

Çalışanın adı: _barkodDoğum tarihi: / /
(gün) (ay) (yıl)

DEÜH ÇSB Aşı Öncesi Kontrol Listesi

Çalışanlar için: Aşağıdaki sorular size bugün yapılabilecek aşıların hangileri olacağını belirlememize yardımcı olacaktır. Eğer herhangi bir soruya "evet" dersanız bu, mutlaka aşılanmayacaksınız demek değildir. Sadece ilave soruların sorulması gereklidir. Eğer bir soru açık değilse lütfen doktorunuzdan onu açıklamasını isteyiniz.

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Bugün hasta mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Herhangi bir ilaç, gıda, aşı bileşeni ya da lateks alerjiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bir aşı uygulamasından sonra ciddi bir reaksiyon gelişti mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aşı sonrası komplikasyon (kolda ağrı, hassasiyet, şişlik, ateş...) oluştu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kalp hastalığı, akciğer hastalığı, astım, böbrek hastalığı, metabolik hastalık (örn. diyabet), anemi ya da başka bir kan hastalığı gibi uzun süren sağlık sorunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kanser, lösemi, HIV/AIDS ya da başka herhangi bir bağışıklık sistemi sorunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Geçen son 3 ay içinde kortizon, prednizon, başka steroid ya da kanser ilaçları gibi bağışıklık sisteminizi zayıflatan ilaçlar aldınız mı veya radyoterapi gördünüz mü?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hiç nöbet geçirdiniz mi ya da beyin veya başka bir sinir sistemi sorunuz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Geçen yıl içinde hiç kan ya da kan ürünü transfüzyonu uygulandı mı veya immun (gama) globulin veya antiviral ilaç aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kadınlar için: Gebe misiniz ya da gelecek ay gebe kalma düşünceniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Geçen son 1 ayda herhangi bir aşı oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aşı kartınızı beraberinizde getirdiniz mi?

Evet Hayır

Aşılarınız için özel bir kaydınızın olması sizin için çok önemlidir. Eğer aşı kartınız yoksa hemşirenizden size bir tane vermesini isteyiniz. Bu kartı güvenli bir yerde saklayınız ve aşı uygulaması istediğiniz her zaman yanınızda getiriniz. Hemşirenizden tüm aşılarınızı bu karta kaydetmesini isteyiniz.

Formu dolduran: Kendi Diğer..... İmza

Çalışan Sağlığı Birimi dolduracak....

Geliş Nedeni: İlk Başvuru <input type="checkbox"/> 2.Doiz için <input type="checkbox"/> 3.Doiz için <input type="checkbox"/> Rapel <input type="checkbox"/> Kaza sonrası <input type="checkbox"/>	Başvurulan Aşı: Hepatit B <input type="checkbox"/> Hepatit A <input type="checkbox"/> Grip: <input type="checkbox"/> KKK: <input type="checkbox"/> Diğer.....
Hepatit B Geçmiş Aşı öyküsü: Yok <input type="checkbox"/> Bilmiyor <input type="checkbox"/> 1 Doz <input type="checkbox"/> 2 Doz <input type="checkbox"/> 3 Doz <input type="checkbox"/> Rapel <input type="checkbox"/> Titre: Yıl	Geçmiş Aşı öyküsü: Yok <input type="checkbox"/> Bilmiyor <input type="checkbox"/> 1 Doz <input type="checkbox"/> 2 Doz <input type="checkbox"/> 3 Doz <input type="checkbox"/> Rapel <input type="checkbox"/> Lab.:..... Yıl
Aşı Karar: Tek Doz <input type="checkbox"/> 1.2.3. Doz: <input type="checkbox"/> 2.3.Doiz <input type="checkbox"/> 3.Doiz <input type="checkbox"/> Rapel: <input type="checkbox"/> Açıklama:	
Kontrol eden/Onaylayan: Dr.Özay IŞIK İmza:	Diğer İmza