# 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)

# 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: )

# 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: oC

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: : / /

1. **Laboratuvar Verisi:** Vaka ile ilk karşılaşıldığında 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

Serum 2 İdrar

Boğaz sürüntüsü

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

Poz. □ Neg. □ Ara değer □ Poz. □ Neg. □ Ara değer □ Poz. □ Neg. □ Ara değer □ Poz. □ Neg. □ Ara değer □

/ /

/ /

/ /

/ /

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

# 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 □

# Son Vaka Sınıflaması: (Bu kısım Il 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 □

İmporte Vaka: □ İmporte Vakayla ilişkili Vaka □ Nereden: İmportasyonla İlişkisiz Vaka□ Bilinmiyor □

# Vakayı inceleyen TSM, Sağlık Grup Başkanlığı Personeli:

Adı, Soyadı: Görevi: Bildirimi yapan doktor Kaşe:

İmza: İnceleme Tarihi: / / İmza: Tel: