

AKUT FLASK PARALİZİ VAKA BİLDİRİM FORMU

Vakanın Tespit Edildiği:

İl : Bildirim Tarihi:...../...../.....
İlçe : Hastanın Kodu:
Mahalle/Köy :

Vakanın Kimliği:

Adı Soyadı : Doğum Tarihi:...../...../.....
Baba Adı : Cinsi E: K:
Ana Adı :
İkamet Adresi :

Hastalık Bilgileri:

1-Klinik Belirtilerin Başladığı Tarih :...../...../.....
2-Paralizilerin Başladığı Tarih :...../...../.....
3-Hastaneye Yatırılma Tarihi :...../...../.....
4-Hastane Kayıt No ve Servis :
5-Klinik Belirtiler(Kısaca) :

	Var	Yok
Ateş		
Ense Sertliği		
Ani Paralizi		
Asimetri		
Duyu Kaybı		

Paralizinin Yeri	Var	Yok
Üst ekstremité		
Alt ekstremité		
Yüz		
Bulber		

Bilinmiyor:

Polio Aşı Durumu:

	Kar t	Ail e	01 2
Yapılmış			
Yapılmamış			

Aşı Tarihleri
1.Doiz: / / Rapel : / /
2.Doiz: / / En son aşı: / /
3.Doiz: / /

Bilinmiyor:

Aldığı toplam OPV doz sayısı:

Numune Alınma Durumu:

	Alınma Tarihi	Gönderme Tarihi
1. Numune:	/ /	/ /
2. Numune:	/ /	/ /

Numune alınan temaslı sayısı:

BİLDİRİMİ YAPAN:

ADI SOYADI :
GÖREVİ :
GÖREV YERİ :
TELEFON NO :

TARİH:

İMZA:

**AKUT FLASK PARALİZİ
LABORATUVAR İNCELEME FORMU**

Vakanın Tespit Edildiği:

İl : Gönderme Tarihi : / /
İlçe : Hastanın Kodu :
Mahalle/Köy :

Vakanın Kimliği:

Adı Soyadı : Doğum Tarihi : / /
Baba Adı :
Ana Adı : Cinsi : E: K:
İkamet Adresi :

Paralizi Başlama Tarihi: / /

Örneği Gönderenin:

Adı Soyadı :
Görevi :
Görev Yeri :
Telefon No :

Alınan Örnek:

	<u>Alınma Tarihi</u>	<u>Sonuç</u>
1-Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /
2-Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /
<u>Temaslılar(Ad, soyad, yaş)</u>		
1-.....Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /
2-.....Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /
3-.....Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /
4-.....Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /
5-.....Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /

İl Program Sorumlusu:

Adı Soyadı :
Görevi :
Görev Yeri :
Telefon No :
Tarih :

İmza:

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri
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 : Bildirim Tarihi:...../...../.....
İlçe : Hastanın Kodu:
Mahalle/Köy :

Vakanın Kimliği:

Adı Soyadı : Doğum Tarihi:...../...../.....
Baba Adı : Cinsi E: K:
Ana Adı :
İkamet Adresi :

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 aşı durumu:

	Kart	Aile	012
Yapılmış			
Yapılmamış			

1.Doz: / / Rapel : / /
2.Doz: / / En son aşı: / /
3.Doz: / /

Bilinmiyor:

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:

	Evet	Hayır
Vaka, paralizi başlangıcından 60 gün sonra 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 paralizi:
*Flask paraliziden sonra ölüm :

-Polio değil

Kesin Tanı:.....

-Polio vakası

Araştırmayı Yapan:

Adı Soyadı :

Görevi :

Görev Yeri :

Telefon No :

Tarih :

İmza:

Sağlık Müdürü:

Adı Soyadı :

Tarih :

İmza: