


MERS-CoV OLASI VAKA BİLGİ VE LABORATUVAR İSTEM FORMU

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU		Güncelleme Tarihi: 01/12/2015 Sayfa No: 1/1	
	MERS-CoV OLASI VAKA BİLGİ ve LABORATUVAR İSTEM FORMU			
BİRİM: BULAĞICI 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(.....)	
		İLİ		
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				
THSK Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları DB Viroloji Laboratuvarı: 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 89				
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 Halk Sağlığı Müdürlüğüne teslim edilecektir. 2- Hastaneler 7/24 iletişim kurulabilecek sorumluların bilgilerini Halk Sağlığı Müdürlüklerine bildirecektir.			