KKTC SAĞLIK BAKANLIĞI

AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİ BİLDİRİM FORMU

BU FORM, AŞI UYGULANAN BİR KİŞİDE, AŞI SONRASI ORTAYA ÇIKABİLECEK AŞI YAN ETKİLERİ YA DA AŞI UYGULAMASINDAN SONRA ORTAYA ÇIKAN VE AŞIYA BAĞLI OLDUĞU DÜŞÜNÜLEN HERHANGİ BİR İSTENMEYEN TIBBİ OLAY İÇİN DOLDURULACAKTIR. AYRICA CİDDİ, KÜMELENME, TOPLUMDA KAYGI YA DA OLUMSUZ YARGI OLUŞTURAN DURUMLAR DA SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRESİNE BİLDİRİLMELİDİR.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Bildirimi Yapan Sağlık Kuruluşunun Adı: |  |
| Vakanın | |  |
| Adı-Soyadı: | Adresi: |  |
| Doğum Tarihi:  Cinsiyeti: ⁪□ E □ K  Baba Adı: |  |
| Tel: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bilinen bir kronik  hastalığı var mı?  □Hayır ⁪ □Evet  (yazınız).................... | Aşılama sırasında bir  hastalığı var mıydı?  □Hayır ⁪□Evet  (yazınız).................... | Aşılama sırasında kullandığı  ilaç var mıydı?  □Hayır ⁪ □Evet  (yazınız).................... | Allerji öyküsü var mı?  □Hayır ⁪ □Evet  (yazınız).................... |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kullanılan aşı** | | | | | |
| **Adı** | **Üretici Firma** | | **Lot Numarası\*** | | **Son Kullanma Tarihi\*** |
|  |  | |  | |  |
| \* Formu dolduran hekim aşının uygulandığı birimde çalışmıyorsa aşıya ait bilgiler aşı kartı üzerinden alınabilir. | | | | | |
| Aşının Uygulandığı Tarih (Saat): | | | | | |
| Aşının uygulandığı merkez | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİ VE YAPILAN TEDAVİ | | |
|  | | |
| **İSTENMEYEN ETKİNİN** |  |  |
| BAŞLANGIÇ TARİHİ | BİTİŞ TARİHİ | SONUÇ |
| VAKA SEFK EDİLDİ Mİ? E H | Nereye | 1-ÖLDÜ |
| HASTANEYE YATTI MI? E H | Nereye | 2- İYİLEŞMEDİ |
|  |  | 3- HASARSIZ İYİLEŞTİ |
|  |  | 4-KALICI HASARLA İYİLEŞTİ |
|  |  | 5-İYİLEŞME SÜRECİ DEVAM EDİYOR |
|  |  | 6-BİLİNMİYOR |
|  | | |
|  | | |

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

Formu en kısa sürede (24 saati geçmeyecek şekilde) TSHD ne iletiniz.

[arşiv.saglik@gov.ct.tr](mailto:arşiv.saglik@gov.ct.tr) e-mail yolu ile de bildirim yapılabilir ancak mesai saatleri içinde 2283173 den 182 ye de telefonla bildirilmelidir.