**T.C**

SAĞLIK BAKANLIĞI

**Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü**

**AKUT FLASK PARALİZİ**

**VAKA BİLDİRİM FORMU**

**Vakanın Tespit Edildiği:**

İl : BildirimTarihi:....../....../.......

İlçe : Hastanın Kodu:

Mahalle/Köy : T.C.:

**Vakanın Kimliği:**

Adı Soyadı : Doğum Tarihi:...../....../........

Baba Adı : Cinsi E: K:

Ana Adı : Telefon No :

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 |  | Paralizinin Yeri | Var | Yok |
| Ateş |  |  |  | Üst ekstremite |  |  |
| Ense Sertliği |  |  |  | Alt ekstremite |  |  |
| Ani Paralizi |  |  |  | Yüz |  |  |
| Asimetri |  |  |  | Bulber |  |  |
| Duyu Kaybı |  |  |  | Bilinmiyor: |  |  |

**Polio Aşı Durumu: Aşı Tarihleri**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Kart | | Aile | 012 | | 1.Doz: / / | | Rapel : / / |
| Yapılmış |  | |  |  | | 2.Doz: / / | | En son aşı: / / |
| Yapılmamış |  | |  |  | | 3.Doz: / / | |  |
| Bilinmiyor: | |  | | |  | | Aldığı toplam Polio Aşısı 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: