

## KUDUZ ŞÜPHELİ TEMAS İZLEME FORMU DOLDURMA TALİMATI

1. Bu form il genelindeki Hastane ve Sağlık Ocaklarından veya Kuduz ile ilgili oluşturulmuş özel birimlerden aylık olarak doldurulacak ve İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğüne icmalı yapılarak, Takip eden ayın en geç 20'sinde Form 017 ile beraber Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilecektir.
2. Mükerrer bildirimlerin önlenmesi için tedavi takibinin yapıldığı kurum esas alınacaktır ve sadece tedavi takibi sona ermiş vakalar bildirilecektir. Tedavi takibi devam edenler ise tedavinin bittiği dönem içinde bildirilecektir.
3. Temasa maruz kalan kişi sayısı  $(A)=(B)+(C)+(D)+(E)+(F)$  olmalıdır.
4. İki doz aşı uygulaması, daha önce tam aşılanmış olan kişilere, tekrar kuduz şüpheli temasa maruz kalması durumunda uygulanır.
5. Üç doz aşı uygulanması, şüpheli temasa neden olan hayvanın 10 günlük gözlemi sonucu kuduz olmadığının anlaşıldığı durumlarda uygulanır.
6. Beş doz aşı uygulanması, hayvanın takibinin yapılamadığı veya kuduz olmadığının anlaşıldığı durumlarda uygulanır.
7. 2+1+1 şeması, kuduz 1g'nin bulunamadığı durumlarda uygulanır.
8. Bütün uygulamalar için esas alınacak kaynak, KUDUZ KORUNMA VE KONTROL YÖNERGESİ'dir.