

T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

**AKUT FLASK PARALİZİ  
VAKA İNCELEME FORMU**

Vaka bildirim formu ile bildirilen **Şüpheli Polio** (15 yaş altı akut flask paralizi) vakalarını incelemek için kullanılacaktır.

**Vakanın Tespit Edildiği:**

İl :  
İlçe :  
Mahalle/Köy :

Bildirim Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Hastanın Kodu:

**Vakanın Kimliği:**

Adı Soyadı :  
Baba Adı :  
Ana Adı :  
İkamet Adresi :

Doğum Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Cinsi E: K:

**Hastalık Öyküsü:**

**1-Belirtilerin başlama tarihi:**

**2-Paralizinin başlama tarihi:**

**Klinik belirtiler:**

	Var	Yok
Ateş		
Kas ağrısı		
Ense sertliği		

	Var	Yok
Baş ağrısı		
Bulantı, kusma		
BİLİNMIYOR		

**Paralizinin özellikleri:**

	Var	Yok
Ani başlangıç		
Asimetri		
Duyu kaybı		

**Paralizinin Yeri:**

	Var	Yok
Üst ekstremité		
Alt ekstremité		
Yüz		
Bulber		

Bilinmiyor:

**3- Polio aşısı durumu:**

	Kart	Aile	012
Yapılmış			
Yapılmamış			

Bilinmiyor:

1.Doz: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
2.Doz: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
3.Doz: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Rapel : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
En son aşısı: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### 4- Laboratuvar incelemeleri:

##### Gaita Numunesi:

	<u>Alınma Tarihi</u>	<u>Gönderme Tarihi</u>	<u>Sonuç</u>
1. Numune:	___/___/___	___/___/___	.....
2. Numune:	___/___/___	___/___/___	.....

Temaslılar(Ad, soyad, yaş)

1-.....	___/___/___	___/___/___	.....
2-.....	___/___/___	___/___/___	.....
3-.....	___/___/___	___/___/___	.....
4-.....	___/___/___	___/___/___	.....
5-.....	___/___/___	___/___/___	.....

##### Beyin Omurilik Sıvısı(BOS):

<u>Tarih</u>	<u>Kırmızı Küre</u>	<u>Lenfosit</u>	<u>Glukoz</u>	<u>Protein</u>
___/___/___	.....	.....	.....	.....
___/___/___	.....	.....	.....	.....

#### 5- Vaka İzleme:

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
Vaka, paralizi başlangıcından 60-90 gün arasında görüldü mü?		
Paralizi devam ediyor mu?		
Hasta öldü mü?		

Ölüm Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### 6- Epidemiyolojik Bağlantı:

\*Seyahat ve temas hikayesi (Paralizilerin başlangıcından önceki 14 gün içinde temas edilen her kişi ve seyahat edilen her yeri belirtiniz):

<u>Ziyaret Edilen Yer</u>	<u>Temas Edilen Kişi</u>	<u>Tarih</u>
1-.....	.....	.....
2-.....	.....	.....
3-.....	.....	.....

\*Hasta paralizilerin başlangıcından önceki 75 gün içinde polio aşısı ile aşılanmış kişilerle temas etmiş mi?

Evet

Hayır

Bilinmiyor

Eğer yanıt evet ise, adını, adresini ve aşılanma tarihini veriniz.

1-.....

2-.....

### 7- Kesin Tanı:

Aşağıdakileri kontrol edin:

Laboratuvar sonuçları: \* Dışkıda Virus      Tip1      Tip2      Tip3

Klinik : \*60 günden uzun süren paralizisi:  
\*Flask paraliziden sonra ölüm :

-Polio değil

Kesin Tanı:.....

-Polio vakası

### Araştırmayı Yapan:

Adı Soyadı :

Görevi :

Görev Yeri :

Telefon No :

Tarih : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

İmza:

### Halk Sağlığı Başkan Yardımcısı:

Adı Soyadı :

Tarih : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

İmza: