



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:

Diğer(Açıklayınız):

Çalışanın Adı Soyadı:

Ünvanı:

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)