



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Güncelleme Tarihi:
06/11/2017
Sayfa No: 1/1

MERS-CoV OLASI VAKA BİLGİ ve LABORATUVAR İSTEM FORMU

BİRİM: BULAŞICI HASTALIKLAR DAİRE BAŞKANLIĞI

1.HASTA KİMLİK BİLGİLERİ

TC Kimlik No																				
Adı ve Soyadı																				
Doğum tarihi/...../.....												Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın							
Başvuru Sırasında Kaldığı Adres	TEL												0(.....)							
	İli																			
Mesleği																				

2.HASTANE/SAĞLIK MERKEZİ BİLGİLERİ

Hastane/sağlık merkezinin adı:																										
Şikayet başlama tarihi:/...../.....																									
Hastaneye başvuru tarihi:/...../.....												Numune alma tarihi						/...../.....						
Hasta yatırıldı mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet																									
Hasta yatırıldı ise yatış tarihi:	0(.....)																									
Hasta bu hastalık nedeniyle mi hastaneye kabul edildi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet																									
Hayır ise nedenini tanımlayınız.																										

3. HASTANIN BULGULARI

38°C üstü ateş	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	Akciğer infiltrasyonları	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	
Öksürük	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		Akut böbrek yetmezliği	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Akut solunum yetmezliği	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok				
Diğer (Belirtiniz)						

4.EPIDEMİYOLOJİK BİLGİLER

Yakın çevrenizde benzer hastalık tablosu olan kişi var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet*				
*Evet ise belirtiniz (.....)					
Semptomların başlamasından önceki 10 gün içinde vaka görülen ülkelere seyahat öyküsü var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
Semptomların başlamasından önceki 10 gün içinde vaka görülen ülkelere seyahat öyküsü olan kişi ile yakın temas öyküsü var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				

5. MATERYALİN CİNSİ

<input type="checkbox"/> Balgam	<input type="checkbox"/> Bronkoalveolar lavaj	<input type="checkbox"/> Trakeal aspirat
<input type="checkbox"/> Plevral sıvı	<input type="checkbox"/> Doku örneği (biyopsi/otopsi)	<input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz)

6. MUAYENE EDEN HEKİMİN

Adı – Soyadı					
Görev Yeri					
Tel	0(.....)		Faks	0(.....)	
E-Posta			İmza		

7. NUMUNE GÖNDERİLmeden ÖNCE İLETİŞİME GEÇİLECEK KİŞİLER

Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Dairesi Başkanlığı
Numune Kabul: 0 312 565 54 33 / 0 312 565 54 31
Doç. Dr. Gülay Korukluoğlu: TEL: 0 312 565 53 40 Bio. Dr. Fatma Bayrakdar: TEL: 0 312 565 55 83
Dr. Vet. Hek. Ayşe Başak Altaş: TEL: 0 312 565 55 82 FAX: 0 312 565 55 69

İstanbul Üniversitesi Ulusal İnfluenza Referans Laboratuvarı:
TEL: 0 212 635 25 82

7. İL TEMAS NOKTASI

ADI VE SOYADI:					
GÖREVİ:	İLETİŞİM:				

NOT:	1- Form 3 nüsha ve eksiksiz olarak doldurulacaktır. Formlar Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir 2- Hastaneler 7/24 iletişim kurulabilecek sorumluların bilgilerini Sağlık Müdürlüklerine bildirecektir.				
------	--	--	--	--	--