

Ek 4. FORM 1: KIZAMIKÇIK AŞI KAYIT FORMU

Ek 2. 18–35 YAŞ KADINLARA KIZAMIKÇIK UYGULAMASI KAYIT VE BİLDİRİMİ:

DİKKAT: Uygulanan aşular Form 013’de kızamıkçık 15 yaş ve üzeri sütununa kaydedilecektir. Uygulanan aşular rutin aşı kayıt formlarına da kaydedilecektir

A. Her aşılanan kadına aşı kartı verilecektir:

- Aşı kartı, kadınların aşılanıp aşılanmadığının belirlenebilmesi için önemli bir göstergedir.
- Ayrıca aşı kartının arka yüzünde olası istenmeyen etkiler ve alınabilecek tedbirler konusunda kısaca uyarılar yer almaktadır.
- Bu nedenle aşılanan her kadına mutlaka aşı kartı verilmelidir.
- Kadınlara aşı kartını saklamaları konusunda uyarıda bulunulmalıdır.
- Aşı kartındaki bilgilerin eksiksiz doldurulması gerekmektedir.
- Aşılanan kadınlara 4 hafta süreyle hamile kalmamaları özellikle belirtilmelidir.

B. Form 1 Kızamıkçık Aşı Kayıt Formu:

- Aşılanan kadınlar Kızamıkçık Aşı Kayıt Formu’na (Form 1) kaydedilecektir.
- Eğer kadına aşı yapılmadıysa, aşı yapılmama nedenleri aşağıdaki gruplara göre kodlanarak yazılacaktır:
 - (1) Kontrendikasyon var
 - (2) Kişi aşığı reddetmiş
 - (3) Bir doz kızamıkçık aşısı yapıldığı/serolojinin pozitif olduğu belgelenmiş.
 - (4) Gebe
 - (5) Gebelik planlıyor
 - (6) Diğer
- Aşı yapılmama nedenleri arasında sayılan “Serolojinin pozitif olduğu belgelenmiş” olması durumundan kastedilen, daha önceden herhangi bir nedenle kızamıkçık IgG bakılmış ve pozitifliği saptanmış kişilerdir. Daha önce böyle bir inceleme yapılmamış kişilerde aşılama öncesi test yapmaya gerek yoktur.

C. Aylık Kızamıkçık Aşı Dozu Bildirim Formları:

- Form 2: Aile Hekimlerinden Toplum Sağlığı Merkezine aylık bildirimde kullanılacaktır.
- Form 3: Toplum Sağlığı Merkezi Form 2’ler ile kendisine gelen bildirimleri bu formda toplayacaktır.
- Form 4: Toplum Sağlığı Merkezinden Sağlık Müdürlüğüne aylık bildirimde kullanılacaktır.
- Form 5: Sağlık Müdürlüğü Toplum Sağlığı Merkezlerinden Form 4’ler ile kendisine gelen bildirimleri bu formda toplayacaktır.
- Form 6: Uygulama Sonu Kızamıkçık Aşı Dozu Bildirim Formu ile Sağlık Müdürlüğü tarafından Sağlık Bakanlığına bildirim yapılacaktır.

Ek 4. FORM 1: KIZAMIKÇIK AŞI KAYIT FORMU

Ek 3. Örnek Aşı Kartı

(ön yüz)

| | |
|---|--|
| KIZAMIKÇIK AŞI KARTI | |
| İli: | |
| Tarih: | |
|adlı kadın | |
|Aile Sağlığı Merkezi / Aile Hekimliği Birimleri ekiplerince aşılanmıştır. | |
| NOT: Bu kartı kaybetmeyiniz. | |

(arka yüz)

| |
|--|
| <p>Ülkemizde kızamıkçık vakalarını en kısa zamanda en az düzeye indirmek ve kızamıkçığa bağlı düşük ve bebekte oluşabilecek anomalilerin engellenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı bir aşılama çalışması başlatmıştır.</p> <p>* Kızamıkçık aşısının yan etkileri çok azdır. Görülebilecek yan etkilerin çoğu hafiftir ve kendiliğinden düzelir.</p> <p>* Aşılanan kadınlarda en sık görülebilecek yan etkiler; ateş, lenf bezelerinin büyümesi, döküntü, boğaz ve baş ağrısı şeklinde hafif kızamıkçık tablosu ve eklem ağrısıdır. Bu yan etkiler görüldüğünde, parasetamol içeren ağrı kesici-ateş düşürücü ilaçlar kullanılabilir.</p> <p>*Aşı uygulanan yerde kızarıklık, hassasiyet, ağrı olabilir. Bu durumda aşı uygulanan bölgeye soğuk uygulanabilir, Parasetamol içeren ağrı kesici-ateş düşürücü ilaçlar kullanılabilir.</p> <p>KIZAMIKÇIK AŞISI UYGULANMASI SONRASI 4 HAFTA SÜRE İLE GEBELİKTEN KORUNULMASI ÖNERİLİR. AŞI OLDUKTAN SONRA GEBE OLDUĞUNUZU FARKEDERSENİZ AİLE HEKİMİNİZE BAŞVUNUZ.</p> <p>Aşılar ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili sorularınız ve sorunlarınız için aile hekiminize veya İl Sağlık Müdürlüğününnolu telefonlarına başvurabilirsiniz.</p> |
|--|

NOT: Aşı kartının arka yüzüne aşının olası yan etkileri ve hafif yan etkilerde evde uygulanabilecek müdahaleler konusunda uyarıcı bilgi notu olmalıdır. Örnek bir aşı kartı yukarıda verilmiştir.

Ek 4. FORM 1: KIZAMIKÇIK AŞI KAYIT FORMU

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ/ AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ:.....

İL/İLÇE :.....

...../...../2009

| Sıra No | Ad ve Soyad | TC Numarası | Baba Adı | Doğum Tarihi (gün/ay/yıl) | Aşılama Tarihi Ve Aşılanmadıysa Nedeni* |
|---------|-------------|-------------|----------|------------------------------|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |

Aile Hekimi :.....

*Aşı yapılmama nedenleri aşağıdaki gruplara göre kodlanarak yazılacaktır:

- (1) Kontrendikasyon var
- (2) Kişi aşığı reddetmiş
- (3) Kızamıkçık aşığı yapıldığı/serolojinin pozitif olduğu belgelenmiş.
- (4) Gebe
- (5) Gebelik planlıyor
- (6) Diğer

Ek 4. FORM 1: KIZAMIKÇIK AŞI KAYIT FORMU

Ek 5.

FORM 2: AYLIK KIZAMIKÇIK AŞI DOZU BİLDİRİM FORMU

Tarih:/...../.....

Aile Sağlığı Merkezi/Aile Hekimliği Birimi.....

İLÇE :.....

İL :.....

18-35 YAŞ AŞILANAN KADIN SAYISI:

AŞILANAMAYAN KADIN SAYISI:

AŞILANMAMA NEDENLERİ:

(1) Kontrendikasyon var

(2) Kişi aşığı reddetmiş

(3) Kızamıkçık aşısı yapılmış/Seroloji pozitif

(4) Gebe

(5) Gebelik planlıyor

(6) Diğer

TOPLAM

Teslim edilen aşı flakonu sayısı:

Teslim edilen aşı enjektörü sayısı:

Açılan aşı flakonu sayısı:

Kullanılan aşı enjektörü sayısı:

Aile Hekimi:.....

Ek 4. FORM 1: KIZAMIKÇIK AŞI KAYIT FORMU

Ek 7.

| | | |
|---|---------------------|--------------|
| FORM 4: AYLİK KIZAMIKÇIK AŞI DOZU BİLDİRİM FORMU | | .../.../2009 |
| Toplum Sağlığı Merkezi..... | | |
| İlçe :..... | HEDEF NÜFUS: | |
| İl :..... | | |
| 18-35 Yaş Aşılama Kadın Sayısı: | | |
| Aşılamaayan Kadın Sayısı: | | |
| Aşılama Nedenleri | | |
| (1) Kontrendikasyon var | | |
| (2) Kişi aşımı reddetmiş | | |
| (3) Kızamıkçık aşımı yapılmış/Seroloji pozitif | | |
| (4) Gebe | | |
| (5) Gebelik planlıyor | | |
| (6) Diğer | | |
| TOPLAM | | |

Teslim edilen aşım flakonu sayısı:.....

Teslim edilen aşım enjektörü sayısı:.....

Açılan aşım flakonu sayısı:.....

Kullanılan aşım enjektörü sayısı:.....

Aile Hekimi:.....

Ek 4. FORM 1: KIZAMIKÇIK AŞI KAYIT FORMU

Ek 9.

FORM 6: SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KIZAMIKÇIK AŞI DOZU BİLDİRİM FORMU

.../.../2009

| | | |
|--|--------------------------|------------------------|
| İL: | | |
| 18-35 Yaş Hedef | 18-35 Yaş Aşılana | Aşılama Yüzdesi |
| | | |
| AŞILANAMAYAN KADIN SAYISI: | | |
| AŞILANMAMA NEDENLERİ: | | |
| (1) Kontrendikasyon var | | |
| (2) Kişi aşığı reddetmiş | | |
| (3) Kızamıkçık aşısı yapılmış/Seroloji pozitif | | |
| (4) Gebe | | |
| (5) Gebelik planlıyor | | |
| (6) Diğer | | |
| TOPLAM | | |

Dağıtılan Aşı Flakonu Sayısı:.....

Dağıtılan Aşı Enjektörü Sayısı:.....

Açılan Aşı Flakonu Sayısı:.....

Kullanılan Aşı Enjektörü Sayısı:.....

İL AŞI SORUMLUSU:.....

İL SAĞLIK MÜDÜRÜ:.....