**FORM 014 - TB**

**( Tüberküloz Bildirim Formu )**

|  |  |
| --- | --- |
| **HASTANIN** | **BİLDİRİM YAPAN** |
| **Adı**  |  | **Hastane - VSD Adı ve faks no** |  |
| **Soyadı** |  | **Telefon ve İç hat numarası** |  |
| **TC. Kimlik No** |  | **Doktoru** |  |
| **Doğum Tarihi** |  | **Servisi** |  |
| **Baba adı** |  | **Hastane - VSD protokol no** |  |
| **Telefonu** |  |
| **Tanı Konulan Tarih** |  |
| **Adresi** |  |
| **Bildirim Tarihi** |  |
| **Tanı** |  |
| **Olgu Tanımı** | **Yeni** | **Nüks** | **Ara verip dönen** | **Tedavi Başarısızlığından Gelen** | **Kronik** |
| **ARB Durumu** | **+** | **-** | **Bakılmadı** |

Hastanede Yatıyor Poliklinik Hastası Hastaneden Taburcu Oldu

*(Bu bölüm hastanelerden ve Verem Savaş Dispanserlerinden Sağlık Müdürlüğüne bildirimde doldurulacak ve* ***4413371*** *nolu faksa gönderilecektir.)*

 Hastanın kimlik ve adres bilgileri …………………………….…….Nolu ASM’deki Dr………………………………………… kayıtları ile doğrulanmıştır.

 Hastanın kimlik ve adres bilgileri doğrulanamamıştır.

 Tarih …………….. VSD Başhekimi

 İmza

*(Bu bölüm ilgili VSD Başhekimi tarafından doldurulacak ve Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesine veya tanı konulan kuruma fakslanacaktır.)*