

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	D-86-A 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 :			
6	UYRUĞU :				MESLEĞİ :			
7	SÜREKLİ YAŞADIĞI ADRES : (İl ve İlçe olarak)							
8	BAĞLI OLDUĞU SAĞLIK SİĞORTASI :							
9								
10	2-LABORATUAR BULGULARI :							
11	1) HIV TESTİ: İlk pozitif test tarihi : / / 20.....							
12	2) DOĞRULAMA TESTİ : Kurum adı:							
13	3) CD4+ HÜCRE SAYIMI :							
14	4) VİRAL YÜK :							
15								
16	3) TESHİSİN KONULDUĞU TARİH : / / 20.....							
17								
18	4) KLİNİK BULGULAR :							
19	Aşağıdaki endikatör hastalıklardan hangileri var ise işaretleyiniz:							
20	() PNÖMOSİTİS KARİNİ PNOMONİSİ							
21	() BEYİN TOKSOPLAZMOZİSİ							
22	() ÖZOFAGUS KANDİDİYAZİSİ							
23	() TRAKEA, BRONŞ VEYA AKCİĞER KANDİDİYAZİSİ							
24	() KRİPTOSPORİDİOZİS							
25	() SİTOMEGALOVİRUS HASTALIĞI							
26	() HELPES SİMPEKS VİRÜS ENFEKSİYONU							
27	() EKSTRAPULMONER TÜBERKÜLOZ							
28	() TÜBERKÜLOZ DIŞI DİĞER MYCOBAKTERİYAL HASTALIKLAR							
29	AVIUM () KANSASİİ () XENOPI () NON-İDENTİFİYE ()							
30	() PULMONER TÜBERKÜLOZ							
31	() REKÜRAN PNÖMONİ							
32	() İNVAZİV SERVİKAL KARSİNOM							
33	() REGÜRAN SALMONELLA SEPTİSEMİSİ (NON-TİFOİD)							
34	() PROGRESİV MULTİFOKAL LÖKO-ENSEFOLOPATİ							
35	() İZOSPORİAZİS							
36	() HİSTOPLAZMOZİS							
37	() KOKSİDİOİDOMİKOZİS							
38	() KAPOSI SARKOMU							
39	() LENFOMA							
40	PRİMER SEREBRAL ()				NON-HODGKİN ()			
41	() HIV ENSEFALOPATİSİ							
42	() HIV TÜKENMİŞLİK SENDROMU							
43	5) BULAŞMA YOLU :							
44	() HOMOSEKSÜEL / BİSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ							
45	() HETEROSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ							
46	PARTNER BİLGİLERİ : Sürekli eşi ()				Geçici eşi ()		Fuhuş	
47	() IV MADDE BAĞIMLISI							

I	J	K
---	---	---

E () K ()

Tarih : / / 20.....

|

alışanı ()

48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73

() ENFEKTE KAN TRANSFÜZYONU (Hemofilikler hariç)

Kan veren kurum :

Transfüzyon tarihi : / /20...

() HEMOFİLİ HASTASI

() ANNEDEN BEBEĞE GEÇİŞ : Annenin kodu:

() NAZOKOMİAL GEÇİŞ (Bulaştırıcılığı kanıtlanmış diş çekimi, tıbbi mü

() BİLİNİYOR

BİLDİRİMİ YAPAN SAĞLIK KURUMU :

BİLDİRİMİ YAPAN DOKTORUN ADI SOYADI :

BİLDİRİM TARİHİ : / /20.....

İL SAĞLIK

BU FORM DOĞRULAMA TESTİ POZİTİF OLAN HER KİŞİ İÇİN DOLDURUP, EN KISA SÜREDE VE GİZLİ SAĞLIK BAKANLIĞINA GÖNDERİLMEK ÜZERE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE GÖNDERİLECEKTİR.

Form Kod No:EN-DKF-08

Rev No:00/Rev. Tar.:...

. Donörün kodu:

dahaleler vb.)

MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI :

LİK ŞARTLARINA UYULARAK