**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: