



SAĞLIK MERKEZİ
ŞÜPHELİ ENFEKSİYON TAKİP FORMU

Düzenlenme Tarihi:.../../....

Hastanın Adı Soyadı:

Cinsiyeti:

Yaşı:

Hastanın Adresi:

Hastanın Telefonu:

Yapılan Müdahaleler:

Entübasyon:

Sonda Uygulaması(NGS,İdrar):

Aspirasyon:

Diger(Açıklayınız):

Çalışanın Adı Soyadı:

Ünvani:

Bulaşma Şekli:

Ekip Sorumlusu:

Hastanın bilinen enfeksiyon hastalığı var mı? : Evet

Hayır

Enfeksiyon hastalığının adı:

Enfeksiyon hastalığı ile ilgili takip eden kurum/doktoru:

Hastanın Takip Sonuçları:(Hastada enfeksiyon gelişimiyle ilgili herhangi bir bulgu varsa doldurulmalıdır)