

EK 1. KIZAMIK VAKA İNCELEME FORMU

(Kızamık vaka tanımına uyan vakalar için doldurulacaktır.(ateş, yaygın makülopapüler döküntü ve öksürük, burun akıntısı veya konjunktivit))

A. Tanımlayıcı Bilgi :	Vaka kayıt sayısı: _____ (Sağlık Bakanlığı'nda doldurulacak)
Adı Soyadı : _____	Okula gidiyorsa okul adı: _____ Şubesi: _____
Cinsiyet: Erkek Kadın	Yaş: _____ Doğum tarihi: ___ / ___ / _____
	Yıl Ay
Sağlık Ocağı : _____	İlçe: _____ İl: _____
Adres: _____	Telefon : _____ Baba adı : _____
Bildirim tarihi : ___ / ___ / _____	Hastanın sağlık çalışanı tarafından ilk görüldüğü tarih : ___ / ___ / _____
Kaçıncı kızamık aşısı: _____	Son aşı tarihi : ___ / ___ / _____ Bilgi yazılı kayıttan mı? Evet Hayır Bilinmiyor

B. Klinik Bilgi:	
<u>Döküntü:</u> Başlangıç tarihi: ___ / ___ / _____	
Başlangıç yeri: Kulak arkası Yüz Ense Göğüs Diğer Belirtiniz: _____	
<u>Ateş:</u> Evet Hayır Bilinmiyor Başlangıç tarihi: ___ / ___ / _____ Ölçülen en yüksek ateş: _____ C	
<u>Öksürük:</u> Evet Hayır Bilinmiyor <u>Burun akıntısı:</u> Evet Hayır Bilinmiyor	
<u>Konjunktivit:</u> Evet Hayır Bilinmiyor <u>Otitis:</u> Evet Hayır Bilinmiyor	
<u>Ensefalit:</u> Evet Hayır Bilinmiyor <u>Pnömoni:</u> Evet Hayır Bilinmiyor	
<u>İsal:</u> Evet Hayır Bilinmiyor <u>Ölüm:</u> Evet Hayır Bilinmiyor Ölüm tarihi: ___ / ___ / _____	
Hastaneye yatmış mı?: Evet Hayır Bilinmiyor Hastanenin adı : _____ Yatış tarihi: ___ / ___ / _____	

C. Laboratuvar Verileri :							
Vaka ile ilk karşılaştığında laboratuvar tanı için kan örneği alınır. Virüs izolasyonu için idrar örneği veya boğaz sürüntüsü alınır.							
<u>Örnekler</u>	<u>Alınma tarihi</u>	<u>Laboratuvar</u>	<u>Lab. Geliş tarihi</u>	<u>Test*</u>	<u>Sonuç</u>	<u>Sonuç tarihi</u>	
Serum 1	___ / ___ / _____	_____	___ / ___ / _____		Poz. Neg. Bekleniyor	___ / ___ / _____	
Serum 2	___ / ___ / _____	_____	___ / ___ / _____		Poz. Neg. Bekleniyor	___ / ___ / _____	
İdrar	___ / ___ / _____	_____	___ / ___ / _____		Poz. Neg. Bekleniyor	___ / ___ / _____	
Boğaz sürüntüsü	___ / ___ / _____	_____	___ / ___ / _____		Poz. Neg. Bekleniyor	___ / ___ / _____	
*Test : 1= IgM Capture 2= IgM Indirekt 3= İzolasyon							

D. Olası Enfeksiyon Kaynağı:	
Döküntüden 7-23 gün öncesinde başka şüpheli kızamık vakası ile temas etmiş mi?	Evet Hayır Bilinmiyor
Aynı bölgede son bir ayda başka şüpheli kızamık vakası var mıydı?	Evet Hayır Bilinmiyor
Döküntüden 7-23 gün önce seyahat etmiş mi? Nereye: _____	Evet Hayır Bilinmiyor
Vaka turizm alanında çalışıyor mu ya da turistlerin sık ziyaret ettiği bir bölgede çalışıyor mu?	Evet Hayır Bilinmiyor

E. Son Vaka Sınıflaması : (Bu kısım İl Sağlık Müdürlüğü tarafından doldurulacaktır)	
Kızamık Kızamıkçık Aşı etkisi Diğer Belirtiniz: _____ Bilinmiyor	
Konfirmasyon: Laboratuvar Epidemiyolojik bağ: Klinik tanı :	
İmporite vaka : Evet Hayır Bilinmiyor Nereden: _____ son sınıflama tarihi: ___ / ___ / _____	

Vakayı İnceleyen :	
---------------------------	--

Form Kod No:HB-DKF-04

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

Adı soyadı: _____ Görevi: _____ Tel No: _____

İmza: _____ İnceleme tarihi: ____ / ____ / _____