

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
KUDUZ BİLGİLENDİRME FORMU_(Ek-5)

Kuduz, hayvanlardan insanlara bulaşabilen ve uygun müdahalenin yapılmaması durumunda kesin ölümle sonuçlanan bir hastalıktır. Evcil ya da yabani bir hayvanın ısırması, tırmalaması veya kuduz hayvanın salyasının, sıyrık veya çatlak cildinize, gözünüze, ağzınıza veya burnunuza temas etmesi ile kuduz riskiyle karşı karşıya kalmış olabilirsiniz.

Bu nedenle doktorunuz tarafından gereken müdahalenin yapılması ve sizin için uygun bir aşı takviminin hazırlanması planlanmıştır. Aşılarınızı aşı kartınızda belirtilen günlerde, bu sağlık kuruluşunda veya kuduz aşısı uygulayan başka bir sağlık kuruluşunda, aşı kartınızla birlikte başvurmak kaydıyla yaptırmanız hayati önem taşımaktadır.

Yukarıda ifade edilen bilgileri okudum. Doktorum tarafından planlanan müdahalenin yapılmaması veya hazırlanan Kuduz Aşı Takip Kartımda belirtilen aşılarımı zamanında yaptırmamam halinde ölümcül bir durumla karşı karşıya kalacağım hususunda ayrıntılı olarak bilgilendirildim ve kartımı teslim aldım.

Kuduz riskli temas sonrası planlanan uygun müdahaleyi reddetmem ve/veya kuduz aşılarımı yaptırmamam/tamamlatmamam durumunda bütün sorumluluğun tarafıma ait olduğunu kabul ediyorum.

...../...../20.....

Hastanın Adı-Soyadı :

T.C. Kimlik Numarası :

Adresi :

Telefon :

Varsa yasal temsilcisinin (*)

Adı-Soyadı :

T.C. Kimlik Numarası :

Adresi :

Telefon :

Hastanın veya yasal temsilcisinin imzası:

Bilgilendirmeyi yapan hekimin;

Adı-Soyadı :

İmzası :

(*) **Yasal Temsilci:** Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır. Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KUDUZ AŞISI TAKİP KARTI

ÖN YÜZ

UNUTMAYINIZ...

- Kuduz, hayvanlardan insanlara bulaşabilen ve kesinlikle ölümle sonuçlanan bir hastalıktır.
- Kuduz aşısı, kuduz hastalığından korunmada en önemli uygulamadır.
- Doktorunuzun değerlendirmesine göre, kartınızda belirtilen müdahaleler yapılmış ve sizin için uygun bir aşı takvimi planlanmıştır.
- Aşılarınızı kartınızda belirtilen günlerde, ilk aşıınızı olduğunuz sağlık kuruluşunda veya kuduz aşısı uygulayan başka bir sağlık kuruluşunda, kartınızla birlikte başvurarak yaptırınız.
- Doktorunuzun önerilerine mutlaka uyunuz.
- Çevrenizde başka ısırılan/tırmalanan, kuduz riskli teması olan ve sağlık kuruluşuna başvurmayan kişiler var ise lütfen onları da bilgilendiriniz.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KUDUZ AŞISI TAKİP KARTI

Kişinin

T.C./Pasaport No :

Adı ve Soyadı :

Doğum Tarihi :

Kişiyi Planlanan Aşı Takvimi

1. Doz Aşı Tarih :/...../.....

2. Doz Aşı Tarih :/...../.....

3. Doz Aşı Tarih :/...../.....

4. Doz Aşı Tarih :/...../.....

**YUKARIDA YAZILI TARİHLERDE MUTLAKA AŞIİNIZI
YAPTIRINIZ.**

Aşı kartında belirtilen tarihlerde, aşı takibinizin yapıldığı sağlık kuruluşuna başvurunuz.

Bu aşı kartını saklayıp her aşıya bu kartla gidiniz.

ARKA YÜZ

UYGULANAN AŞI TAKVİMİ

	Tarih	Aşı Adı	Aşı Seri No	Uygulayan
1. Doz Aşı	/...../.....			
2. Doz Aşı	/...../.....			
3. Doz Aşı	/...../.....			
4. Doz Aşı	/...../.....			

Not: 2.1.1.aşı uygulamalarında ilk gün yapılan aşılar 1. ve 2. doz olarak ayrı ayrı kaydedilecektir.

*RİSKLİ TEMAS KATEGORİSİ: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

* Kuduz saha rehberine bakınız.

KUDUZ İMMÜNGLOBÜLİNİ UYGULAMASI

Kuduz immünglobülini uygulandı mı? ☐ EVET ☐ HAYIR

Tarih :/...../.....

İmmünglobülinin Adı :

Lot No :

Hastanın Kilosu :

Uygulanan Miktar :IU

TETANOZ AŞISI VE İMMÜNGLOBÜLİNİ UYGULAMASI

Tetanoz aşısı uygulandı mı? ☐ EVET ☐ HAYIR

Lot No:.....

Tetanoz immünglobülini uygulandı mı? ☐ EVET ☐ HAYIR

Lot No:.....

PLANLANAN AŞI ŞEMASI

☐ 3 doz

☐ 4 doz

☐ 2.1.1 doz

☐ 2 doz (Temas öncesi/temas sonrası tam doz aşılanan kişilerde)

DOKTORUN

Adı Soyadı :

Kurumu :

İmza :