AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİ BİLDİRİM VE İNCELEME FORMU

**Ek 3**

**Ön yüz**

**Bu form, aşı uygulanan bir kişide, aşı sonrası ortaya çıkan bilinen aşı yan etkileri ya da aşı uygulamasından sonra ortaya çıkan ve aşıya bağlı olduğu düşünülen herhangi bir istenmeyen tıbbi olay için doldurulacaktır. CİDDİ, KÜMELENME, TOPLUMDA KAYGI YA DA OLUMSUZ PROPAGANDA NEDENİ OLAN DURUMLARDA TELEFONLA ACİLEN İL ASİE İZLEM SİSTEMİ SORUMLUSUNA BİLDİRİM YAPILMALIDIR.**

|  |  |
| --- | --- |
| İl: | Bildirimi Yapan Sağlık Kuruluşunun Adı: |
| Vakanın | |
| Adı-Soyadı: | Adresi: |
| Doğum Tarihi:  Cinsiyeti: ⁪□ E □ K  Baba Adı:  TC Kimlik No: |
| 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).................... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Daha Önce Aşılanma Hikayesi (Form 012A/B kaydı eklenebilir)** | | | | | | | | | |
| DBT I | ../../…. | OPA I | ../../…. | Hep B I | ../../…. | Hib I | ../../…. | Td 1 | ../../…. |
| DBT II | ../../…. | OPA II | ../../…. | Hep B II | ../../…. | Hib II | ../../…. | Td 2 | ../../…. |
| DBT III | ../../…. | OPA III | ../../…. | Hep B III | ../../…. | Hib III | ../../…. | Td 3 | ../../…. |
| DBT R | ../../…. | OPA R | ../../…. | BCG | ../../…. | Hib R | ../../…. | Td 4 | ../../…. |
| DaBT-İPA-Hib I | | ../../… | KPA I | ../../… | KKK I | ../../…. | Diğer | ../../…. | |
| DaBT-İPA-Hib II | | ./../…. | KPA II | ./../…. | KKK II | ../../…. | ........ | ../../…. | |
| DaBT-İPA-Hib III | | ../../…. | KPA III | ../../…. | Kızamık | ../../…. | ........ | ../../…. | |
| DaBT-İPA-Hib R | | ../../…. | KPA R | ../../…. | Kızamıkçık | ../../…. | ........ | ../../…. | |
| Daha önce uygulanan aşılardan sonra benzer bir tablo görülmüş mü? ⁪ □ Hayır □ Evet (Açıklayınız).................. | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ASİE Görüldüğü Dönemde Yapılan Aşı(lar) | | | | | | | | | |
| Adı- kaçıncı doz olduğu (örn.DaBT-İPA-Hib I) | Aşının Uygulanma  Şekli | | Uygulanan Vücut  Bölgesi | | Üretici Firma | | Lot Numarası\* | | Son Kullanma Tarihi\* |
| 1. |  | |  | |  | |  | |  |
| 2. |  | |  | |  | |  | |  |
| 3. |  | |  | |  | |  | |  |
| **Kullanılan Sulandırıcı(lar)** | | | | | | | | | |
| **Adı** | **Üretici Firma** | | | **Lot Numarası\*** | | | | **Son Kullanma Tarihi\*** | |
| 1. |  | | |  | | | |  | |
| 2. |  | | |  | | | |  | |
| \* Formu dolduran hekim aşının uygulandığı birimde çalışmıyorsa, İl ASİE İzlem sorumlusu tarafından ilgili sağlık kuruluşu ile görüşülerek doldurulacaktır. | | | | | | | | | |
| Aşı(lar)nın Uygulandığı Tarih (Saat): | | | | | | | | | |
| Aşı(lar)nın uygulandığı yer (isim ve yer belirtiniz): | | | | | | | | | |
| □ Aile Sağlığı Merkezi..................... □ Hastane ......................................... | | □Gezici Ekip................................... □ Muayenehane …………………. | | | | □ VSD.............................................  □ Diğer (yazınız)............................. | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aşı Sonrası İstenmeyen Etki | | | |
| □ Bakteriyel abse | | □ Lenfadenit | □ Ensefalopati / Ensefalit |
| □ Steril abse | | □ Yaygın BCG Enfeksiyonu | □ Konvülsiyon |
| □ Ciddi lokal reaksiyon | | □ BCG Osteiti | □ Akut paralizi |
| □ Akut allerjik reaksiyon | | □ Sepsis | □ Trombositopeni |
| □ Anafilaksi | | □ Toksik Şok Sendromu | □ Hipotonik-Hiporesponsif Atak |
| □ Artrit | | □ Aseptik Menenjit | □ Apne -Bradikardi |
| □ Guillan Barre Sendromu | | □ Narkolepsi | □ İşitme Kaybı |
| □ Tromboembolizm | | □ Vaskülit | □ Diyare |
| □ MIS-C/A | | □Tanımlanamayan Ani Bebek Ölümü | □ İnvajinasyon |
| □ Diğer (.....................................) | | | |
| Yukarıda işaretlenen İstenmeyen Etkiyi(leri) tarif ediniz (klinik gidiş, varsa tedavi dahil vs.) (Ek bir sayfa kullanabilirsiniz).  **Arka yüz**  **Ek 3** | | | |
| İstenmeyen etkinin ortaya çıkış tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | |
| İstenmeyen Etki Nedeniyle | | | |
| Vaka sevk edildi mi? | □ Hayır □ Evet (hangi sağlık kuruluşuna?) …………...................... | | |
| Vakaya tedavi gerekti mi? | □ Hayır □ Evet (nerede?) ……………………………...................... | | |
| Vaka hastaneye yattı mı? | □ Hayır □ Evet (hangi hastane?) ……………………...................... | | |
| Vaka öldü mü? | □ Hayır □ Evet (nerede?) ……………………………….................. | | |

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

Formu en kısa sürede (24 saati geçmeyecek şekilde) İl ASİE İzlem Sorumlusuna iletiniz.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İl Sağlık Müdürlüğü (İl ASİE İzlem Sistemi Sorumlusu) Tarafından Doldurulacaktır | | | | | | | | |
| Bildirimin ulaştığı tarih: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ İncelemenin başlatıldığı tarih: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Aşı/ Sulandırıcı/Enjektör Numunesi alındı ise | | | | | | | | |
| Numunenin tipi | | Alınış tarihi | Gönderilme tarihi | | | Gönderildiği yer | | Sonuç |
| 1. | |  |  | | |  | |  |
| 2. | |  |  | | |  | |  |
| 3. | |  |  | | |  | |  |
| **İnceleme sonucu konulan tanı:** | | | | | | | | |
| **Toplum araştırması yapıldı mı?** □ Hayır □ Evet ise Aşılı vaka sayısı …… Aşısız vaka sayısı ….. | | | | | | | | |
| **ASİE Nedeni:** | | | | | | | | |
| ** Tutarlı Nedensel İlişki**  □ Aşıyla ilişkili reaksiyon  □ Aşı niteliğinden kaynaklı reaksiyon  - Seri kaynaklı  - Aşı içeriği kaynaklı  -Diğer:  □ Aşıyla ilişkili stres reaksiyonu | □ **Uygulama Hatası**  - Aşının yanlış hazırlanması  - Yanlış yoldan uygulama  - Yanlış aşının uygulanması  - Aşının yanlış zamanda uygulanması  -Diğer………………. | | | **Rastlantısal**  □ Aşılanmamış olanlarda da benzer tablonun olması ya da aynı zamana denk gelen başka bir hastalık  □Diğer................. | **Bilinmeyen**  □Zamansal ilişki var ancak neden olay için kesin kanıt yoktur.  □Diğer.................... | | ** Sınıflandırılamayan**  □Mantıksal bir sınıflandırma için eksik bilgilerin olduğu durumlar.  □Diğer.................... | |
| **ASİE nedeninin sınıflaması**  □ Kesin/kuvvetle olası ⁪ Olası ⁪ Zayıf Olası ⁪ Uyumlu değil ⁪ İlgisiz ⁪ Sınıflandırılamayan  (□a. □b.) (□a. □b.) | | | | | | | | |
| **(ASİE nedeni tutarlı nedensel ilişki kurulabilen ise) İstenmeyen etkiye neden olan aşı/aşılar: .......................................................** | | | | | | | | |
| Herhangi bir önlem alındı mı? □ Hayır □Evet (açıklayınız).................................... | | | | | | | | |
| ASİE’nin tekrarlamaması için yapılanlar: | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İl ASİE İzlem Sorumlusunun:** |  | |
| Adı- Soyadı, Ünvanı: | Çalıştığı yer: | |
| Adresi: | Tel: | e-posta: |
| Tarih: | İmza: | |