#### **T.C. Sağlık Bakanlığı**

**Ek-1**

#### **Boğmaca Laboratuvar İnceleme İstek Formu**

#### (Örnek alınan her kişi için doldurulur ve numune ile birlikte lab’a ulaştırılır.)

#### **Hastanın Muayene Edildiği/Yatırıldığı Kuruma Ait Bilgiler**

Sağlık Kuruluşunun Adı:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

İl/İlçe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta Kayıt-Dosya no : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doktorun Adı-Soyadı : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel/Fax/ E-Posta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hastalığın başlangıç tarihi: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**HASTAYA AİT BİLGİLER:**

1. **Kimlik ve ev halkı bilgileri:**

Hastanın Adı Soyadı : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doğum Tarihi : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Cinsiyeti : E ( ) K ( )

Baba Adı : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. No : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

İkamet Adresi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toplam hane halkı sayısı :\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hanede 10 yaş altı çocuk sayısı : \_\_\_\_\_\_\_\_

**2-Aşı Durumu: (DBT)**

 **Aşı Tarihleri**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Kart | Aile | 012 |  1.Doz: / / |  Rapel : / / |
| Yapılmış |  |  |  |  2.Doz: / / |  En son aşı: / / |
| Yapılmamış |  |  |  |  3.Doz: / / |   |
| Bilinmiyor:  |  | Aldığı toplam doz sayısı: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**3- Klinik semptom ve bulgular:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Var | Yok |
| Şiddetli öksürük nöbetleri |  |  |
| İç çekmeli solunum |  |  |
| Öksürük sonrası kusma |  |  |
| Başka bir nedene bağlanamayan öksürük |  |  |

**4- Uygulanan Tedavi :**

Tedavi başlama tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**a**-Antibiotik tedavisi aldı : 

 (antib. adı:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

**b**-Tedavi uygulanmadı : 

**5- Vaka dağılımı**

1. Tek vaka 
2. Birden fazla vaka :
* aynı aileden 
* aynı okuldan 
* aynı kışladan 
* aynı işyerinden 
* Diğer  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6- Laboratuvara gönderilmek üzere hastadan alınan örnek (ler):**

a- Nazofaringeal sürüntü 

b- Öksürtme plağı 

**Örnekleri Gönderen**

**Hastanın doktoru:**  **İl Sağ.Müd. Görevlisi:**

İmza:.................... Adı,soyadı:

Tarih: .../..../......... İmza:

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

**Düşünceler/ öneriler:**

...................................................................………… ........................................................................………

**Örnekleri Gönderen**

**Hastanın doktoru :**  **İl Sağlık Müdürlüğü Görevlisi :**

İmza : Adı,Soyadı:

Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ İmza:

 Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_