



## İNFLUENZA VAKA BİLGİ FORMU

HASTA BİLGİLERİ	<b>Adı ve Soyadı:</b>	<b>TC Kimlik No:</b>
	Doğum Tarihi: ...../...../.....	Mesleği:
	Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	Halen yaptığı iş:
	Sağlık çalışanı mı? <input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz): ..... <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor	
	Telefon numarası:	

VAKA BİLGİSİ	<b>Vaka tipi:</b>	Yatış tarihi : ...../...../20.....
	<input type="checkbox"/> Ayaktan <input type="checkbox"/> Yatan <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Servis (.....servisi)	Yatış tarihi : ...../...../20.....
	Solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle mi hastaneye yatırıldı? (Hayır ise nedeni tanımlayınız)	
	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (.....)	

KLİNİK BELİRTİ/ SEMPATOMLAR	<b>Semptomların Başlama Tarihi:</b> ...../...../20.....	
	<input type="checkbox"/> Ateş (.....°C) <input type="checkbox"/> Baş ağrısı <input type="checkbox"/> Kirgınlık <input type="checkbox"/> Hipotansiyon <input type="checkbox"/> Ateş Öyküsü <input type="checkbox"/> Burun akıntısı <input type="checkbox"/> Miyalji <input type="checkbox"/> Takipne <input type="checkbox"/> Ateş Hissi <input type="checkbox"/> Burun tıkanıklığı <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Solunum sıkıntısı <input type="checkbox"/> Titreme <input type="checkbox"/> Hapşırık <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Akut solunum yetmezliği (ventilasyon gerektiren) <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Koku duyusu kaybı <input type="checkbox"/> İshal <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz): ..... <input type="checkbox"/> Boğaz ağrısı <input type="checkbox"/> Tat duyusu kaybı <input type="checkbox"/> Karın ağrısı .....	
	<b>(Not: SARI sürveyansında çocuk hastalarda vaka tanımına dikkat ediniz!)</b>	

RISK FAKTÖRLERİ	<input type="checkbox"/> Kardiyovasküler hastalık (belirtiniz):.....	<input type="checkbox"/> Diyabet hastalığı
	<input type="checkbox"/> Kronik akciğer hastalığı (belirtiniz): .....	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon
	<input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı (belirtiniz):.....	<input type="checkbox"/> Morbid obezite (BKI≥40 kg/m2)
	<input type="checkbox"/> Karaciğer hastalığı	<input type="checkbox"/> Diğer hastalıklar (belirtiniz):.....
	<input type="checkbox"/> Kronik nörolojik/nöromuskuler hastalık	.....
	<input type="checkbox"/> Solid organ malignitesi	<input type="checkbox"/> Halen gebe (..... haftalık )
	<input type="checkbox"/> Hematolojik malignite	<input type="checkbox"/> Postpartum (ilk 6 hafta) : ..... hafta
	<input type="checkbox"/> İmmünsüpresyon (belirtiniz):.....	<input type="checkbox"/> Sigara (..... paket gün / ..... yıl)

Diğer	<input type="checkbox"/> Eşlik eden komplikasyon (belirtiniz):.....
-------	---

AŞI	Bu grip sezonunda grip aşısı yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet Yapılma tarihi: ...../...../20..... <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor
-----	---

TEDAVİ	Antiviral tedavi başlandı mı? <input type="checkbox"/> Evet Başlanma tarihi: ...../...../20..... <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor
	Başlanan antiviral tedavi <input type="checkbox"/> Oseltamivir <input type="checkbox"/> Diğer ilaçlar:.....

EPIDEMIOLOJİK HİKÂYE	Çevresinde benzer hastalık tablosu olan kişi var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor
	Semptomların başlamasından önceki 14 gün içinde, aile bireyleri veya kendisinin seyahat öyküsü var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor
	Seyahat öyküsü var ise, gidilen ülke ve şehri/shehir Gidiş tarihi - Dönüş tarihi
	1- ...../...../20..... - ...../...../20.....
	2- ...../...../20..... - ...../...../20.....

LABORATUVAR İSTEM BİLGİLERİ	<b>Örnek cinsini seçiniz</b>	<b>Örnek alma tarihi : ...../...../20.....</b>
	<input type="checkbox"/> Burun sürüntüsü <input type="checkbox"/> Boğaz çalkantı suyu <input type="checkbox"/> Balgam <input type="checkbox"/> Boğaz sürüntüsü <input type="checkbox"/> Trakeal aspirat <input type="checkbox"/> Akciğer biyopsisi <input type="checkbox"/> Nazofaringeal sürüntü <input type="checkbox"/> Bronkoalveolar lavaj (BAL) <input type="checkbox"/> Post mortem akciğer/trakeal doku <input type="checkbox"/> Kombine burun ve boğaz sürüntüsü <input type="checkbox"/> Bronşial lavaj <input type="checkbox"/> Diğer : .....	
	<input type="checkbox"/> Nazofaringeal/nazal aspirat <input type="checkbox"/> Bronş fırçalama	

LABORATUVAR TETKİK BİLGİLERİ	<b>İstenen tetkik paketini seçiniz</b>			
	<input type="checkbox"/> <b>Paket 1</b> İnfluenza A İnfluenza A (H1N1) İnfluenza A (H3N2) İnfluenza B <input type="checkbox"/> <b>Paket 3</b> SARS- CoV-2	<input type="checkbox"/> <b>Paket 2</b> İnfluenza A İnfluenza A (H1N1) İnfluenza A (H3N2) İnfluenza B	Adenovirus Coronavirus HKU1 Coronavirus 229E Coronavirus NL63 Coronavirus OC43 Enterovirus	H. bocavirus H. metapneumovirus Mycoplasma pneumonia Parechovirus Rhinovirus

HEKİM VE KURUM BİLGİLERİ	<b>Kurum adı:</b>	<b>İmza</b>	<b>KAŞE (Diploma Tescil No:)</b>
	<b>Hekim Adı:</b>		
	<b>Tel No:</b>		