



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

SHİE Dışı *Candida auris* Bildirim Formu

Hastanenin adı: _____

Servis/poliklinik: _____

Tarih: __ / __ / ____

Hasta kimlik yatış bilgileri:

Adı, Soyadı: _____ Tel no.: _____
TC Kimlik No.: _____ Cinsiyet: Erkek Kadın
Doğum Tarihi: _____ Yatış / Başvuru Tanısı: _____
Hastane Yatış Tarihi: _____ Hastane Çıkış Tarihi: _____
Servis Yatış Tarihi: _____ Servis Çıkış Tarihi: _____
C.auris üremesi etken kabul edildi mi? Evet Hayır
Evetse Enfeksiyon Tanısı: _____
Sonuç: Taburcu Sevk Eksitus Takipte

Altta yatan hastalıklar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Risk faktörleri:

Son 3 ay içinde kullanılan antibiyotikler: (Adı ve dozu)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Ameliyat dreni	<input type="checkbox"/>	İdrar sondası	<input type="checkbox"/>	Periton diyalizi	<input type="checkbox"/>
Bilinç kapallığı	<input type="checkbox"/>	İmmüsupresyon	<input type="checkbox"/>	Pulmoner arter kateteri	<input type="checkbox"/>
Biyopsi	<input type="checkbox"/>	İntraaortik balon pompası	<input type="checkbox"/>	Rektoskopi/rektosigmoidoskopi	<input type="checkbox"/>
Bronkoskopi	<input type="checkbox"/>	Kolostomi	<input type="checkbox"/>	Santral venöz kateter	<input type="checkbox"/>
Diğer drenaj kateteri	<input type="checkbox"/>	Lomber ponksiyon	<input type="checkbox"/>	Sistofiks	<input type="checkbox"/>
Eksternal safra drenajı	<input type="checkbox"/>	Lomber/ventriküler drenaj kateteri	<input type="checkbox"/>	Solunum Yetmezliği	<input type="checkbox"/>
Endotrakeal entübasyon	<input type="checkbox"/>	Mekanik ventilasyon	<input type="checkbox"/>	Torasentez	<input type="checkbox"/>
Enteral beslenme	<input type="checkbox"/>	Nazogastrik tüp	<input type="checkbox"/>	Trakeotomi	<input type="checkbox"/>
ERCP	<input type="checkbox"/>	Nefrostomi	<input type="checkbox"/>	Total parenteralnütrisyon (SVK ile)	<input type="checkbox"/>
Gastrostomi	<input type="checkbox"/>	Parasentez	<input type="checkbox"/>	Transfüzyon	<input type="checkbox"/>
Göğüs tüpü	<input type="checkbox"/>	Periferik arteriyel kateter	<input type="checkbox"/>	Üst gastrointestinal sistem endoskopisi	<input type="checkbox"/>
Hemodiyaliz	<input type="checkbox"/>	Periferik venöz kateter	<input type="checkbox"/>	Yabancı cisim	<input type="checkbox"/>
H ₂ reseptör blokleri	<input type="checkbox"/>	Perikard tüpü	<input type="checkbox"/>	Yanık	<input type="checkbox"/>

Diğer: _____

Varsa sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon tanısı

Tanı	Tanı Tarihi	Etken
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Kullanılan Antifungaller

	Empirik tedavi				Kültür sonucuna göre tedavi			
	Adı	Doz	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Adı	Doz	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi
1.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Kültür Sonucu

	1			2			3		
Tarih									
Örnek									
	Duyarlı	Orta Duyarlı	Dirençli	Duyarlı	Orta Duyarlı	Dirençli	Duyarlı	Orta Duyarlı	Dirençli
Amfoterisin B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anidulafungin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaspofungin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flukonazol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Itrakonazol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikafungin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posakonazol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorikonazol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMU DOLDURANIN

ADI SOYADI:

GÖREVİ:

TELEFON NO:

TARİH: