygulanan kişilerde)

UYGULANAN AŞI TAKVİMİ

Kuduz İmmünglobulini

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

Kuduz İmmünglobulini adı:

Verilen Miktar :.....IU

UYGULANAN AŞI TAKVİMİ

UYGULAYAN DOKTORUN ADI/SOYADI

İMZASI

1. Doz aşısı	Tarih:...../...../.....	Aşısı adı ve Seri Nu. :
2. Doz aşısı	Tarih:...../...../.....	Aşısı adı ve Seri Nu. :
3. Doz aşısı	Tarih:...../...../.....	Aşısı adı ve Seri Nu. :
4. Doz aşısı	Tarih:...../...../.....	Aşısı adı ve Seri Nu. :
5. Doz aşısı	Tarih:...../...../.....	Aşısı adı ve Seri Nu. :