



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

2019 Yeni Koronavirüs Enfeksiyonu (COVID-19) VAKA BİLGİ FORMU

Güncelleme Tarihi: 06/03/2020

Sayfa No:1/1

HASTA KİMLİK BİLGİLERİ	İl adı:	Formun doldurulma tarihi:/...../20.....
	Adı ve Soyadı:	TC Kimlik/Pasaport No:
	Doğum Tarihi:/...../.....	Mesleği:
	Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	Halen yaptığı iş:
	İkamet Adresi:	
Ev Tel.:	Cep Tel.:	

VAKA TİPİ	<input type="checkbox"/> Ayaktan	<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım (.....Yoğun Bakımı)	Yatış tarihi :/...../20.....
	<input type="checkbox"/> Yatan	<input type="checkbox"/> Servis (.....Servisi)	Yatış tarihi :/...../20.....
Solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle mi hastaneye yatırıldı? (Hayır ise yatış nedenini yazınız)			
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (.....)			

KLİNİK BELİRTİ/ BULGULAR	İlk Semptomun Başlama Tarihi:/...../20.....			
	<input type="checkbox"/> Ateş (.....°C)	<input type="checkbox"/> Öksürük	<input type="checkbox"/> Solunum Sıkıntısı	<input type="checkbox"/> Boğaz Ağrısı
	<input type="checkbox"/> Ateş Öyküsü	<input type="checkbox"/> Kırginlık	<input type="checkbox"/> Baş Ağrısı	<input type="checkbox"/> Kusma
	<input type="checkbox"/> İshal	<input type="checkbox"/> Miyalji	<input type="checkbox"/> Karın Ağrısı	
	<input type="checkbox"/> Diğer belirti ve bulgular (Belirtiniz):.....			

RISK FAKTÖRLERİ	<input type="checkbox"/> Kardiyovasküler hastalık (Belirtiniz):.....
	<input type="checkbox"/> Kronik respiratuvar hastalık (Belirtiniz):
	<input type="checkbox"/> DM (Belirtiniz):.....
	<input type="checkbox"/> Kanser (Belirtiniz):
	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Halen gebe (..... haftalık / aylık) <input type="checkbox"/> Sigara kullanımı (..... paket gün /..... yıl)
<input type="checkbox"/> Diğer hastalıklar (Belirtiniz):	

DIĞER	<input type="checkbox"/> Eşlik eden komplikasyon (Belirtiniz):
-------	--

EPIDEMİYOLOJİK HİKÂYE	Çevresinde benzer hastalık tablosu olan kişi var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor		
	Semptomların başlamasından önceki 14 gün içinde, aile bireyleri veya kendisinin Türkiye dışındaki bir ülkede bulunma öyküsü var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor		
	Seyahat öyküsü var ise, gidilen yer/yerler	Gidiş tarihi	Dönüş tarihi
	1-...../...../20...../...../20.....
	2-...../...../20...../...../20.....
3-...../...../20...../...../20.....	
4-...../...../20...../...../20.....	

LABORATUVAR İSTEM BİLGİLERİ	Örnek cinsi (Seçiniz)	Örnek alma tarihi :/...../20.....	
	<input type="checkbox"/> Kombine burun ve boğaz sürüntüsü	<input type="checkbox"/> Nazofaringeal/nazal aspirat	<input type="checkbox"/> Balgam
	<input type="checkbox"/> Boğaz sürüntüsü	<input type="checkbox"/> Burun sürüntüsü	
	<input type="checkbox"/> Nazofaringeal sürüntü	<input type="checkbox"/> Trakeal aspirat	
	<input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz):.....		

EK BİLGİ	Hekimin hastaya ilişkin ek olarak belirtmek istediği konular
----------	--

HEKİM ve KURUM BİLGİLERİ	Kurum adı:	İmza
	Hekim Adı, Soyadı:	
	Tel No:	
	e-posta:	

Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı

hsgm.covid19@saglik.gov.tr

15/BHDB/00

(Sayfa 1/1)

Tüm tarihler "gün/ay/yıl" formatında yazılacaktır.