



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

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

VAKA TİPİ	<input type="checkbox"/> Ayaktan	<input type="checkbox"/> Yatan	<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım (.....Yoğun Bakımı)	Yatış tarihi : ...../...../20.....
			<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	<b>İlk Semptomun Başlama Tarihi:</b> ...../...../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"/> Diğer (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)

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

EPİDEMİYOLOJİK 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		<u>Gidiş tarihi</u>	<u>Dönüş tarihi</u>
	1- .....	...../...../20.....	...../...../20.....	...../...../20.....
	2- .....	...../...../20.....	...../...../20.....	...../...../20.....
3- .....	...../...../20.....	...../...../20.....	...../...../20.....	
4- .....	...../...../20.....	...../...../20.....	...../...../20.....	

LABORATUVAR İSTEM BİLGİLERİ	<b>Örnek cinsi (Seçiniz)</b>	<b>Örnek alma tarihi : ...../...../20.....</b>	
	<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	<b>Kurum adı:</b> .....	<b>İmza</b>
	<b>Hekim Adı, Soyadı:</b> .....	
	<b>Tel No:</b> .....	
	<b>e-posta:</b> .....	