

## Xəstəlik Hadisəsinə dair Tədqiqat Forması (EIDSS)

Hadisənin İdentifikasiya nömrəsi (EİDSS-dən) \_\_\_\_\_

Lokal identifikasiya nömrəsi \_\_\_\_\_

Bildirişi göndərən müəssisənin adı \_\_\_\_\_ Bildirişin göndərildiyi tarix \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ və vaxt \_\_\_\_\_

Tədqiqatı aparan müəssisə \_\_\_\_\_ Tədqiqatın başlanma tarixi \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ və vaxtı \_\_\_\_\_  
gün/ay/il, gün/ay/il

### **(1) Demoqrafik məlumat**

Xəstə \_\_\_\_\_  
Soyadı \_\_\_\_\_ Adı \_\_\_\_\_ Atasının adı \_\_\_\_\_

Doğum tarixi \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Yaş: il \_\_\_\_ ay \_\_\_\_ Cinsi: *Kişi* *Qadın* Vətəndaşlığı \_\_\_\_\_  
gün/ay/il

Hal-hazırda yaşadığı ünvan:

Region \_\_\_\_\_ Şəhər /Rayon \_\_\_\_\_ Kənd \_\_\_\_\_

Küçə \_\_\_\_\_ Poçt kodu \_\_\_\_\_ Bina/Ev # \_\_\_\_\_ Mənzil# \_\_\_\_\_

Telefon nömrəsi \_\_\_\_\_

Qeydiyyatda olduğu ünvan:

Region \_\_\_\_\_ Şəhər /Rayon \_\_\_\_\_ Kənd \_\_\_\_\_

Küçə \_\_\_\_\_ Poçt kodu \_\_\_\_\_ Bina/Ev # \_\_\_\_\_ Mənzil# \_\_\_\_\_

Telefon nömrəsi \_\_\_\_\_

Peşəsi \_\_\_\_\_

İşlədiyi yer, məktəbin və ya uşaq müəssisəsinin adı \_\_\_\_\_

İşlədiyi yerdə, məktəbdə, uşaq müəssisəsində olduğu son tarix \_\_\_\_\_

İşlədiyi yer, məktəbin və ya uşaq müəssisəsinin ünvanı:

Region \_\_\_\_\_ Şəhər /Rayon \_\_\_\_\_ Kənd \_\_\_\_\_

Küçə \_\_\_\_\_ Poçt kodu \_\_\_\_\_ Bina/Ev # \_\_\_\_\_ Mənzil# \_\_\_\_\_

Telefon nömrəsi \_\_\_\_\_

### **(2) Kliniki Məlumat**

İlkin diaqnoz: \_\_\_\_\_

Hadisənin İlkin Təsnifatı: ☐ Şübhəli ☐ Ehtimal olunan ☐ Təsdiq olunmuş

Simptomların başlanma tarixi \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Xəstəliyə yoluxma tarixi \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(gün/ay/il) (gün/ay/il)

Xəstənin ilk dəfə müraciət etdiyi tibb müəssisəsi: \_\_\_\_\_ Müraciət etdiyi tarix: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(gün/ay/il)

Xəstənin ilkin müraciət etdiyi müəssisənin diaqnozu: \_\_\_\_\_

Hospitalizasiya? *Bəli* *Xeyr* *Naməlum*

əgər cavab "Bəli"-dirsə,

Hospitalizasiya olduğu /müəssisə \_\_\_\_\_ hospitalizasiya edildiyi tarix: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(gün/ay/il)

Nümunələr toplanmazdan əvvəl antibiotik / antivirus müalicəsi aparılıb: *Bəli* *Xeyr* *Naməlum*

Əgər cavab "Bəli"-dirsə

Antibiotik

İlk dəfə qəbul edildiyi tarix

Ad

Doza

(gün/ay/il)

<u>1.</u>		
<u>2.</u>		
<u>3.</u>		

**Şərhlər:**

## Hadisənin İdentifikasiya nömrəsi (EİDSS-dən)

### (3) Laborator müayinələr üçün nümunələrin götürülməsi haqqında məlumat

Nümunələr götürülmüşdür? *Bəli Xeyr Naməlum* Əgər cavab “Xeyr”-dirsə, səbəbini qeyd edin: \_\_\_\_\_

Əgər cavab “Bəli”-dirsə, aşağıdakı cədvəli doldurun:

Nümunənin lokal nömrəsi	Nümunənin növi	Götürülmə tarixi və vaxtı (gün/ay/il, s:d)	Göndərilmə tarixi və vaxtı (gün/ay/il, s:d)	Qəbul tarixi və vaxtı (gün/ay/il, s:d)	Laborator müayinənin növi	Laborator müayinənin nəticəsi	Laborator müayinənin tarixi (gün/ay/il)

### (4) Təmasda olan şəxslərin siyahısı

İnsandan insana keçən xəstəliyə şübhə olduğu halda ehtimal olunan yoluxma dövrü ərzində xəstə ilə yaxın təmasda olan bütün şəxslərin adlarını qeyd edin.

Əgər təmasda olan şəxslərin sayı çox olarsa, boş vərəqdən istifadə edin və həmin vərəqəyə xəstənin adını və hadisənin identifikasiya nömrəsini daxil edin.

	Soyadı, adı, atasının adı	Xəstə ilə əlaqəsi*	Təmasda olduğunuz son tarix (gün/ay/il)	Təmasda olduğunuz son yer	Təmasda olan şəxs haqqında əlavə məlumat (Hal-hazırda yaşadığı ünvan, tel.)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

### (5) Hadisənin son təsnifatı və nəticə \_\_\_\_\_

Hadisənin Son Təsnifatı

☐ Şübhəli ☐ Ehtimal olunan ☐ Təsdiq olunmuş

Son Diaqnoz \_\_\_\_\_ Son Diaqnozun qoyulduğu tarix \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(gün/ay/il)

Diaqnozun əsası

☐ Klinik ☐ Epidemioloji əlaqə ☐ Laborator test

Nəticə

☐ Sağalıb Xəstəxanadan çıxma tarixi (gün/ay/il) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
☐ Ölüb Ölüm tarixi (gün/ay/il) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
☐ Naməlum

Bu hadisənin hər hansı bir alovlanma ilə əlaqəsi varmı?

Bəli

Xeyr

Naməlum

Əgər cavab “Bəli”-dirsə, alovlanmanın identifikasiya nömrəsini qeyd edin \_\_\_\_\_

**Şərhlər**

Formanı dolduran epidemioloqun adı \_\_\_\_\_

Epidemioloqun imzası \_\_\_\_\_ Tarix \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ gün/ay/il

**(6) Hadisənin təsnifatı (kliniki əlamətlər)** bölməsi diaqnozdan asılı olaraq fərqlənir və Fleks Form texnologiyası ilə icra olunmuşdur.

**(7) Epidemioloji Əlaqə və Risk Faktorları** bölməsi diaqnozdan asılı olaraq fərqlənir və Fleks Form texnologiyası ilə icra olunmuşdur.

**(8) Əlavə Klinik və Epidemioloji Qeydlər:**