

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Form No:

**AYLIK KUDUZ MÜCADELE FORMU**  
(Yataklı Tedavi Kurumları İçin)

YIL: \_\_\_\_\_  
AY: \_\_\_\_\_

İL: \_\_\_\_\_  
İLÇE: \_\_\_\_\_

KURUM: \_\_\_\_\_

KUDUZ ŞÜPHELİ ISIRIK VE KUDUZ VAKALARI İLE UYGULANAN TEDAVİLER				
Isırılan Kişi Sayısı	Kuduz Teşhis Edilen Kişi Sayısı	Kuduz Aşısı Uygulanan Kişiler		Serum Uygulanan Kişi Sayısı
		Yerli Aşı	İthal Aşı	

DÜZENLEYEN	
Adı Soyadı:	
Ünvanı:	
Tarih:	
İmza:	

ONAYLAYAN	
Adı Soyadı:	
Ünvanı:	
Tarih:	
İmza-Mühür:	