

KUDUZ RİSKLİ TEMAS VAKA İNCELEME FORMU

Tarih:/...../.....	Saat:	Protokol No:
--------------------------	-------	--------------

HASTA KİMLİK BİLGİLERİ	
Ad Soyad:	Doğum Tarihi:/...../.....
TC Kimlik No:	Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Kilosu:	Mesleği/işi:
İkamet (Ev) Adresi:	Tel (Ev):
	Tel (Cep):
İlçe ve İl:	
Hasta Yabancı Uyruklu İse	Pasaport No:
	Ülke:

KUDUZ RİSKLİ TEMASA AİT BİLGİLER

Riskli Temas Tarihi:/...../.....
Hayvana dokunma veya besleme <input type="checkbox"/>
Sağlam derinin yalanması <input type="checkbox"/>
Çıplak derinin hafifçe sıyrılması (deri altına geçmeyen yaralanmalar) <input type="checkbox"/>
Kanama olmadan küçük tırmalama veya zedeleme <input type="checkbox"/>
Provakasyon ile gerçekleşen küçük kanamasız kedi tırmalaması <input type="checkbox"/>
Deriyi zedeleyen tek veya çok sayıda ısırma ve tırmalamalar <input type="checkbox"/>
Mukozaların, açık cilt yaralarının hayvanın salyası ile temas etmesi <input type="checkbox"/>
Lezyonun kafa, boyun, parmak uçları gibi sinir uçlarının yoğun olduğu bölgelerde olması <input type="checkbox"/>
Kuduza yakalanma ihtimali olan yabani hayvan türleri ile riskli temas <input type="checkbox"/>
Riskli Temasa neden olan hayvan türü <input type="checkbox"/> Kedi <input type="checkbox"/> Köpek <input type="checkbox"/> Vahşi Hayvan <input type="checkbox"/> Diğer:
<input type="checkbox"/> Kaçtı, tanınmıyor <input type="checkbox"/> Sahipli, aşısız, gözlem altında
<input type="checkbox"/> Öldü veya öldürüldü <input type="checkbox"/> Sahipsiz, aşıllı gözlem altında
<input type="checkbox"/> Sahipli, aşıllı, gözlem altında <input type="checkbox"/> Sahipsiz, aşısız, gözlem altında
Kişiyeye daha önce kuduz profilaksisi uygulandı mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Temas Öncesi
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Temas sonrası
Daha önce uygulanan profilaksiyi resmi olarak belgeleyebiliyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kişinin devamlı kullandığı ilaç veya kronik hastalığı var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Devamlı Kullandığı ilacın adı:

Yukarıda verdiğim bilgilerin doğruluğunu kabul ediyorum.

HASTANIN VEYA SORUMLU YAKININ

Adı Soyadı:

Tarih:/...../.....

TC Kimlik No:

İmza

Kuduz Riskli Temas Olayının gerçekleştiği Beyan Adresi :

Hayvan Gözlem Altında ise: Belediyesi / Gıda, Tarım ve Hayvancılık İl-İlçe Müdürlüğü,Tarih ve Sayı ile gözlem sonucu:

Riskli Temas Kategorisi: I II III IV

Sağlık Kuruluşunda Uygulanan Tıbbi Yaklaşımlar

Yara Bakımı

Tetanoz Profilaksisi

Kuduz Aşısı uygulanmasına gerek yok

Başka kurumda uygulanmışsa Kurum Adı:

Kuduz Aşısı

Tarih:/...../.....

Kuduz Antiserumu

Başka kurumda uygulanmışsa Kurum Adı:

Tarih:/...../.....

Planlanan aşı şeması

2,1,1

4 doz

2 doz (Daha önce tam doz aşıl原因an kişilerde)

3 doz

2 doz (Temas öncesi profilaksisi tam uygulanan kişilerde)

PLANLANAN AŞI TAKVİMİ

UYGULANAN AŞI TAKVİMİ

Kuduz Antiserumu

Tarih:/...../..... Kuduz Antiserum adı:
Verilen Miktar :.....IU

1. Doz aşı Tarih:...../...../.....

Tarih:/...../..... Aşı adı ve Seri Nu. :

2. Doz aşı Tarih:...../...../.....

Tarih:/...../..... Aşı adı ve Seri Nu. :

3. Doz aşı Tarih:...../...../.....

Tarih:/...../..... Aşı adı ve Seri Nu. :

4. Doz aşı Tarih:...../...../.....

Tarih:/...../..... Aşı adı ve Seri Nu. :