

SAĞLIK HİZMETLERİ MYO



TIBBİ DOKÜMANTASYON VE SEKRETERLİK PROGRAMI

TDS 122-Tıbbi Dokümantasyon ve Arşiv-

//

Öğr. Gör. Aysel ARSLAN



Yataksız Tedavi Kurumları Bildirim Formları

*TDS 122-Tıbbi Dokümantasyon
ve Arşiv-II*

Hafta-14



Yataksız Sağlık Kuruluşları Formları

- Sağlık evi, aile sağlığı merkezleri, dispanser, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, halk sağlığı laboratuvarları gibi temel sağlık hizmetleri veren kuruluşlara yataksız sağlık kuruluşları denir. Sağlık sistemi içerisinde, yataksız sağlık kuruluşlarının her birinin ayrı bir yeri ve önemi vardır.
- Yataksız sağlık kuruluşlarında kayıt sistemi bir bütün oluşturmaktadır. Birçok istatistik formuna kaydedilen bilgiler, daha önce doldurulan bir başka formdan alınmaktadır. Kayıtlar, yataksız sağlık kuruluşlarının hizmet ettiği bölgenin önemli sağlık sorunlarının neler olduğunu ortaya koyar. Tutulan bu kayıtlardaki veriler sağlık hizmetlerinin planlanmasında kullanılır.



FORM 001 EV HALKI TESPİT FİŞİ

- Aile Hekimliği ve TSM bağılı bölge nüfusunun kaydı ve nüfus hareketlerinin (doğum, ölüm ve göç gibi) saptanması için kullanılır. Bu formdan yararlanılarak nüfusun sayısı, özellikleri , yaş -cins dağılımı, öğrenim durumu, medeni hali demografik hareketler ve meskene ilişkin bilgiler elde edilir. Yeni taşınan veya yeni tespit edilen haneler için yeni bir form doldurulur.
- Form doldurulurken Nüfus Cüzdanı bilgileri dikkate alınır.



- Ev halkının bilgileri doldurulurken mümkün olduğu ölçüde kişilerin kendileriyle görüşme yapılmalıdır. Form doldurulurken devamlılık esastır. Takipler belirli periyotlarda olmalı ve değışiklikler işlenmelidir.
- Bu formda, nüfusun yaşa ve cinse göre dağılımının yanı sıra eğitim durumu, konutun çevre özellikleri gibi bilgiler de bulunmaktadır.



EV HALKI TESPİT FİŞİ

Sıra No: _____

Muhtarlığı: _____

Sokağı: _____

Ev No: _____

Telefon No: _____

İL: _____

KURUM: _____

İLÇE: _____

SAĞLIK EVİ: _____

Sıra No	Soyadı	Adı	Baba Adı	Ana Adı	Doğum Tarihi	Cins	Med. Hali	İşi	Öğrenim Durumu	Sosyal Güvence Durumu	Ölüm, Yer Değiştime
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Öğrenim Durumu: 1.Okul Çağında Değil 2.Okur Yazar Değil 3.Okur-Yazar 4.İlkokul 5.Ortaokul 6.Lise 7.Yüksekokul

Medeni Hali : Ç:Çocuk B:Bekar E:Evli D:Dul Bo:Boşanmış

Sıra No	Soyadı	Adı	Baba Adı	Ana Adı	Doğum Tarihi	Cins	Med . Hali	İş	Öğrenim Durumu	Sosyal Güvence Durumu	Ölüm, Yer Değiştirme
14				/...../.....					/...../.....
15				/...../.....					/...../.....
16				/...../.....					/...../.....
17				/...../.....					/...../.....
18				/...../.....					/...../.....
19				/...../.....					/...../.....
20				/...../.....					/...../.....

MESKEN BİLGİLERİ

		Yıllar											
21	İçilen Suyun Çeşidi	1.Damacana 2.Şebeke Suyu 3.Çeşme 4.Kuyu 5.Kaynak 6.Diğer											
22	Kullanılan Hela Tipi	1.Kanalizasyona bağlı 2.Tek Çukurlu 3.Fosseptik 4.Çukursuz 5.Helasız (D=Dahili H=Harici)											
23	Kullanılan Isınma Aracı	1.Kömür 2.Odun 3.Petrol Ürünleri 4.Doğalgaz 5.Elektrik 6.Diğer											

DÜZENLEYEN	
Adı Soyadı:	_____
Ünvanı:	_____
Tarih:	_____
İmza:	_____

- **Form 004 Kişisel Sağlık Fişi** Bu fiş ailedeki her kişi için bir adet çıkarılmalıdır.
- Form 004'ün ön yüzünü doldururken sol üstteki kutunun «İş Mesleği» ve Medeni Hal» dışında, silinebilir aletle doldurulması gerekmektedir. Bu yüzdeki diğer tüm bilgiler silinmez kalemle yazılmalıdır.
- «Öz ve soy geçmişi» kutusuna kişi hastalığı nedeniyle aile sağlığı merkezine başvurduğunda alınan anemnezden özet olarak doldurulur, dolayısıyla zaman içinde tamamlanır.
- «Tam aşular ve rapelleri» bölümüne gerek ebe, gerek sağlık memuru ve gerekse hemşire tarafından yapılan aşuların tamamlanma ve rapel tarihleri belirtilmelidir.
- En alt kutudaki «Sosyal Hastalık» deyiminden amaçlanan; toplumda, kişileri uzun süre tedaviye zorunlayan, tedavi edilmediğinde hastalığın başkasına geçmesine neden olan hastalıklardır. Bunlar Tuberküloz, Frengi, Lepra, Trahom gibi hastalıklardır. Bu hastalıklardan birine yakalanan kişinin Kişisel Sağlık Fişine belirtilmelidir. Bu şekilde muayeneye gelen kişide ya da ailede sosyal hastalık olduğu gözden kaçmamış olur.



- **Form - 006 Çocuk Takip ve Muayene Fişi** Form 001 'den yararlanarak doldurulur. Bu fiş ebeler tarafından kullanılacaktır. Ön yüzünde üstte fişin çıkış tarihi ve çocuğun kimliğini belirtir bilgiler silinmez, diğer bilgiler değişebileceği için silinebilir kalemle doldurulmalıdır. Anneye ait bilgiler, annenin bu çocuğa gebe kalmadan önceki öyküsü bu çocuğun sağlığı için önemli olduğundan silinmez kalemle yazılmalıdır.
- «Tam Aşılar ve Rapelleri» bölümüne tam aşılar ve rapelleri tarihi ile kendi kolonuna yazılmalıdır.



- Form 006'nin arka yüzü , bu fişe göre 0-6 yaş grubu çocukları düzenli aralıklarla ' ve evinde izleyecek olan mahalle ya da köy ebesi tarafından, evi her ziyaret edişinde doldurulacaktır. Ebe bu ziyaretlerde çocuğun ağırlığını ve boyunu ölçecek, beslenişini izleyecek, çocuğu en çok görülen,ölümcül olabilen, sakat bırakabilen ve aşı için kontrendikasyon oluşturabilecek hastalıklar açısından muayene edecek ve ona göre aileye gerekli eğitimleri yapacaktır.



- Bir aileden bir ya da birkaç kişi aile sağlığı b6lgesinden ayrılmışsa o kişilere ait Form 004, Form 006 ve gebeyse Form 005; t6m aile gitmişse ek olarak Form 001 ve Aile Zarfı gittikleri yere g6nderilmelidir. B6lgeye bir g66 olmuşsa aynı şeyler geldikleri yerden istenmelidir.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
FOrm No: 005

GEBE-LOHUSA İZLEME FİŞİ

Kurumu:

Geberin Tespit Edildiği Tarih
.../.../...

TC Kimlik No: [.....]

Adı Soyadı:
Doğum Tarihi:
Eşi ile Akarabak Durumu:
Okunim Durumu:
İşi:
Evlendirme Yaşı:
İlk Gebelik Yaşı:
Eşinin Adı:

Sıra No:
Muhtarlığı:
Sokağı:
Ev No:
Tlf. No:

Kaçıncı Gebeliği	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yagayan Çocuk Sayısı	Döyuk Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Annede Mevcut Sistemik Hastalıkları	Pelvis Durumu	Kan Grubu Rh	Eşinin Kan Grubu Rh	Bir Önceki Gebeliğin Sondaşma Tarihi	Bir Önceki Gebeliğin Sonucu	Bir Önceki Doğumun Yeri
						DM HT KVS Astım Diğer	Uygun Dar Şüpheli		 gün ay yıl	Canlı Doğum Ölü Doğum Döyuk	Hastanede Veya Diğer Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı İle Evde Kendi Kendine

Bir Önceki Gebelikte	Gebelik Öncesi Kullandığı Kontrasyu Yöntem	Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler				
		Gebelik Sonucu ve Tarihi	Doğum Nisali Yapıldı?	Doğumun Yeri ve Biçimi	Doğan Bebek	Doğuştan Şekil Bozukluğu
Kanama Yüksek Tansiyon Şeker hastalığı Plasentanın Erken Ayrılması Enfeksiyon Diğer	RİA Hep Kondom Yok Diğer:	Döyuk: Ölü Doğum: Canlı Doğum:/...../.....	Spontan Vakum Forese Sezaryen	Hastanede Veya Diğer Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı İle Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yeri:	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> Kilosu gr Boyu cm Geliş Biçimi: Çoğul Doğum <input type="checkbox"/>	Yok Var:

Ebe Adı Soyadı:
Tarih: .../.../...
İmzası:

Hekimin Adı Soyadı:
Tarih: .../.../...
İmzası:



Risk Durumu : _____
Son Adet Tarihi : _____
Beklenen Doğum Tarihi : _____
Boy : _____ cm

Teteneviz egizimin yapıldığı tarihler 1.Ay: _____ 4.Ay: _____
2.Ay: _____ 5.Ay: _____
3.Ay: _____

İZLEM VE DANIŞMANLIK

Tarih	Gebelik Haftası	Ağırlık (Kg)	Kan Basıncı (mmHg)	Ödem	Varis	Nabız /dakika	İdrarda Protein	Hemoglobin %	Çocuk Kalp Sesi (sayı/dak)	Geliş Biçimi	Gebe Demir	Sistemik Muayene	Laboratuvar Bulguları	Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine uygun izlem, danışmanlık ve sevk	Sonraki İzleme Tarihi	İmza

LOHUSA İZLEMİ

Tarih	Kan Basıncı / mmHg	Nabız / Dakika	Kanama Takibi	Ateş	Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine uygun izlem, danışmanlık ve sevk	İmza



- **Form 102:** Aile planlaması hizmetleri sunan birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından kullanılan formdur. Aile planlaması hizmetleri ile ilgili aylık çalışmaları içerir. Hizmet biriminde doldurulur ve Sağlık Müdürlüğüne gönderilir. Formda ay içinde hizmetten yararlanan kişi sayısı, uygulanan yöntemler yer alır. Ayrıca malzeme durumuna da yer verilir.



- Aşı ile ilgili bilgilerin kayıt formlarına zamanında, tam ve doğru olarak kaydedilmesi sağlanmalıdır. Yapılan aşıların her biri tarih, gün-ay-yıl olarak kayıt formlarındaki ilgili alana kaydedilmeli, Yapılan tüm aşıların ve varsa sulandırıcılarının lot numarası da kayıt formlarına işlenmelidir



- Aile Hekimi kendine kayıtlı olan ve aşıladığı;0-59 ay bebekleri **Form 012A'ya** ,5 yaş ve üzeri çocukları **Form 012B'ye** kaydeder. (60 aylık olan çocukların kayıtları form 012B'ye aktarılır.



- Aile Hekimi ;Kendisinin uyguladığı tüm kamu aşılarını Form 12A/B'ye siyah kalemle kaydeder.Başka Aile Hekimi tarafından aşılanan ve “Bölge Dışı Aşı Bildirim Formu” ile kendine bildirilen kamu aşılarını kendi Form 012A/B'sine mavi renkli kalemle kaydeder.
- Ay sonunda bu aşılar aşığı uygulayan birim tarafından Form 013'e aktararak Sağlık Müdürlüğüne bildirilir.Kendisine kayıtlı nüfusa uygulanmış özel aşıları Form 12A/B'ye tarihlerini belirterek kırmızı renkli kalemle kayder. Ay sonunda bu aşılar kişinin kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezi tarafından Form 013/B'ye kaydedilerek Sağlık Müdürlüğüne bildirilir.



- Doğan, tespit edilen veya AH bölgesine gelen her bebek, Ev Halkı Tespit Fişi (ETF)Form 001, Form 004, Form 006 ve Form 012A'ya kaydedilir.
- **Form 012A**'da yapılan aşıların her biri tarih, gün-ay-yıl olarak ilgili alana kaydedilmeli, aşının ve varsa sulandırıcısının lot no'su da belirtilmelidirBu forma AH tarafından uygulanan tüm kamu aşıları siyah kalemle kaydedilir.Diğer sağlık birimleri ve özel hekimler tarafından yapılan aşılar da tarihleri belirtilerek farklı renkte bir kalemle kaydedilir (Kamu aşıları için mavi, özel aşılar için kırmızı renkli kalem kullanılmalıdır).60 aylık olan çocukların kayıtları form 012B'ye aktarılır.Form 012A, Form 013 ve Form 013B'nin veri kaynağıdır.



- **Form 012B (5 yaş üzeri aşı kayıt fişisi):** 012A gibi temel aşı kayıt formudur. 5 yaşını geçen kişilere yapılan GBP (Genişletilmiş Bağışıklama Programı) aşıları bu forma tarih, gün-ay-yıl olarak belirtilerek aşının ve varsa sulandırıcısının lot no'su ile kaydedilmelidir. Form 012A ile birlikte, Form 013 ve Form 013B'nin veri kaynağıdır. Okul çağı ve erişkin dönem aşılamalarının da bu forma kaydedilmesi gerektiği unutulmamalıdır.



- **Form 013 (Bildirim formu)** Her ayın sonunda AH tarafından, o ay yapılan aşılar Form 012A ve Form 012B'den, yaş grubuna göre ayrılarak, Form 013'e aktarılır. Kurumlarda Form 013 hazırlanırken sadece o kurumda uygulanan **kamu aşıları bildirilir**. Burada temel amaç; yapılan aşının bildirim sistemine bir kez girilmesini sağlayarak mükerrer bildirimini engellemektir.
- Form 013 takip eden ayın ilk haftası içinde Sağlık Müdürlüğüne ulaştırılır.



- **Form 013/B: Özel aşıların bildirim için kullanılır.** Kişi ve kuruluşların yapmış olduğu özel aşılar ayrıntılı liste ile aylık olarak ilgili AH'e ulaştırılır ve Form 012A/B'ye tarihleri belirtilerek kırmızı renkli kalemle aktarılır. Ay sonunda Form 012A/B'de yer alan bu aşılar AH tarafından Form 013B'ye aktarılır. Burada temel amaç; yapılan aşının bildirim sistemine bir kez girilmesini sağlamaktır. Form 013B, takip eden ayın ilk haftası içinde Sağlık Müdürlüğüne gönderilir.



- **Yapılan aşılar tarihi gün-ay-yıl olarak belirtilecek şekilde ilgili izlem fişlerine işlenir.**
- Form 005 (Gebe- Lohusa İzleme Fişi)
- 15–49 Yaş Kadın İzlem Fişi
- Form 006 (Bebek ve Çocuk İzleme Fişi):yapılan tüm aşılar



- AHBS'de hastalar ;

- Bebek (0-12 ay)

- Çocuk(12ay-60 ay)

- 15-49 yaş kadın hasta

- Gebe

- Lohusa

- 65 yaş üzeri

kişiler; şeklinde sınıflandırılmıştır.



Aile hekimliği'nde yapılan işlemler;

- Muayene –Tetkik
- Bebek izlem – Çocuk izlem
- Bağışıklama
- 15-49 kadın izlem
- Gebe izlem
- Kronik hastalık takibi
- Toplum Tabanlı Kanser tarama
- Okul çağı-Gençlik çağı sağlık taramaları
- Sağlık raporları (Evlilik ,Ehliyet ,Yiv tüfeği ,Durum bildirir ,Tek hekim sağlık raporu,işe giriş raporu vb.)



- Aile hekimleri tarafından bildirim zorunlu bulaşıcı bir hastalık tanısı konulduğu takdirde;
- AHBS yazılım programında bulunan Form 014'te, hastalığa ait bilgileri doldurup, Sağlık.NET-Online'a anlık olarak ya da gün sonunda göndereceklerdir.
- Aile hekimleri, AHBS yazılım programları aracılığıyla sağlık bilgi sistemlerine gönderdikleri Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Formu (Form 014) çıktısını TSM'ye ayrıca göndermeyeceklerdir



Yazılım programlarında yer alan ve bildirimlerde kullanılacak olan standart form, Form 014'tür. Form 014

- Bildirim yapan kurumkişi ve bilgileri,
- Hasta kimlik bilgileri, kayıtlı ikamet adresi bilgileri
- Beyan adresi ve iletişim bilgileri (varsa) kullanılan sistemden otomatik getirilecektir.



(ACELE)
T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Form No : 014

**BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLAR
BİLDİRİM FORMU
(U. Hıfzıssıhha Kanunu Mad. 57-64)**

BİLDİRİM YAPAN KURUM

İLİ: _____
İLÇESİ: _____
KURUM ADI: _____

BİLDİRİM YAPAN KİŞİ

ADI: _____
SOYADI: _____
ÜNVANI: _____

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ	
T.C. KİMLİK NO	
ADI	
SOYADI	
BABA ADI	
CİNSİYETİ	
DOĞUM TARİHİ	
DOĞUM YERİ	
MESLEĞİ	

KAYITLI İKAMET ADRESİ	
İL	
İLÇE	
BÜCAK	
KÖY	
MAHALLE	
CSBM (Cd. Sk. Biv. Meyd.)	
DIŞ KAPI NO	
İÇ KAPI NO	

HASTALIK DURUMU	
HASTALIĞIN ADI	
HASTALIĞIN KODU	
VAKA TİPİ	<input type="radio"/> Şüpheli Vaka <input type="radio"/> Olası Vaka <input type="radio"/> Kesin Vaka
BELİRTİLERİN BAŞLAMA TARİHİ	___/___/20___
VAKA DURUMU	<input type="radio"/> Sağ <input type="radio"/> Ölü

BEYAN ADRESİ	
ADRES TİPİ	
İL	
İLÇE	
BÜCAK	
KÖY	
MAHALLE	
CSBM (Cd. Sk. Biv. Meyd.)	
DIŞ KAPI NO	
İÇ KAPI NO	
İRTİBAT TELEFONU	

İMZA _____

HASTALIK DURUMU	
HASTALIĞIN ADI	
HASTALIĞIN KODU	
VAKA TİPİ	<input type="radio"/> Şüpheli Vaka <input type="radio"/> Olası Vaka <input type="radio"/> Kesin Vaka
BELİRTİLERİN BAŞLAMA TARİHİ/...../20.....
VAKA DURUMU	<input type="radio"/> Sağ <input type="radio"/> Ölü

- Hastalığın Adı ve Hastalığın Kodu muayene ekranındaki tanı kısmından otomatik olarak gelecektir.
- Bu ekranda doldurulması zorunlu tek alan;
 - Vaka Tipi,
 - Belirtilerin Başlama Tarihi,
 - Vaka Durumu bilgileridir.



Hastanın ikamet adresi, Mernis adresinden farklı ise beyan adresi bölümünde belirtilmelidir. (Ancak zorunlu değildir.)

- Beyan adresi bölümünde, kişinin beyanı doğrultusunda hastalığının kendisine bulaştığından şüphelendiği yere göre adres tipinin seçilerek adres bilgilerinin doldurulması gerekmektedir.
- Eğer kurum veritabanında kişiye ait beyan adres bilgisi mevcut ise bu alan sistem tarafından dolu olarak getirilmelidir.

BEYAN ADRESİ	
ADRES TİPİ	
İL	
İLÇE	
BUCAK	
KÖY	
MAHALLE	
CSBM (Cd.Sk.Blv. Meyd.)	
DIŞ KAPI NO	
İÇ KAPI NO	
İRTİBAT TELEFONU	

İhbar ve bildirim sistemi kapsamında bulaşıcı hastalıklar ve etkenler dört grup halinde takip edilmektedir.

Bu gruplar:

- **A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar**
- **B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar**
- **C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar**
- **D Grubu Bildirimi Zorunlu Etkenler**



GRUP A

- AKUT GASTROENTERİT ENFEKSİYONU
- BOĞMACA
- BOTULİZMUS
- BRUSELLOZ
- DİFTERİ
- GONORE
- HIV ENFEKSİYONU
- KABAKULAK
- KIZAMIK
- KIZAMIKÇIK
- KOLERA
- KUDUZ
- KUDUZ RİSKLİ TEMAS
- MENİNGOKOKSİK HAST.
- NEONATAL TETANOZ
- SARI HUMMA
- SİFİLİZ
- SITMA
- SU ÇİÇEĞİ
- ŞARBON
- ŞARK ÇIBANI
- TETANOZ
- TİFO
- TÜBERKÜLOZ
- AKUT VİRAL HEPATİTLER
 - Hepatit A
 - Hepatit B
 - Hepatit C
 - Hepatit D
 - Hepatit E

GRUP B

- ÇİÇEK
- AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİ SENDROMU (SARS)
- POLİOMİYELİT
- YENİ BİR ALT TIPTA İNSAN GRIBI (HUMAN INFLUENZA)
- KARAR ARACINA GÖRE DEĞERLENDİRİLEN DURUM

GRUP C

- AIDS
- AVİAN İNFLUENZA (H5N1)
- BATI NİL VİRUS ENFEKSİYONU
- ÇİKUNGUNYA ATEŞİ
- EKİNOKOKKOZ
- EPİDEMİK TİFÜS
- HANTA VİRUS ENFEKSİYONU
- H. İNFLUENZA Tip b (Hib) ENF.
- İNFLUENZA (GRİP BENZERİ HASTALIK)
- KALA-AZAR
- KENE KAYNAKLI ENSEFALİT (TICK BORNE ENSF.)
- KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ
- KONJENİTAL RUBELLA
- LYME HASTALIĞI
- LEJYONER HASTALIĞI
- LEPRO
- LEPTOSPIROZ
- İNVAZİV PnöMOKOKKAL HASTALIK (STREPTOCOCCUS PNEUMONİA)
- SSPE
- ŞİSTOZOMİYAZ
- TOKSOPLAZMOZ
- TRAHOM
- TULAREMİ
- VARYANT CREUTZFELDT-JAKOP HASTALIĞI
- VEBA
- VİRAL HEMORAJİK ATEŞ
- Q ATEŞİ

GRUP D

- CAMPYLOBACTER JEJUNI/COLİ
- CHLAMYDIA TRACHOMATIS
- CRYPTOSPORIDIUM SP
- ENTAMOEBİA HISTOLYTICA
- ENTEROHEMORAJİK E.COLİ
- GIARDİA İNTESTINALİS
- SALMONELLA SP.
- SHİGELLA SP.
- TRİŞİNOZ
- LISTERİA MONOCYTOGENES
- YERSİNİA SP.
- NOROVİRUS
- ROTAVİRUS

A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

- Ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsar.



B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

- Uluslararası bildirim zorunlu olan hastalıkları ve durumları kapsar.
- Ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından yapılacak olan hastalık bildirim belirtilen usuller çerçevesinde yapılmalıdır.



B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

- B Grubunda yer alan hastalıklar tespit edildiği anda, tek vaka görülmesi durumunda dahi, ivedilikle, en hızlı iletişim araçları kullanılarak, direkt olarak Müdürlüğe İHBAR edilecektir.
- Müdürlük tarafından da en hızlı iletişim araçları kullanılarak Kurum'a bildirilecektir.
- Bu hastalıklar için, Kurum tarafından, uluslararası bildirim yapılacaktır.
- Hastalık ile ilgili olarak Kurum ve/veya Müdürlük kanalı ile inceleme başlatılacaktır.



C Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıklar

- Yataklı tedavi kurumları tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsar.
- Hastalığın bildirimi belirtilen esaslar çerçevesinde yapılmalıdır.



D Grubu Bildirimi Zorunlu Etkenler

- Tanı koyma kapasitesine sahip veya sentinel laboratuvarlar tarafından tespit edilen etkenleri kapsar.
- Laboratuvarlardan enfeksiyöz etkenin bildirim Grub D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişii ile ve akış şeması çerçevesinde yapılmalıdır.



TSM'lerde Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi

- TSİM'de (Temel Sağlık İstatistikleri Modülü) vaka bazlı ve günlük olarak bulaşıcı hastalık bildirimlerinin takibi için yapılan düzenleme ile Form 014 ve Form 014D veri giriş ve raporlama sayfaları tasarlanmıştır.
- Bu sayfalarda iki ayrı yetki tanımlanmıştır.
 - Form girişi
 - Raporlama

