

D-86-A VAKALAR İÇİN KİŞİSEL BİLGİ FORMU

İLİ:.....

1) KİŞİNİN

KODU:(Adı, soyadı ve baba adının ilk iki harfi, doğum yılı son iki rakamı)

DOĞUM TARİHİ: / / CİNSİYETİ: E () K ()

UYRUĞU: MESLEĞİ :

SÜREKLİ YAŞADIĞI ADRES : (il ve ilçe olarak).....

BAĞLI OLDUĞU SAĞLIK SİGORTASI:

2) LABORATUVAR BULGULARI :

1)HIV TESTİ: İlk pozitif test tarihi: / /20

2)DOĞRULAMA TESTİ: Tarih: / /20 Kurum adı:

3)CD4+ HÜCRE SAYIMI:

4)VİRAL YÜK:

3) TEŞHİSİN KONULDUĞU TARİH: / /20

4) KLİNİK BULGULAR :

Aşağıdaki endikatör hastalıklardan hangileri var ise işaretleyiniz

() PNÖMOSİTİS KARİNİ PNÖMONİSİ

() BEYİN TOKSOPLAZMOZİSİ

() ÖZOFAGUS KANDİDİYAZİSİ

() TRAKEA, BRONŞ VEYA AKCİĞER KANDİDİYAZİSİ

() KRİPTOSPORİDİOZİS

() SİTOMEGALOVİRUS HASTALIĞI

() HERPES SİMPEKS VİRÜS ENFEKSİYONU

() EKSTRAPULMONER KRİPTOKOKKOZİS

() EKSTRAPULMONER TÜBERKÜLOZ

() TÜBERKÜLOZ DIŞI DİĞER MYCOBAKTERİAL HASTALIKLAR

AVİUM () KANSASİİ () XENOPI () NON-İDENTİFİYE ()

() PULMONER TÜBERKÜLOZ

() REKÜRAN PNÖMONİ

() İNVAZİV SERVİKAL KARSİNOM

() REKÜRAN SALMONELLA SEPTİSEMİSİ (NON-TİFOİD)

() PROGRESİV MULTİFOKAL LÖKOEN-SEFOLAPATİ

() İZOSPORİAZİS

() HİSTOPLAZMOZİS

() KOKSİDİOİDOMİKOZİS

() KAPOSİ SARKOMU

() LENFOMA

PRİMER SEREBRAL () NON-HODGKİN ()

() HIV ENSEFALOPATİSİ

() HIV TÜKENMİŞLİK SENDROMU

5) BULAŞMA YOLU :

() HOMOSEKSÜEL/BİSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ

() HETEROSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ

PARTNER BİLGİLERİ:Sürekli eşi () Geçici eşi () Fuhuş çalışanı ()

() İV MADDE BAĞIMLISI

() ENFEKTE KAN TRANSFÜZYONU (Hemofilikler hariç)

Kanın alındığı kurum: Transfüzyon tarihi: / /20 Donörün kodu:

() HEMOFİLİ HASTASI

() ANNEDEN BEBEĞE GEÇİŞ: Annenin kodu:

() NOZOKOMİAL GEÇİŞ (Bulaştırıcılığı kanıtlanmış diş çekimi, tıbbi girişimler v.b.)

() BİLİNİYOR

BİLDİRİMİ YAPAN SAĞLIK KURUMU :

BİLDİRİM YAPAN DOKTORUN ADI SOYADI :

BİLDİRİM TARİHİ :

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI :

Bu form doğrulama testi pozitif olan her kişi için doldurulup, en kısa sürede ve gizlilik şartlarına uyularak Sağlık Bakanlığına gönderilmek üzere İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilecektir.

D-86-B TAŞIYICILAR İÇİN KİŞİSEL BİLGİ FORMU

İLİ:.....

1) KİŞİNİN

KODU:(Adı, soyadı ve baba adının ilk iki harfi, doğum yılı son iki rakam)

DOĞUM TARİHİ: / / **CİNSİYETİ:** E () K ()

UYRUĞU: **MESLEĞİ :**

SÜREKLİ YAŞADIĞI ADRES : (il ve ilçe olarak).....

BAĞLI OLDUĞU SAĞLIK SİGORTASI:

2) LABORATUVAR BULGULARI :

1)HIV TESTİ: İlk pozitif test tarihi: / /20

2)DOĞRULAMA TESTİ: Tarih: / /20

Kurum adı:

3)CD4+ HÜCRE SAYIMI:

4)VİRAL YÜK:

3) TEŞHİSİN KONULDUĞU TARİH: / /20

4)BULAŞMA YOLU :

()HOMOSEKSÜEL/BİSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ

()HETEROSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ

PARTNER BİLGİLERİ:Sürekli eşi() Geçişli eşi() Fuhuş çalışan()

() IV MADDE BAĞIMLISI

()ENFEKTE KAN TRANSFÜZYONU (Hemofilikler hariç)

Kanın alındığı kurum: **Transfüzyon tarihi:** / /20 **Donörün kodu:**

()HEMOFİLİ HASTASI

()ANNEDEN BEBEĞE GEÇİŞ: Annenin kodu:

()NOZOKOMİAL GEÇİŞ (Bulaştırıcılığı kanıtlanmış diş çekimi, tıbbi girişimler v.b.)

()BİLİNMIYOR

BİLDİRİMİ YAPAN SAĞLIK KURUMU :

BİLDİRİM YAPAN DOKTORUN ADI SOYADI :

BİLDİRİM TARİHİ :

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI :

Bu form doğrulama testi pozitif olan her kişi için doldurulup, en kısa sürede ve gizlilik şartlarına uyularak Sağlık Bakanlığına gönderilmek üzere İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilecektir.