



T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve
Biyolojik Ürünler Daire Başkanlığı
Ulusal Viroloji Referans Laboratuvarı
Kızamık/Kızamıkçık Analiz İstem Formu

Sayfa No: 1/2

İl: _____ İlçe: _____ Kurum Adı: _____ Tarih: ____/____/____
Hastanın Adı Soyadı: _____ Cinsiyet: Kadın Erkek Vaka Kayıt No¹: _____
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. Nazofarengeal Sürüntü	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____						
5.	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____						

Yorum²: _____
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 VAKA³: Kesin vaka ile temas öyküsü olan veya döküntünün başlamasından önceki 3 hafta içerisinde seyahat öyküsü olan veya aşısız veya yaşına göre eksik aşı 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.

A. Tanımlayıcı Bilgiler:

Kurum Adı: _____ İlçe: _____ İl: _____
Vaka Kayıt No (Sağlık Müdürlüğünce doldurulacaktır) TC Kimlik No: _____
Adı, soyadı: _____ Cinsiyet: Erkek Kadın Doğum Tarihi: ____/____/____
Okula gidiyorsa okul adı: _____ Şubesi: _____
Adres: _____ Telefon: _____ Baba adı: _____
Vakanın sağlık çalışanı tarafından ilk görüldüğü tarih: ____/____/____ Bildirim Tarihi: ____/____/____
Kızamık Aşı Dozu Sayısı: _____ Son Aşı Tarihi: ____/____/____ Bilgi yazılı kayıttan mı? Evet Hayır
Kızamıkçık Aşı Dozu Sayısı: _____ Son Aşı Tarihi: ____/____/____ Bilgi yazılı kayıttan mı? Evet Hayır
Gebelik Durumu: Evet Hayır Bilinmiyor Ön Tanı: Kızamık Kızamıkçık Diğer (Belirtiniz: _____)

B. Klinik Bilgi:

Döküntü: Başlangıç tarihi: ____/____/____ Türü: Makülopapüler Diğer (Belirtiniz: _____)
Başlangıç yeri: Kulak arkası Yüz Ense Göğüs Döküntü Stresi (gün) _____
Ateş: Evet Hayır Bilinmiyor Ateşin Başlangıç Tarihi: ____/____/____ Ölçülen en yüksek ateş: _____ °C
Öksürük: Evet Hayır Bilinmiyor Burun akıntısı: Evet Hayır Bilinmiyor Konjunktivit: Evet Hayır Bilinmiyor
Otitis: Evet Hayır Bilinmiyor Lenfadenopati: Evet Hayır Bilinmiyor Artrit: Evet Hayır Bilinmiyor
İshal: Evet Hayır Bilinmiyor Ensefalit: Evet Hayır Bilinmiyor Pnömoni: Evet Hayır Bilinmiyor
Diğer komplikasyonlar (Belirtiniz: _____)
Ölüm: Evet Hayır Bilinmiyor Ölüm Tarihi: ____/____/____
Hastaneye yatmış mı?: Evet Hayır Bilinmiyor Hastanenin adı: _____ Yatış tarihi: ____/____/____

C. Laboratuvar Verisi: Vaka ile ilk karşılaştığında laboratuvar tanısı için kan örneği alınır. Virüs izolasyonu için idrar örneği veya boğaz sürüntüsü alınır.

Örnekler	Alınma tarihi	Laboratuvar	Lab'a geliş tarihi	Test*	Sonuç	Sonuç Tarihi
Serum 1	____/____/____	____	____/____/____	____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	____/____/____
Serum 2	____/____/____	____	____/____/____	____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	____/____/____
İdrar	____/____/____	____	____/____/____	____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	____/____/____
Boğaz sürüntüsü	____/____/____	____	____/____/____	____	Poz. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ara değer <input type="checkbox"/>	____/____/____

*Test 1= IgM Capture 2= IgM İndirekt 3= İzolasyon 4=PCR
Genotip: ____/____/____

D. Olası Enfeksiyon Kaynağı:

Döküntüden 7-18 gün öncesinde başka şüpheli kızamık vakası ile temas etmiş mi? Evet Hayır Bilinmiyor
Döküntüden 12-23 gün öncesinde başka şüpheli kızamıkçık vakası ile temas etmiş mi? Evet Hayır Bilinmiyor
Aynı bölgede son bir ayda başka şüpheli kızamık kızamıkçık vakası var mıydı? Evet Hayır Bilinmiyor
Döküntüden 7-23 gün önce seyahat öyküsü var mı? Nereye: _____ Tarih: ____/____/____ Evet Hayır Bilinmiyor

E. Son Vaka Sınıflaması: (Bu kısım İl Sağlık Müdürlüğü tarafından doldurulacaktır).

Vaka değil Aşı etkisi Diğer (Belirtiniz: _____) Son Sınıflama Tarihi: ____/____/____
Laboratuvarla doğrulanmış kızamık Epidemiyolojik ilişkili kızamık Klinik (olası) kızamık
Laboratuvarla doğrulanmış kızamıkçık Epidemiyolojik ilişkili kızamıkçık Klinik (olası) kızamıkçık
İmporite Vaka: İmporite Vakayla ilişkili Vaka Nereden: _____ İmporite Vaka ile ilişkili Vaka Bilinmiyor

Vakayı inceleyen TSM, Sağlık Grup Başkanlığı Personeli:

Adı, Soyadı: _____ Görevi: _____ Tel No: _____
İmza: _____ İnceleme Tarihi: ____/____/____

NOT: Bu form <http://hsgm.saglik.gov.tr/> adresinde bulunan Numune Alma El Kitabı ve Test Rehberinde belirtilen testlerden seçilerek SUT/THSK koduyla birlikte satırlara yazılarak doldurulacaktır.

Adres: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Refik Saydam Yerleşkesi, Sağlık Mahallesi Adnan Saygun Caddesi No: 55 06100 Sıhhiye/ANKARA

TEL: 0312 565 5547 Faks: 0312 565 54 55

Bu formlar 2010 yılı Kızamık, Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık (KKS) Sürveyansı Genelgesinden alınmıştır.