

## TÜBERKÜLOZLU HASTA ve DGT BİLGİ FORMU

EK-1

Soyadı	Adı	T.C. Kimlik No	Baba Adı	Form Dolduran Birim/Kurum
Doğum Yeri	Doğum Tarihi	Cinsiyeti	Sağlık Güvencesi	TB Hasta Defter No
Hastanın açık adresi (mahallesi ve ilçesi mutlaka belirtilecek):				DGT Gözetmenin Adı- soyadı
Hastanın Telefonları:		DGT Uygulanacak Yer		DGT Gözetmeninin Telefonları:

Olgu tanımı

<input type="checkbox"/> Yeni	<input type="checkbox"/> Nüks	<input type="checkbox"/> Tedaviyi terkten dönen	<input type="checkbox"/> Ted. başarısızlığından gelen	<input type="checkbox"/> Kronik	<input type="checkbox"/> Nakil gelen
-------------------------------	-------------------------------	---	---	---------------------------------	--------------------------------------

Tanıda bakteriyoloji

Materyal cinsi	Yayma sonucu	<input type="checkbox"/> pozitif	<input type="checkbox"/> negatif	<input type="checkbox"/> yapılmadı	<input type="checkbox"/> bilinmiyor
	Kültür sonucu	<input type="checkbox"/> pozitif	<input type="checkbox"/> negatif	<input type="checkbox"/> yapılmadı	<input type="checkbox"/> bilinmiyor

Hastalığın yeri (ikisi birden işaretlenebilir)

<input type="checkbox"/> Akciğer	<input type="checkbox"/> Akciğer dışı	Doku tanısı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Tutulan organ:(.....)			(materyal.....)	

Tüberküloz tedavisi bilgileri

Tanı Koyan Kurum	Tedavi Başlayan Kurum
------------------	-----------------------

Tedavi başlama tarihi	Tedavide Kullanılan İlaçlar	H ( )	R ( )	Z ( )	E ( )	S ( )
	Kullandığı gün sayısı					

## Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) Bilgisi

Hasta ve yakınlarıyla DGT için gözetim planı yapıldı mı?  Evet  Hayır

Gözetim planına göre nerede ilaç içirilecek? .....

DGT kim tarafından uygulanacak? .....

DGT planlamasıyla ilgili açıklanması gereken durumlar

--

Tarih

Bu formu dolduran doktorun imzası ve kaşesi

..... / ..... / 20 .....

.....

Not: Bu form, hastayla görüşülerek doldurulur ve aynı gün Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğüne faksla gönderilir. Ayrıca aile hekimliğine geçilen illerde aile hekimleri bu formu ilgili VSD'ye de iletir. **Hastaya ait bilgilerin gizliliğine dikkat edilir.**