

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
BULAŞICI VE SALGIN HASTALIKLAR KONTROLÜ DAİRE BAŞKANLIĞI

MENİNGOKOKSİK MENENJİT VAKA İNCELEME FORMU

Vakanın Adı ve Soyadı :
T.C. Kimlik No :
Adresi :

Telefon : Ev : İş : Cep :

Mesleği :

VAKA İLE İLK KARŞILAŞMA :

Vakayı Tespit Eden Hekim :
Çalıştığı Kurum :
Telefon : Faks : E-posta :
Hastalığın Başlangıç Tarihi :/...../.....
Vakanın Başvuru Tarihi :/...../.....
Vakaya Benzylpenisilin yapıldı mı? : () EvetİÜ yapıldı.
() Hayır (gerekçesini açıklayın).....

Yapılan Müdahale : Lütfen açıklayınız.....

Vakanın Yatırıldığı Hastane:

Hastaneye Giriş Tarihi :
Sorumlu Hekim :
Klinik Bulgular : () Ateş () Bulantı, kusma () Baş ağrısı () Ense sertliği () Döküntü
() Diğer, belirtiniz.....

Laboratuvar İncelemeleri : () BOS'da mikroskopik olarak Gram(-) diplokokların görülmesi (**DESTEKLEYİCİ BULGU**)
() BOS'da N.meningitidis antijenlerinin LA veya CA gibi tekniklerle gösterilmesi
(**DOĞRULAYICI BULGU**)
() Kültür ile N.meningitidis izolasyonu (**DOĞRULAYICI BULGU**)
() Tiplendirme yapıldı. Serogrup (A,B,C,Y,W135)
() Tiplendirme yapılamadı. İzolat tiplendirme için aşağıda belirtilen merkeze gönderildi
Merkezin Adı ve Gönderme Tarihi :.....

Uygulanan Tedavi ve Müdahaleler (Açıklayınız) :

