

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

İl:

Üniversite adı:

Öğrenci numarası:

Adı ve Soyadı:

Pasaport No:

Doğum Tarihi:/...../.....

Cinsiyeti:

Erkek

Kadın

Form Kayıt Tarihi:/...../20.....

Fakülte adı:

Bölüm:

Kimlik No:

Telefon numarası:

Doğduğu ülke:

Yaşadığı ülke:

SEMPTOM SORGULAMA

a.2-3 hafta ya da daha uzun süren öksürük ,balgam

Hayır

Evet

b.Hemoptizi (kanlı balgam)

Hayır

Evet

c.göğüs, sırt , yan ağrısı

Hayır

Evet

d.Nefes darlığı

Hayır

Evet

e.Ateş, gece terlemesi

Hayır

Evet

f.Kilo kaybı

Hayır

Evet

..... kg ay içinde

g.İştahsızlık, halsizlik, çabuk yorulma

Hayır

Evet

RİSK FAKTÖRLERİ

2. Bağışıklık sistemini etkileyen herhangi bir durum ya da hastalık var mı?

Hayır

Evet* (belirtiniz)

*Diyabet hastalığı, Sigara, Alkol, Kanser, Kronik böbrek hastalığı/Diyaliz, iv ilaç kullanımı, Transplantasyon, Gebelik (..... hafta), Kronik akciğer hastalığı, Silikozis, HIV/AIDS, Gastrektomi ya da jejunioleal köprüleme ameliyatı vb.

3. Düzenli olarak kullanılan ilaç/ilaçlar var mı?

Hayır

Evet (belirtiniz)

TNF-a inhibitörü

Yüksek doz steroid

Antiretroviral

Remicade (infiximab)

Diğer (belirtiniz)

TÜBERKÜLOZ VE TEMAS ÖYKÜSÜ

4. Ailede/çevrede tüberküloz hastalığı geçiren kimse var mı?

Hayır

Evet

.....

5. Son iki yıl içinde tüberküloz hastası ile yakın temas var mı?

Hayır

Evet

6. Tüberküloz hastalığı tanısı var mı?

Hayır

Evet

..... yılında

7. Evet ise tüberküloz tedavisi aldı mı?

Hayır

Evet

TB tedavisi başlama tarihi:/...../.....

TB tedavisi tamamlama tarihi:/...../.....

8. Evet ise tüberküloz tedavisi için kullanılan ilaçlar?

9. Latent tüberküloz enfeksiyonu tanısı var mı?

Hayır

Evet

..... yılında

10. Tüberküloz koruma tedavisi aldı mı?

Hayır

Evet

..... yılında

11. Evet ise tüberküloz koruma tedavisi için kullanılan ilaçlar?

12. Evet ise kaç ay tüberküloz koruma tedavisi aldı?

..... ay

ÖZGEÇMİŞ

FİZİK MUAYENE	Ateş : C Nabız :/dk Solunum sayısı :/dk
	Akciğer muayenesinde patoloji saptandı mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz)
	BCG aşısı skar izi mevcut mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz)
	Lenfadenopati saptandı mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz)
	Fizik muayenede saptanan diğer patolojik bulgular

AKCİĞER GRAFİSİ	
Radyolojik bulgu saptandı mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

TÜBERKÜLİN DERİ TESTİ (TDT)/PPD SONUCU	
PPD; BCG'lilerde 15 mm ve üzeri, BCG'sizlerde 10 mm ve üzeri, immünsupresiflerde 5 mm ve üzeri pozitif.	
PPD testi (48-72 saat içinde okuyunuz)	
Yapılma tarihi:/...../20.....	Okunma tarihi:/...../20.....
Endurasyon çapı: mm	
<input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	

LABORATUVAR	
Bakteriyolojik/Moleküler test yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
.....	
.....	

SONUÇ	
<input type="checkbox"/> Tüberküloz Hastalığı Saptanmadı: Yıllık tarama tekrarı önerilir.	

<input type="checkbox"/> Latent Tüberküloz Enfeksiyonu Saptandı:
Koruyucu tedavi başlandı mı?
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz)

<input type="checkbox"/> Tüberküloz Hastalığı Saptandı:
Başlanan tedaviyi belirtiniz. (Tarih/İlaçlar):
.....
İzolasyon önerilerini belirtiniz.
.....
Kontrol tarihini belirtiniz.
.....