

5-HASTANIN GENEL DURUMU:

☐ İYİ, ayaktan tedavi görüyor	☐ KÖTÜ, hastanede yatarak tedavi görüyor
☐ İYİ, hastanede yatarak tedavi görüyor	☐ KÖTÜ, yoğun bakım şartlarında tedavi görüyor
☐ Taburcu. (Tarih: __/__/20__)	☐ Ex. (Tarih: __/__/20__)

6-MUHTEMEL BULAŞ YOLU DEĞERLENDİRMESİ:

VAKANIN;		Yanıt “evet” ise nedeni?	
1. Hastane-kaynaklı Lejyoner hastalığı olduğu düşünülmektedir.	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Hastalık, vaka başka bir nedenle hastanede yatarken gelişti ☐ Vaka, şikayetlerinin başlamasından önceki 15 gün içinde başka bir nedenle yattığı hastaneden taburcu olmuş	
Vaka, hastane-kaynaklı Lejyoner hastalığı olarak değerlendirildiyse - yanıtlayınız:			
Vakanın etkilenmiş olduğu HASTANE: (yatmakta olduğu veya taburcu olduğu)	Adı: Adresi (semt / ilçe / şehir):		
Vakanın hastanede yattığı Klinik/Birim/Tarih			
Vakanın hastaneye esas yatış nedeni:			
Vakanın odasında havalandırma?	☐ Split klima var	☐ Merkezi havalandırma sisteminin ünitesi var	☐ Bilinmiyor
2. Seyahat-ilişkili Lejyoner hastalığı olduğu düşünülmektedir.	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Vaka, şikayetlerinin başlamasından önceki 15 gün içinde seyahat etmiş (evinden başka bir yerde en az 1 gece gecelemiş)	
Vaka, seyahat-ilişkili Lejyoner hastalığı olarak değerlendirildiyse etkilenmiş olabileceği konaklama birimi bilgileri:			
Konaklama Birimi(leri)nin Adı (otel, motel, tatil köyü, kaplıca, misafırhane...)	Adresi (ilçe/şehir)	Konaklama Tarihleri	Oda No. (biliniyorsa)
1			
2			
3			
4			
3. Diğer toplum-kaynaklı Lejyoner hastalığı olduğu düşünülmektedir.	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Vaka, hastane-kaynaklı veya seyahat-ilişkili Lejyoner hastalığı kriterlerine uymadığı için	

Formu Dolduran

Adı ve Soyadı:

Unvanı:

Tarih:

İmza:

Bulaşıcı Hastalıklar Birimi

Adı ve Soyadı:

Unvanı:

Tarih:

İmza: