**Ek 1. Kızamık/Kızamıkçık Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formu:**

Sıcak Vaka\*

|  |
| --- |
| İl: İlçe: Kurum Adı: Tarih: / / Hastanın Adı Soyadı: Cinsiyet: Kadın □ Erkek □ Vaka Kayıt No**1**: Doğum Tarihi: / / Baba Adı: TC Kimlik No: Adres: Hastanın aldığı kızamık aşı dozu sayısı: Son dozun tarihi: / / Hastanın aldığı kızamıkçık aşı dozu sayısı: Son dozun tarihi: / / Döküntünün başlangıç tarihi: / / Varsa ateşin başlangıç tarihi: / / Döküntünün tipi: Makülopapüler: Evet □ Hayır □Ön Tanı: Kızamık □ Kızamıkçık □ Diğer □ (Belirtiniz\_ ) |
| Örnek Türü | Örnek Alınma Tarihi | Gönderim Tarihi | Lab. Ulaştığı Tarih**2**: | Sonuç Tarihi**2** | Sonuç**2** |
| Kızamık IgM | Kızamık IgG | Kızamıkçık IgM | Kızamıkçık IgG | Kızamık PCR | Kızamıkçık PCR |
| 1. Serum 1 |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Serum 2 |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  |  |  |  |  |  |  |
| 3. İdrar |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  |  |  |  |  |  |  |
| 4.NazofarengealSürüntü |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  |  |  |  |  |  |  |
| 5. …………. |  / /  |  / /  |  / /  |  / /  |  |  |  |  |  |  |
| Yorum**2**: |
| Laboratuvar sonucunun (Sağlık Müdürlüğü) bildirilmesi gereken kişinin adı-soyadı::Telefon Numarası: Faks: e-posta: Laboratuvarın Adı: Örneği Teslim Alan Kişi: Örneğin geldiği koşullar uygun mu? Evet □ Hayır □ |

**1** Sağlık Müdürlüğü tarafından doldurulacaktır.

**2** Laboratuvar tarafından doldurulacaktır.

**Not:** Laboratuvar tarafından inceleme tamamlandığında; örneğin gönderildiği Sağlık Müdürlüğüne bilgi verilmelidir. Sonuç pozitif geldiğinde RSHMB’ye derhal bilgi verilmelidir.

**SICAK VAKA\**:*** Kesin vaka ile temas öyküsü olan **veya** döküntünün başlamasından önceki 3 hafta içerisinde seyahat öyküsü olan **veya** aşısız **veya** yaşına göre eksik aşılı olan **veya** kümelenme gösteren olası kızamık/kızamıkçık vaka tanımına uyan vakalar sıcak vaka olarak değerlendirilir.

**Bu durumda bu kutuya kırmızı kalemle çarpı (x) işareti konmalıdır.**