

AKUT FLASK PARALİZİ VAKA BİLDİRİM FORMU

Vakanın Tespit Edildiği:

İl : Bildirim Tarihi:...../...../.....
İlçe : Hastanın Kodu:
Mahalle/Köy :

Vakanın Kimliği:

Adı Soyadı : Doğum Tarihi:...../...../.....
Baba Adı : Cinsi E: K:
Ana Adı :
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
Ateş		
Ense Sertliği		
Ani Paralizi		
Asimetri		
Duyu Kaybı		

Paralizinin Yeri	Var	Yok
Üst ekstremité		
Alt ekstremité		
Yüz		
Bulber		

Bilinmiyor:

Polio Aşı Durumu:

	Kar t	Ail e	01 2
Yapılmış			
Yapılmamış			

Bilinmiyor:

Aşı Tarihleri

1.Doz: / / Rapel : / /

2.Doz: / / En son aşı: / /

3.Doz: / /

Aldığı toplam OPV 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: