

AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİ BİLDİRİM VE İNCELEME FORMU

Bu form, aşı uygulanan bir kişide, aşı sonrası ortaya çıkan bilinen aşı yan etkileri ya da aşı uygulamasından sonra ortaya çıkan ve aşıya bağlı olduğu düşünülen herhangi bir istenmeyen tıbbi olay için doldurulacaktır. CİDDİ, KÜMELENME, TOPLUMDA KAYGI YADA OLUMSUZ PROPAGANDA NEDENİ OLAN DURUMLARDA TELEFONLA ACİLEN İL ASİE İZLEM SİSTEMİ SORUMLUSUNA BİLDİRİM YAPILMALIDIR.

İl:	Bildirimi Yapan Sağlık Kuruluşunun Adı:
Vakamın	
Adı-Soyadı:	Adresi:
Doğum Tarihi:	Tel:
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	
Baba Adı:	

Bilinen bir kronik hastalığı var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (yazınız).....	Aşılama sırasında bir hastalığı var mıydı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (yazınız).....	Aşılama sırasında kullandığı ilaç var mıydı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (yazınız).....	Alerji öyküsü var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (yazınız).....
--	--	--	---

Daha Önce Aşılanma Hikayesi (Form 012A/B kaydı eklenebilir)

DBT I	..../..../..	OPA I	..../..../..	Hep B I	..../..../..	Hib I	..../..../..	Td 1/..../..
DBT II	..../..../..	OPA II	..../..../..	Hep B II	..../..../..	Hib II	..../..../..	Td 2/..../..
DBT III	..../..../..	OPA III	..../..../..	Hep B III	..../..../..	Hib III	..../..../..	Td 3/..../..
DBT R	..../..../..	OPA R	..../..../..	BCG	..../..../..	Hib R	..../..../..	Td 4/..../..
		OPA Okul	..../..../..					Td 5/..../..
DaBT İPA Hib I	..../..../..	KKK I	..../..../..	Diğer/..../..				
DaBT İPA Hib II	..../..../..	KKK II/..../..	/..../..				
DaBT İPA Hib III	..../..../..	Kızamık/..../..	/..../..				
DaBT İPA Hib R	..../..../..	Kızamıkçık/..../..	/..../..				

ASİE görüldüğü dönemde yapılan aşı(lar)

Adı- kaçınıcı doz olduğu (örn.DaBT İPA Hib -1)	Aşının uygulanma şekli	Uygulanan vücut bölgesi	Üretici Firma	Lot numarası*	Son Kullanma Tarihi*
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Kullanılan Sulandırıcı(lar)

Adı	Üretici Firma	Lot Numarası*	Son Kullanma Tarihi*
1.			
2.			
3.			

* Formu dolduran hekim aşının uygulandığı birimde çalışmıyorsa, İl ASİE İzlem sorumlusu tarafından ilgili sağlık ocağı /sağlık kuruluşu ile görüşülerek doldurulacaktır.

Aşı(lar)nın Uygulandığı Tarih (Saat):

Aşı(lar)nın uygulandığı yer (isim ve yer belirtiniz):

<input type="checkbox"/> Sağlık Ocağı.....	<input type="checkbox"/> AÇSAP	<input type="checkbox"/> VSD.....
<input type="checkbox"/> Hastane	<input type="checkbox"/> Aşı istasyonu	<input type="checkbox"/> Aile hekimliği
<input type="checkbox"/> Evde gezici ekip tarafından	<input type="checkbox"/> Muayenehane	<input type="checkbox"/> Diğer (yazınız).....

Aşı Sonrası İstenmeyen Etki

<input type="checkbox"/> Bakteriyel abse	<input type="checkbox"/> Lenfadenit	<input type="checkbox"/> Ensefalopati / Ensefalit
<input type="checkbox"/> Steril abse	<input type="checkbox"/> Yaygın BCG enfeksiyonu	<input type="checkbox"/> Konvulsiyon
<input type="checkbox"/> Ciddi lokal reaksiyon	<input type="checkbox"/> BCG Osteiti	<input type="checkbox"/> Akut paralizi
<input type="checkbox"/> Akut allerjik reaksiyon	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Trombositopeni
<input type="checkbox"/> Anafilaksi	<input type="checkbox"/> Toksik Şok Sendromu	<input type="checkbox"/> Hipotonik-Hiporesponsif Atak
<input type="checkbox"/> Artrit	<input type="checkbox"/> Aseptik Menenjit	<input type="checkbox"/> Apne -Bradikardi
<input type="checkbox"/> Diğer (.....)		

Yukarıda işaretlenen İstenmeyen Etki(ler)yi tarif ediniz (Klinik gidiş, varsa tedavi dahil vs.)(Ek bir sayfa kullanabilirsiniz)

İstenmeyen etkinin ortaya çıkış tarihi: ___/___/_____	
İstenmeyen Etki Nedeniyle	
Vaka sevk edildi mi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (hangi sağlık kuruluşuna?)
Vakaya tedavi gerekti mi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (nerede?)
Vaka hastaneye yattı mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (hangi hastane?)
Vaka öldü mü?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (nerede?)

Formu Düzenleyen Kişinin:		
Adı- Soyadı, Ünvanı:	Çalıştığı yer:	
Adresi:	Tel:	e-posta:
Tarih:	İmza:	

Formu en kısa sürede (24 saati geçmeyecek şekilde) İl ASİE İzlem Sorumlusuna iletiniz.

İl Sağlık Müdürlüğü (İl ASİE İzlem Sistemi Sorumlusu) Tarafından Doldurulacak				
Bildirim ulaştığı tarih: ___/___/_____			İncelemenin başlatıldığı tarih: ___/___/_____	
Aşı/ Sulandırıcı/Enjektör Numunesi alındı ise				
Numunenin tipi	Alınış tarihi	Gönderilme tarihi	Gönderildiği yer	Sonuç
1.				
2.				
3.				
İnceleme sonucu konulan tanı:				
Toplum araştırması yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise Aşılı vaka sayısı Aşısız vaka sayısı				
ASİE Nedeni:				
<input type="checkbox"/> Program Hatası <input type="checkbox"/> Steril Olmayan Enjeksiyon <input type="checkbox"/> Aşının yanlış hazırlanması <input type="checkbox"/> Yanlış yoldan uygulama <input type="checkbox"/> Yanlış yere uygulama <input type="checkbox"/> Aşının taşınma/depolama hatası <input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> Aşı Yan Etkisi <input type="checkbox"/> Aşı lot problemi <input type="checkbox"/> Beklenen aşı yan etkisi <input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> Rastlantısal <input type="checkbox"/> Aşılanmamış olanlarda da benzer tablonun olması ya da aynı zamana denk gelen başka bir hastalık <input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> Enjeksiyon reaksiyonu	<input type="checkbox"/> Bilinmeyen
ASİE nedeninin sınıflaması				
<input type="checkbox"/> Kesin/kuvvetle olası <input type="checkbox"/> Olası <input type="checkbox"/> Zayıf Olası <input type="checkbox"/> Uyumlu değil <input type="checkbox"/> ASİE değil (İlgisiz) <input type="checkbox"/> Sınıflandırılmayan				
(ASİE nedeni rastlantısal değilse) İstenmeyen etkiye neden olan aşı/aşılar:				
Herhangi bir önlem alındı mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (açıklayınız).....				
ASİE'nin tekrarlamaması için yapılanlar:				

İl ASİE İzlem Sorumlusunun:		
Adı- Soyadı, Ünvanı:	Çalıştığı yer:	
Adresi:	Tel:	e-posta:
Tarih:	İmza:	