

**SITMA EPİDEMİYOLOJİK  
İNCELEME FORMU**

İL: \_\_\_\_\_

Vaka Sıra No:

Müsbet Kanın Kod No:

|  |  |
|--|--|
| 1-HASTANIN<br>Adı Soyadı<br>Baba Adı<br>Yaşı<br>Cinsiyeti E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/><br>Mesleği | 2-HASTANIN ADRESİ _____<br>3-ENFEKTE YERLEŞİM BİRİMİNİN<br>Adı: _____ Kod No: _____<br>4-HASTANIN TESPİT EDİLDİĞİ YERLEŞİM BİRİMİNİN<br>Adı: _____ Kod No: _____ |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
| 5-HASTAYLA İLGİLİ DİĞER BİLGİLER<br>-Hastalandığı Tarih<br>-Kanın Alınma Tarihi<br>-Kanın İncelendiği Tarih<br>Yerli Nüks HG HGT SV Kriptik<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | -Kanın Alınma Yöntemi Aktif <input type="checkbox"/> Pasif <input type="checkbox"/><br>Tespit Edilen parazit türü<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>V F M O Mixte<br>-Gametosit Durumu Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> |
|--|---|

|   |   |   |
|---|---|---|
| 6-KANIN ALINIŞ NEDENİ:<br>-Bilinip Takip Edilen: <input type="checkbox"/><br>-Ateşli İken Alınan : <input type="checkbox"/> | - Ateş Geçirmiş : <input type="checkbox"/><br>- Temas Şüpheli: <input type="checkbox"/> | Göçer ve Geçici İkamet <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|

|  |
|--|
| 7-HASTANIN HASTALANMADAN 15 GÜN EVVELİNE KADAR SON 2 YIL SÜRESİNCE GECE KALDIĞI<br>YERLER VE TARİHLERİ : |
| _____  |
| _____  |
| _____  |
| _____  |
| _____  |

|  |
|--|
| 8-<br>-Hasta bu nöbetten önce buna benzer nöbet geçirmiş midir? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/><br>-Evet ise: nerede,ne zaman ateş geçirmiştir?<br>-Daha önceki nöbetlerde tedavi görmüş müdür? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/><br>-Daha önce kan muayenesi yapılmış mıdır? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/><br>-Son 1 yılda hastanın oturduğu evde ateşli kimseler olmuş mudur? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/><br>-Evet ise, kaç ateşli kişi vardır?<br>-Hastanılan evde püskürtme yapılmış mıdır? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/><br>-Evet ise püskürtmenin tarihi ve kullanılan ensektisit<br>-Son püskürtme uygulaması ile nöbet oluşumu arasındaki süre<br>-Yerleşim biriminde vektör anofel var mıdır? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/><br>-Vakanın bulunduğu yerleşim biriminde başka vaka var mıdır? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/><br>-Enfeksiyonun kaynağı olan Valiliğe vakanın bildirim yapılmış mıdır? |
|--|

|                   |       |
|-------------------|-------|
| <b>DÜZENLEYEN</b> |       |
| Adı Soyadı:       | _____ |
| Ünvanı:           | _____ |
| Tarih:            | _____ |
| İmza:             | _____ |

|                  |       |
|------------------|-------|
| <b>ONAYLAYAN</b> |       |
| Adı Soyadı:      | _____ |
| Ünvanı:          | _____ |
| Tarih:           | _____ |
| İmza-mühür:      | _____ |