

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	D-86-B VAKALAR İÇİN KİŞİSEL BİLGİ FORMU							
2	İLİ :							
3	1-KİŞİNİN							
4	KODU(Adı, soyadı ve baba adının ilk iki harfi, doğum yılı son iki rakamı)							
5	DOĞUM TARİHİ : / /				CİNSİYETİ : E () K ()			
6	UYRUĞU :				MESLEĞİ :			
7	SÜREKLİ YAŞADIĞI ADRES : (İl ve İlçe olarak)							
8	BAĞLI OLDUĞU SAĞLIK SİĞORTASI :							
9								
10	2-LABORATUVAR BULGULARI :							
11	1) HIV TESTİ: İlk pozitif test tarihi : / / 20.....							
12	2) DOĞRULAMA TESTİ : Kurum adı:				Tarih : / / 20...			
13	3) CD4+ HÜCRE SAYIMI :							
14	4) VİRAL YÜK :							
15								
16	3) TEŞHİSİN KONULDUĞU TARİH : / / 20.....							
17								
18	4) BULAŞMA YOLU :							
19	() HOMOSEKSÜEL / BİSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ							
20	() HETEROSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ							
21	PARTNER BİLGİLERİ : Sürekli eş () Geçici eş () Fuhuş çalışanı ()							
22	() IV MADDE BAĞIMLISI							
23	() ENFEKTE KAN TRANSFÜZYONU (Hemofilikler hariç)							
24	Kanın veren kurum : Transfüzyon tarihi : / /20... Donörün kodu:							
25	() HEMOFİLİ HASTASI							
26	() ANNEDEN BEBEĞE GEÇİŞ : Annenin kodu:							
27	() NAZOKOMİNAL GEÇİŞ (Bulaştırıcı kanıtlanmış diş çekimi, tıbbi müdahaleler vb.)							
28	() BİLİNMIYOR							
29								
30	BİLDİRİMİ YAPAN SAĞLIK KURUMU :							
31	BİLDİRİMİ YAPAN DOKTORUN ADI SOYADI :							
32	BİLDİRİM TARİHİ : / /20.....				İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONA			
33								
34								
35	BU FORM DOĞRULAMA TESTİ POZİTİF OLAN HER KİŞİ İÇİN DOLDURUP, EN KISA SÜREDE VE GİZLİLİ							
36	SAĞLIK BAKANLIĞINA GÖNDERİLMEK ÜZERE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE GÖNDERİLECEKTİR.							
37								
38	Form Kod No:HB-DKF-03-B							
39	Rev No:00/Rev. Tar.:....							

AYI :

İK ŞARTLARINA UYULARAK

40
41
42
43
44
45
46
47

