AYLIK GBP SÜRVEYANS FORMU

YIL:

.ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ **KURUMU:** **AY:**

HASTALIK*	VAKALARIN YAŞ GRUBU VE AŞILAMA DURUMU																																										TOPLAM VAKA SAYISI
	0-11 Ay						1-4 Yaş						5-9 Yaş						10-14 Yaş						15-19 Yaş						20-29 Yaş						30 Yaş +						
		Aşılı						Aşılı						Aşılı						Aşılı						Aşılı						Aşılı						Aşılı					
		Kart						Kart						Kart						Kart						Kart						Kart						Kart					
	Aşısız	1	2	3	Anamnez	Bilinmiyor	Aşısız	1	2	3	Anamnez	Bilinmiyor	Aşısız	1	2	3	Anamnez	Bilinmiyor	Aşısız	1	2	3	Anamnez	Bilinmiyor	Aşısız	1	2	3	Anamnez	Bilinmiyor	Aşısız	1	2	3	Anamnez	Bilinmiyor	Aşısız	1	2	3	Anamnez	Bilinmiyor	
Difteri																																											
Boğmaca Olası																																											
Boğmaca Kesin																																											
Kızamık Olası																																											
Kızamık Kesin																																											
Kızamıkçık																																											
Kabakulak																																											
Hib menenjiti																																											
Hepatit B																																											
Tetanos (>1ay)																																											
N. Tetanos**																																											

DÜZENLEYEN	
Adı ve Soyadı	
Ünvanı	
Tarih	
İmza	

ONAYLAYAN	
Adı ve Soyadı	
Ünvanı	
Tarih	
İmza	

Bu formla bildirilen vaka sayıları Form 017A ve Form 017C ile uyumlu olmalıdır. Vakaların aşılanma durumu ayrıntılı olarak araştırılmalıdır.

* Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemi standart tanı, sürveyans ve laboratuvar rehberi'nde yer alan vaka tanımlarına uygun olmalıdır.

** Bir aydan küçük çocuklar içindir. Annenin tetanos toksoidi ile aşılanma durumunu kaydedin.