

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 : ____ / ____ / ____	
Kaçınıcı kızamık aşısı: _____		Son aşı tarihi : ____ / ____ / ____	Bilgi yazılı kayıttan mı? Evet Hayır Bilinmiyor

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

C. Laboratuvar Verileri :							
Vaka ile ilk karşılaşıldığında laboratuvar tanı için kan örneği alınır. Virüs izolasyonu için idrar örneği veya boğaz sürüntüsü alınır.							
Örnekler	Alınma tarihi	Laboratuvar	Lab. Geliş tarihi	Test*	Sonuç		Sonuç tarihi
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	Diğeri	Belirtiniz: _____	Bilinmiyor
Konfirmasyon:	Laboratuvar	Epidemiyolojik bağ:	Klinik tanı :		
İmporte vaka :	Evet	Hayır	Bilinmiyor	Nereden: _____	son sınıflama tarihi: ____ / ____ / ____

Vakayı İnceleyen :

Adı soyadı: _____ Görevi: _____ Tel No: _____
İmza: _____ İnceleme tarihi: ____ / ____ / _____