

Ek 2. KIZAMIK/KIZAMIKÇIK VAKA İNCELEME FORMU

(Şüpheli kızamık/kızamıkçık vaka tanımına uyan tüm vakalar için doldurulacak ve Sağlık Bakanlığı'na faks ve posta yoluyla gönderilecektir)

A. Tanımlayıcı Bilgiler:

Kurum Adı: _____ İlçe: _____ İl: _____
Vaka Kayıt No (Sağlık Müdürlüğünce doldurulacaktır) _____ TC Kimlik No: _____
Adı, soyadı: _____ Cinsiyet: Erkek Kadın Doğum Tarihi: ___/___/___
Okula gidiyorsa okul adı: _____ Şubesi: _____
Adres: _____ Telefon: _____ Baba adı: _____
Vakanın sağlık çalışanı tarafından ilk görüldüğü tarih: ___/___/___ Bildirim Tarihi: ___/___/___
Kızamık Aşı Dozu Sayısı: _____ Son Aşı Tarihi: ___/___/___ Bilgi yazılı kayıttan mı? Evet Hayır
Kızamıkçık Aşı Dozu Sayısı: _____ Son Aşı Tarihi: ___/___/___ Bilgi yazılı kayıttan mı? Evet Hayır
Gebelik Durumu: Evet Hayır Bilinmiyor Ön Tanı: Kızamık Kızamıkçık Diğer (Belirtiniz: _____)

B. Klinik Bilgi:

Döküntü: Başlangıç tarihi: ___/___/___ Türü: Makülopapüler Diğer (Belirtiniz: _____)
Başlangıç yeri: Kulak arkası Yüz Ense Göğüs Döküntü Süresi (gün) _____
Ateş: Evet Hayır Bilinmiyor Ateşin Başlangıç Tarihi: ___/___/___ Ölçülen en yüksek ateş: _____°C
Öksürük: Evet Hayır Bilinmiyor Burun akıntısı: Evet Hayır Bilinmiyor Konjunktivit: Evet Hayır Bilinmiyor
Otitis: Evet Hayır Bilinmiyor Lenfadenopati: Evet Hayır Bilinmiyor Artrit: Evet Hayır Bilinmiyor
İshal: Evet Hayır Bilinmiyor Ensefalit: Evet Hayır Bilinmiyor Pnömoni: Evet Hayır Bilinmiyor
Diğer komplikasyonlar (Belirtiniz: _____)
Ölüm: Evet Hayır Bilinmiyor Ölüm Tarihi: ___/___/___
Hastaneye yatmış mı?: Evet Hayır Bilinmiyor Hastanenin adı: _____ Yatış tarihi: ___/___/___

C. Laboratuvar Verisi: Vaka ile ilk karşılaştığında laboratuvar tanısı için kan örneği alınır. Virüs izolasyonu için idrar örneği veya boğaz sürüntüsü alınır.

Örnekler	Alınma tarihi	Laboratuvar	Lab'a geliş tarihi	Test*	Sonuç	Sonuç Tarihi
Serum 1	___/___/___	_____	___/___/___	_____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	___/___/___
Serum 2	___/___/___	_____	___/___/___	_____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	___/___/___
İdrar	___/___/___	_____	___/___/___	_____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	___/___/___
Boğaz sürüntüsü	___/___/___	_____	___/___/___	_____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	___/___/___

*Test 1= IgMCapture 2= IgM Indirekt 3= İzolasyon 4=PCR Genotip: ___/___/___

D. Olası Enfeksiyon Kaynağı:

Döküntüden 7-18 gün öncesinde başka şüpheli kızamık vakası ile temas etmiş mi? Evet Hayır Bilinmiyor
Döküntüden 12-23 gün öncesinde başka şüpheli kızamıkçık vakası ile temas etmiş mi? Evet Hayır Bilinmiyor
Aynı bölgede son bir ayda başka şüpheli kızamık kızamıkçık vakası var mıydı? Evet Hayır Bilinmiyor
Döküntüden 7-23 gün önce seyahat öyküsü var mı? Nereye: _____ Tarih: ___/___/___ Evet Hayır Bilinmiyor

E. Son Vaka Sınıflaması: (Bu kısım İl Sağlık Müdürlüğü tarafından doldurulacaktır).

Vaka değil Aşı etkisi Diğer (Belirtiniz: _____) Son Sınıflama Tarihi: ___/___/___
Laboratuvarla doğrulanmış kızamık Epidemiyolojik ilişkili kızamık Klinik (olası) kızamık
Laboratuvarla doğrulanmış kızamıkçık Epidemiyolojik ilişkili kızamıkçık Klinik (olası) kızamıkçık
İmporite Vaka: İmporite Vakayla ilişkili Vaka Nereden: _____ İmporiteyle İlişkisiz Vaka Bilinmiyor

Vakayı inceleyen TSM, Sağlık Grup Başkanlığı Personeli:

Adı, Soyadı: _____ Görevi: _____ Tel No: _____
İmza: _____ İnceleme Tarihi: ___/___/___