| **Tarih:** ……/……/…….. | **Saat:** | **Protokol No:** |
|---|---|---|

## HASTA KİMLİK BİLGİLERİ

**Doğum Tarihi**: ……./……./……..

**Ad Soyad:**

| | |
|---|---|
| **TC Kimlik No:** | **Cinsiyet:** ☐ Erkek ☐ Kadın |
| **Kilosu:** | **Mesleği:** |
| **İkamet (Ev) Adresi:** | **Tel (Ev):** |
| | **Tel (Cep):** |
| **İl ve İlçe:** | |
| **Hasta Yabancı Uyruklu İse** | **Pasaport No:** |
| | **Ülke:** |
| | |

## KUDUZ RİSKLİ TEMASA AİT BİLGİLER

| |
|---|
| **Riskli Temas Tarihi**: ……./……./…….. |
| • Hayvana dokunma veya besleme ☐<br>☐<br>• Sağlam derinin yalanması |
| • Çıplak derinin hafifçe sıyrılması (deri altına geçmeyen yaralanmalar) ☐<br>☐<br>• Kanama olmadan küçük tırmalama veya zedeleme |
| • Deriyi zedeleyen tek veya çok sayıda ısırma ve tırmalamalar ☐<br>• Mukozaların, açık cilt yaralarının hayvanın salyası ile temas etmesi ☐<br>• Lezyonun kafa, boyun, parmak uçları gibi sinir uçlarının yoğun olduğu bölgelerde olması ☐ |
| ☐<br>• Kuduza yakalanma ihtimali olan **yabani hayvan** türleri ile riskli temas |
| Riskli Temasa neden olan hayvan türü ☐ ☐ Köpek ☐ Yabani Hayvan ☐ Diğer: ……<br>Kedi |
| ☐ Kaçtı, tanınmıyor ☐ Sahipli, aşısız, gözlem altında<br>☐ Öldü veya öldürüldü ☐ Sahipsiz, aşılı gözlem altında<br>☐ Sahipli, aşılı, gözlem altında ☐ Sahipsiz, aşısız, gözlem altında |
| **Kişiye daha önce tam doz kuduz proflaksisi**<br>☐ Hayır<br>**uygulandı mı?**<br>☐ Evet ☐ Temas Öncesi<br>☐ Temas sonrası Daha önce uygulanan profilaksiyi resmi olarak belgeleyebiliyor mu? ☐ Evet ☐Hayır |
| ☐Evet ☐Hayır<br>**Kişinin devamlı kullandığı ilaç veya kronik hastalığı var mı?**<br>**Devamlı Kullandığı ilacın adı:** |

| | |
|---|---|
| ***Yukarıda verdiğim bilgilerin doğruluğunu kabul ediyorum.***<br>**HASTANIN VEYA SORUMLU YAKININ**<br>**Adı Soyadı:**<br>**TC Kimlik No:** | **Tarih: ……./……./……..**<br>**İmza** |

**Hayvan Gözlem Altında ise: …….. Belediyesi / Gıda, Tarım ve Hayvancılık İl-İlçe Müdürlüğü,**
**……Tarih ve Sayı ile müşahede sonucu:**

**II** ☐ III ☐ IV ☐
**Riskli Temas Kategorisi: I** ☐

**Sağlık Kuruluşunda Uygulanan Tıbbi Yaklaşımlar**

☐Yara Bakımı
☐Tetanoz Profilaksisi
☐Tetanoz Difteri Toksoidi
☐Tetanoz İmmünglobulini Tarih: ...../...../..... Tetanoz İmmünglobulini adı:
Verilen Miktar :.....IU
☐Kuduz Aşısı uygulanmasına gerek yok
Başka kurumda uygulanmışsa Kurum Adı:
☐Kuduz Aşısı Tarih: ...../...../.....
☐Kuduz İmmünglobulini Başka kurumda uygulanmışsa Kurum Adı:
Tarih: ...../...../.....

**Planlanan Aşı Şeması**

☐2,1,1 ☐3 doz (Temas öncesi)

☐4 doz ☐2 doz (Daha önce tam doz aşılanan kişilerde)

☐**5** doz ☐2 doz (Temas öncesi profilaksisi tam uygulanan kişilerde)

**UYGULANAN AŞI TAKVİMİ**

Kuduz İmmünglobulini Tarih: ...../...../..... Kuduz İmmünglobulini adı:
Verilen Miktar :.....IU

| **UYGULANAN AŞI TAKVİMİ** | **UYGULAYAN DOKTORUN ADI/SOYADI İMZASI** |
|---|---|
| 1. Doz aşı Tarih:...../...../..... | Aşı adı ve Seri Nu. : ..... ..... |
| 2. Doz aşı Tarih:...../...../..... | Aşı adı ve Seri Nu. : ..... ..... |
| 3. Doz aşı Tarih:...../...../..... | Aşı adı ve Seri Nu. : ..... ..... |
| 4. Doz aşı Tarih:...../...../..... | Aşı adı ve Seri Nu. : ..... ..... |