

**T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

SAĞLIK HİZMETLERİ SEKRETERLİĞİ

**YATAKLI SAĞLIK KURUMLARI
FORMLARI
346SBI038**

Ankara, 2011

- Bu modül, mesleki ve teknik eğitim okul/kurumlarında uygulanan Çerçeve Öğretim Programlarında yer alan yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak öğrencilere rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış bireysel öğrenme materyalidir.
- Millî Eğitim Bakanlığınca ücretsiz olarak verilmiştir.
- **PARA İLE SATILMAZ.**

İÇİNDEKİLER

AÇIKLAMALAR	iii
GİRİŞ	1
ÖĞRENME FAALİYETİ-1	3
1. YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARI VERİ TOPLAMA VE BİLDİRİM FORMLARI ..3	
1.1. Yataklı Sağlık Kuruluşları	3
1.1.1. İlçe / Belde Hastanesi	3
1.1.2. Genel Hastaneler	4
1.1.3. Özel Dal Hastaneleri	5
1.1.4. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	5
1.2. Veri Toplama ve Bildirim Formları	5
1.2.1. 056 Personel Hasta ve Yatak Muvazene Formu	5
1.2.2. 053 Hastalık İstatistik Formu	9
1.2.3. 057 Laboratuvar Çalışmaları Formu	10
1.2.4. 058 Ağız ve Diş Sağlığı Çalışmaları	11
1.2.5. 113 Aylık Kan Çalışmaları Formu	13
1.2.6. Frengi Bildirge Fişi	15
1.2.7. Sağlık Yardımı Yapılan İltica Formu	16
1.2.8. Doğum Servisinden Gelen Bilgi Formu	17
1.2.9. Hastane Doğumlarını Değerlendirme Formu	17
1.2.10. İl Ruh Sağlığı Hizmetleri Formu	19
1.2.11. RS 20 Ruh Hastalıkları Hastanesinden Çıkışta Kullanılacak Bilgi Formu	19
1.2.12. RS 50 Ruh Hastalıkları Hastanesinden Sağlık Bakanlığına Gönderilen Bilgi Formu	21
1.2.13. İntihar Girişimleri Kayıt Formu	22
1.2.14. Kalıtsal Kan Hastalıkları Bildirim Formu	24
1.2.15. Kanser Kayıt Bilgi Formu	27
1.2.17. Ölüm İstatistik Formu	31
1.2.18. D-86-A Vakalar İçin Kişisel Bilgi Formu	32
1.2.19. Yeni Doğan Tespit Formu	34
1.2.20. Yatılan Gün İstatistiği Formu	34
1.2.21. Gaz Zehirlenmeleri Vaka Bildirim Fişi	35
1.2.22. Tüberküloz Hasta Bildirim Formu	36
1.2.23. Aylık Kuduz Mücadele Formu (Yataklı Tedavi Kurumları için)	37
1.2.24. Diyaliz Bilgi Formu	38
1.2.25. Diyaliz Hizmetleri Üç Aylık Bilgi Formu	39
1.2.26. Periton Diyalizi Merkezi Aylık Çalışma Formu	41
UYGULAMA FAALİYETİ	43
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	44
ÖĞRENME FAALİYETİ-2	45
2. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ VERİ BİLDİRİM FORMLARI VE ELEKTRONİK ORTAMDA VERİ AKTARIMI	45
2.1. İl Sağlık Müdürlüğü Veri Toplama ve Bildirim Formları	45
2.1.1. Form 002- 003/B Yıl Ortası Nüfus Tespitleri	45
2.1.2. 024 Birinci Basamak Sağlık Kurumları Aylık Çalışma Bildirisi	46

2.1.3. Kırmızı ve Yeşil Reçete Bilgi Formu.....	49
2.1.4. Ölüm Belgesi Formu	49
2.1.5. RS 10 Ruh Hastalıkları Hastanesine Hasta Sevk Formu.....	51
2.1.6. RS 40 Ruh Hastalıkları Hastanelerine Sevk Edilen ve Hastaneden Takip İçin Yaşadığı İle Gönderilen Hastalar Hakkında Sağlık Müdürlüğünden Sağlık Bakanlığına Verilen Bilgi Formu	52
2.1.7. Aylık Sıtma Çalışmaları	53
2.1.8: Sıtma Savaş Laboratuvarı Aylık Raporu Formu	54
2.2. Elektronik Ortamda Veri Aktarımı	54
UYGULAMA FAALİYETİ	59
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	60
MODÜL DEĞERLENDİRME	61
CEVAP ANAHTARLARI.....	62
KAYNAKÇA.....	63

AÇIKLAMALAR

KOD	346SBI038
ALAN	Sağlık Hizmetleri Sekreterliği
DAL/MESLEK	Tıbbi Sekreterlik
MODÜLÜN ADI	Yataklı Sağlık Kurumları Formları
MODÜLÜN TANIMI	Yataklı sağlık kurumları ile bu kurumlarda kullanılan veri toplama ve bildirim formlarının tanıtıldığı öğrenme materyalidir.
SÜRE	40/24
ÖNKOŞUL	
YETERLİK	Yataklı Sağlık Kurumları Formlarını Düzenlemek
MODÜLÜN AMACI	<p>Genel Amaç Bu modül sonunda elde edeceğiniz becerilerle veri toplama ve bildirim formları kullanım kılavuzuna uygun olarak yataklı sağlık kurumları formlarını düzenleyip veri aktarımı yapabileceksiniz.</p> <p>Amaçlar</p> <ol style="list-style-type: none">1. Yataklı sağlık kuruluşları veri toplama ve bildirim formlarını mevzuatlara göre tam ve doğru olarak düzenleyip ilgili birimlere/kurumlara gönderebileceksiniz.2. İl sağlık müdürlüğü veri bildirim formlarını mevzuatlara göre tam ve doğru olarak hazırlayıp ilgili birimlere gönderebilecek ve elektronik ortamda veri aktarımı yapabileceksiniz.
EĞİTİM ÖĞRETİM ORTAMLARI VE DONANIMLARI	<p>Donanım: Tahta, kalem, silgi, form örnekleri, projeksiyon cihazı, bilgisayar, DVD player, CD. vs.</p> <p>Ortam: Sınıf, bilgisayar laboratuvarı, sağlık kuruluşları</p>
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	<p>Modülün içinde yer alan her faaliyetten sonra verilen ölçme araçları ile kazandığınız bilgileri ölçerek kendi kendinizi değerlendireceksiniz.</p> <p>Öğretmen, modülün sonunda, ölçme aracı (test, çoktan seçmeli, doğru-yanlış, v.b) kullanarak modül uygulamaları ile kazandığınız bilgi ve becerileri ölçerek sizi değerlendirecektir.</p>

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

Kişiler sağlık hizmetleri alımı, teşhis ve tedavi maksadıyla ayaktan olduğu gibi yatış için de hastanelere müracaat ederler.

Yataklı sağlık hizmeti sunan (II. basamak sağlık kuruluşları) kuruluşlar, hizmetlerini kayıt altına alır ve uygun aralıklarla ilgili yerlere bildirir.

Bu modül ile II. basamakta kullanılan sağlık kurum formlarını öğrenecek, eksiksiz ve doğru olarak doldurabilecek, bir üst makama gönderebileceksiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-1

AMAÇ

Yataklı sağlık kuruluşları veri toplama ve bildirim formlarını mevzuatlara göre tam ve doğru olarak düzenleyip ilgili birimlere / kurumlara gönderebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

Yataklı sağlık kuruluşlarını ziyaret ederek veri toplama formları hakkında bilgi edininiz, sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

1. YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARI VERİ TOPLAMA VE BİLDİRİM FORMLARI

1.1. Yataklı Sağlık Kuruluşları

Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin; ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır. Bu kurumlar aşağıdaki şekildedir.

1.1.1. İlçe / Belde Hastanesi

Belde hastanesi, Sağlık Bakanlığınca belirlenen yerlerde, bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, doğum, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ayaktan ve yatarak tıbbi ve cerrahi müdahale, muayene, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile çevre sağlığı, adli tabiplik ve ağız diş sağlığı hizmetleri ile benzeri hizmetlerin verilmekte olduğu; hasta potansiyeline göre diyaliz ünitesi bulundurabilen, görev yapan tabip ve uzman tabiplerin ayakta ve yatırarak hasta kabul ve tedavi ettiği; hizmetlerin daha verimli ve güçlendirilmiş olarak verildiği entegre sağlık kurumlarıdır.

İlçe hastanesi coğrafi durum, ulaşım, nüfus, bölgenin altyapı ve diğer özellikleri göz önüne alınarak valiliğin teklifi ve bakanlığın onayı ile açılır ve aynı yolla kapatılır.

İlçe Hastanesinin çalışma usul ve esasları aşağıdaki şekilde yürütülür.

- İlçe hastanelerinin bulunduğu ilçe merkezindeki tüm sağlık hizmetleri birleştirilerek güçlendirilmiş entegre ilçe hastanesi tarafından yürütülür.

- İlçe hastanesi baştabibi, aynı zamanda sağlık grup başkanlığı görevini de yürütür. Hizmetin birleştirildiği kurumlarda temel sağlık hizmetlerinin aksatılmadan yürütülmesinden hastane baştabibi sorumludur. Mobil hizmet, tarama, ETF, aşı vb. vatandaşa gidilerek yürütülen koruyucu hizmetler aksamaya fırsat verilmeden yürütülür.
- İlçe hastaneleri tarafından verilecek temel sağlık hizmetleri için gerekli olan tüm ilaç, serum, aşı vb. ihtiyaçlar il sağlık müdürlüğü tarafından, diğer ihtiyaçları ise hastane döner sermayesi tarafından karşılanır.
- İlçe merkezindeki sağlık kuruluşlarına ait olan bina, müştemilat vb. İlçe hastanesi baştabipliği tarafından değerlendirilerek ihtiyaç doğrultusunda kullanımına devam edilir. Planlamalarda binaların fiziki durumları ve tadilat ihtiyaçları da dikkate alınarak kullanılabilir durumda olanların kullanımına öncelik verilir.
- İlçe hastanelerindeki sağlık hizmetleri, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge ve ilgili mevzuatlara göre yürütülür.
- İlçe hastanelerinde, sağıkta dönüşüm programının gereği olarak her hekime bir muayene odası açılır ve hekim seçme özgürlüğü uygulaması yapılır.
- İlçe merkezinde hizmet veren sağlık kuruluşlarındaki personel, ilçe hastanesi baştabipliğine bağlı olarak hizmet verir; personelin özlük ve idari işlemleri hastane idaresi tarafından yürütülür.
- İlçe hastanelerinde nöbet hizmetleri 24 saat hizmet esasına ve ihtiyaçlara göre yürütülür. Nöbetlerin düzenlenmesinden ve aksatılmadan yürütülmesinden hastane baştabibi sorumludur.

1.1.2. Genel Hastaneler

Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği, ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

Hasta odaları ve özellikleri aşağıda açıklanmıştır.

Yataklı tedavi kurumlarında, hasta odalarının bir veya iki kişilik olarak düzenlenmesi esastır; ancak, kurum fizik şartları dikkate alınarak daha fazla hastanın kalabileceği odalar da düzenlenebilir. Hasta odaları aşağıdaki şekilde sınıflandırılır.

Özel oda: Tek yataklı, buzdolabı, televizyon, telefon ve refakatçinin dinlenmesi için gerekli bölümü ve donanımı bulunan, banyolu, lavabolu, tuvaletli odadır.

Birinci sınıf oda: Tek yataklı, tuvaletli, banyolu, lavabolu ve hasta refakatçisinin dinlenmesine yönelik donanımı bulunan odadır.

İkinci sınıf oda: İki ya da üç yataklı, yatakların arası uygun biçimde ayrılabilen, tuvaletli, banyolu ve lavabolu, hasta odalarıdır.

Tespit edilen yatak sınıfları ile yapılan değişiklikler Sağlık Bakanlığına bildirilir.

1.1.3. Özel Dal Hastaneleri

Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

1.1.4. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

Bu hastaneler, öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

Eğitim ve araştırma hastaneleri sağlık hizmetleri vermekle birlikte, tıp ve uzmanlık eğitimi alan kişiler için çalışma ve araştırma imkânı sağlar.

Eğitim ve araştırma hastaneleri; servis ve laboratuvar şefleri veya şef yardımcıları ile tıp alanında doçent veya profesör tabipler arasından, Sağlık Bakanlığınca atanacak baştabipler tarafından yönetilir.

Diğer hastaneler ise uzman tabipler veya tıp alanında doktora yapmış tabipler ya da iktisat, işletme, kamu yönetimi, hukuk, maliye, sağlık yönetimi, muhasebe alanlarında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabipler arasından, Sağlık Bakanlığınca atanacak baştabipler tarafından yönetilir.

1.2. Veri Toplama ve Bildirim Formları

Yataklı sağlık kuruluşlarında kullanılan veri toplama ve bildirim formları şu şekildedir.

1.2.1. 056 Personel Hasta ve Yatak Muvazene Formu

Form 056; yataklı tedavi kurumlarında, personel ve hasta hareketlerinin izlenmesi, kurumun ve servislerin hizmet değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır.

Üç aylık ve yıllık olarak 3 nüsha hazırlanır. Gerekli onaylardan sonra zamanında, eksiksiz ve doğru olarak sağlık müdürlüğüne gönderilir. Bir örneği istatistik arşivinde saklanır.

Form, Tüm yataklı tedavi kurumları tarafından üçer aylık dönemlerin sonunda üç ay boyunca yapılan çalışmaları, yıl sonunda ise tüm yıl yapılan çalışmaları kapsayacak şekilde ve form 053 Hastalık İstatistik formuna uyumlu olarak düzenlenir. Formun gönderilme dönemleri aşağıdaki gibidir;

I. Dönem: Ocak, şubat, mart ayını kapsar, mart ayının sonunda gönderilir.

II. Dönem: Nisan, mayıs, haziran ayını kapsar, haziran ayının sonunda gönderilir.

III. Dönem: Temmuz, ağustos, eylül ayını kapsar, eylül ayının sonunda gönderilir.

IV. Dönem: Ekim, kasım, aralık ayını kapsar, aralık ayının sonunda gönderilir.

Formun doldurulmasında dikkat edilecek hususlar;

- Servislerin verileri tek satırda toplam olarak gösterilir.
- Yeni doğan ünitesi ayrı servis olarak gösterilir. Açık bebek yatakları ve kuvözler hasta yatağı olarak gösterilir.
- Hasta yatağı olarak tanımlanan yatakların dışındaki yataklar için yatış işlemi yapılmaz.
- Yoğun bakım servisinde yatan hastalar, diğer servislerden gelerek yoğun bakıma alınır ve buradaki tedavi süreci tamamlandığında tekrar servise döner. Bu nedenle karışıklığa meydan verilmemesi için, bu hastalar yoğun bakıma geldikleri servis içerisinde gösterilir. Yoğun bakım yatakları da ait olduğu branşın servis yataklarına ilave edilerek sayılır. Yoğun bakım servisinde yatılan günler, servislerde yatılan günler içinde gösterilir.
- Sezaryen doğumlar ameliyat olması nedeniyle doğum olarak ve aynı zamanda C grubu ameliyat olarak da sayılır. Müdahaleli doğum olarak forseps ve vakum ile yapılan doğumlar gösterilir.
- Ameliyatlar A,B,C,D ve E başlığı altında 5 kısımda incelenir. Form 056 daki ameliyat sayıları ile hastane bilgi formlarındaki ameliyat sayıları eşit olmak zorundadır. Burada unutulmaması gereken en önemli nokta, sezaryen doğumlar mutlaka doğum olarak ve ameliyat olarak (C grubu) sayılır.
- Aynı genel anestezi altında birden fazla yapılan ameliyatlar, ayrı ayrı sayılır.
- Yatmakta olan bir hastanın farklı branşta bir servise alınması durumunda, yatışı birinci servise yatış tarihi esas alınmak suretiyle ikinci servisin hastası olarak gösterilir.
- Uluslararası kuruluşlara gönderilen verilerin uyumunu sağlamak amacıyla günü birlik tedavi bölümü bulunur. 23 Ekim 2008 tarih ve 27033 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğinin 2.3.2. sayılı maddesinde yer alan tanımı doğrultusunda 24 saatlik zaman dilimi içerisinde yapılan tedaviler bu bölümde gösterilir. Bu hastalar için kesinlikle yatılan gün hesabı yapılmaz.
- Personel sayıları web tabanlı hastane bilgi formlarındaki verilerle İzleme ve Değerlendirme Koordinatörlüğüne gönderilen formlarda birbiriyle uyumlu olmalıdır.
- 056 da yataklı tedavi çıkan hasta bölümünde taburcu olan hasta, ölen hasta ve yatılan gün sayıları, form 053 deki taburcu olan hasta, ölen hasta ve yatılan gün sayıları ile kesinlikle eşit olmalıdır.

Bu verilerden yararlanarak kliniklerdeki yatak işgal oranı hesaplanır. Bu hesaplama aşağıdaki gibidir;

Servise Yatan Hasta: Hasta tabelası düzenlenmiş kişiye, yatan hasta denir.

Yatılan Gün Sayısı: Hastanın hastanede kaldığı günlerin toplamıdır. Aynı gün girip çıkan hastanın yatdığı gün sayısı 1 gün olarak kabul edilir.

Yatak İşgal Oranı: Hastane ve servislerin hizmet değerlendirilmesinde önemli bir kriter olan yatak işgal oranının hesaplama formülü şöyledir.

Belli bir dönemde (3 ay veya bir yıl) ve belli bir serviste veya hastane genelinde toplam yatılan gün sayısı, aynı dönemdeki gün sayısının yatak sayısı ile çarpımına bölünür ve sonuç 100 ile çarpılır.

ÖRNEK:

Bir Hastanenin genel Cerrahi Servisinde

Yatılan Gün Sayısı : 805
Dönem : Birinci Dönem(Ocak-Şubat-Mart)
Dönemdeki Gün Sayısı :31+28+31= 90
Servis Yatak Sayısı : 15 olsun, buna göre yatak işgal oranı şöyle hesaplanacaktır.

$$Y.İ.O.= \frac{\text{Yatılan gün sayısı} \times 100}{\text{Dönemdeki gün Sayısı} \times \text{Yatak Sayısı}}$$

$$Y.İ.O. = \frac{805 \times 100}{90 \times 15}$$

Y.İ.O.= % 59,6 olmalıdır.

- Form bilgisayar ortamında doldurulur veya otomasyon programından alınan çıktı, **Form 053** ile uyumlu ise formu dolduran ve kurum amiri tarafından onaylanarak il sağlık müdürlüğüne gönderilir.
- Form 056 ve Form 053 ün sağlıklı ve beraber uyumlu olması için; Taburcu olan ve ölen hastalara ait dosyalar servislerde tutulmamalı ve dosyalara gereken işlemler zamanında yapılmalıdır. Araştırma, inceleme amacıyla servis görevlilerince tutulmak istenen dosyaların mutlaka istatistik ve arşiv işlemlerinin yapılmış olması, daha sonra imza karşılığı arşivden alınması ve zamanında geri verilmesi gerekir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ Form No: 056		İL:		İLÇE:		HASTA VE YATAK İZLEME FORMU (Üç Aylık ve Yıllık)										YIL : DÖNEM : KURUM :					
SIRA NO	SERVİSLER	HASTA YATAĞI SAYISI	AYAKTAN MUAYENE EDİLEN HASTA SAYISI	GÜNÜBÜRLÜK TEDAVİ (Dönem Yılı sonu) Hasta Sayıları				YATIRILMIŞ TEDAVİ (Dönem Yılı sonu) ÇIKAN HASTA			AMELİYATLAR					DOĞUM SAYILARI		Yatılı Doluluk Oranı %			
				Kemoterapi	Radjoterapi	Diyaliz	Diğer	Taahhüt Olan	Yatılan Gün Sayısı	A	B	C	D	E	Normal	Mudahaleli	Sezaryan				
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
	TOPLAM																				

DÜZENLEYEN	ONAYLAYAN
Adı Soyadı Unvanı Tarih İmza	Adı Soyadı Unvanı Tarih İmza

Form 1.1: 056 hasta ve yatak izleme formu

1.2.2. 053 Hastalık İstatistik Formu

Resmi ve özel hastaneler tarafından her 3 ayda bir tanzim edilmesi gereken ve dönem içinde taburcu olan hastaların yatış nedenlerine ve cinsiyetlerine göre dağılımını gösteren bir formdur.

Formun ilk bölümünde “Geçen Dönemden Kalan Hasta Sayısı” adlı bir bölüm vardır. Form 056’da servise yatan hasta sayısı, taburcu olan ve ölenlerin tutarlılığı için bu bölümün doğru bir şekilde hesaplanarak yazılması gerekir.

Formun asıl bölümünü oluşturan “Taburcu Olan ve Ölenlerin Hastalıklara Göre Dağılımı” tablosunda hastalık kod ve isimleri ile taburcu olan ve ölenlerin cinsiyetlerine göre dağılımı ve bunların yine cinsiyetlerine göre yattıkları gün sayılarının olduğu sütunlar vardır.

Ülkemizdeki hastalık istatistiklerinin en önemli kaynağını oluşturan bu formun dikkatle doldurulması gerekir. Formun doldurulmasında en çok dikkat edilecek konu, Teşhis ve Kod’un doğru saptanmasıdır.

Hasta dosyalarında yazan teşhislerin, formdaki listede hangi hastalık kod grubuna girdiğinin tespiti kesinlikle bir hekim tarafından yapılmalıdır.

LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU

İL:Ankara

Kurum : Ank.Numune Eğt ve Araştırma Hastanesi

CİNSİ		Sayısı	CİNSİ		Sayısı
I-Biyokimya	1-Kan, İdrar, Vücut Sıvı, Gaita ile ilgili rutin tetkikler		VI- Geneti	1-Periferik Kandan Karyotip Analizi	
	2-Kan Gazları ile İlgili Testler			2-Amniyon Mayiinde Karyotip Analizi	
	3-ELİSA Tekniği ile Yapılan Hepatit Tetkikleri			3-Diğer (DIŞ LABORATUVAR)	
	4-RİA, İMX Tekniği ile Yapılan Hormon Tetkikleri		VII- Gastroenteroloji	1-Endoskopi Laboratuvarı	
	5-TDX Tekniği ile Yapılan İlaç Dozajı Tetkikleri			2-Pankreatiko-Bilier Sistemin Diagnostik ve Te	
	6-Diğer			3-Sonografi Laboratuvarı	
II-Bakteriyoloji	1-Spesifik-Nonspesifik Kültürler			4-Endosonografi Laboratuvarı	
	2-Serolojik Testler		5-GIS Motilite Laboratuvarı		
	3-Mikroskopik Tetkikler		6-Tubaj Laboratuvarı		
	4-Diğer		7-Diğer		
III-Hematoloji	1-Sitoloji Laboratuvarı Tesleri		VIII- Radyoloji	1-Direk ve İndirekt Grafiler(d.grafi+ivp+skopi)	
	2-Koagülasyon Tesleri			2-Ultrason Tetkikleri	
	3-Grupaj Testleri			3-Angiografik Tetkikler	
	4-Rutin Testler			4-Bilgisayarlı Tomografi Tetkikleri	
	5-Diğer			5-Magnetik Rezonans Görüntüleme Tetkikleri	
IV-İmmünoloji	1-Serolojik Testler			6-Endoskopik-Grafik Tetkikler	
	2-Flow Cytometry ile Yapılan Testler			7-Diğer (Girişimsel-KMD-Mamografi)	
	3-Sitokin, Adezyon Molekülleri (ELİSA Testleri)		IX- Patoloji	1-Otopsi	
	4-İmmunoglobulinler, Kompleman Testleri			2-Biyopsi	
	5-Doku Tiplendirilmesi			3-Ameliyat Materyali	
	6-Diğer			4-Batın, Plevra, Balgam, Smear, Aspirasyon Tet	
V-Kardiyoloji	1-EKG		5-Frozen-Sitoloji+Tahnit		
	2-EFOR Testi		X- Fizik Tedavi	1-Elektroterapi	
	3-EKO			2-Hidroterapi	
	4-Kroner Angiografi			3-Mekonoterapi	
	5-Katater+Basınc			4-Diğer (egzersiz)	
	6-Mitral Balon Valvuloplasti				
	7-Perkutan Transluminal Kroner Angioplasti				
	8-Geçici ve Kalıcı Kalp Pili				
	9-Elektro-Fizyolojik Çalışması				
DİĞER					

DÜZENLEYEN		ONAYLAYAN	
Adı:	Şerife UYSAL	Adı:	Adil TEMEL
Ünvanı:	Tıbbi Teknolog	Ünvanı:	Başhekim Yardımcısı
Tarih:		Tarih:	
İmza		İmza-Mühür	

Form 1.3: 057 laboratuvar çalışmaları formu

1.2.4. 058 Ağız ve Diş Sağlığı Çalışmaları

Bu form, diş sağlığı merkezine müracaat eden hastaların, çalışan personel ve kullanılan cihazların sayısal verilerinin bildiriminde kullanılan bir formdur.

Hastane Ağız ve Diş sağlığı hizmet biriminin çalışmaları ile ilgili bilgilerin form 058’ de belirtilmesinden, eksiksiz ve zamanında istatistik birimine gönderilmesinden diş hekimi sorumludur. Form 058 her 3 ayda bir istatistik birimine gönderilir. Üç aylık ve yıllık olarak 3 nüsha olarak hazırlanan form 058’in 2 nüshası Sağlık Müdürlüğüne gönderilir. Bir nüshası da istatistik biriminin arşivinde saklanır.

Form üç bölümden oluşmaktadır. Bunlar;

Çalışmalar; yapılan tedaviler, çekimler, cerrahi müdahaleler, röntgen sayılarının yazıldığı bölümdür.

Personel; çalışan personelin sayısı, unvanlarına göre yazıldığı bölümdür.

Cihazlar; kullanılan malzeme durumu (arızalı veya faal) ve sayısının yazıldığı bölümdür.

SAĞLIK BAKANLIĞI AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI ÇALIŞMA FORMU																																																																																																																																																																																	
Form No: 058	İl:		Düzenleyen Kurum/Kuruluş:																																																																																																																																																																														
Yıl/dönem:	İlçe:																																																																																																																																																																																
	İl Nüfusu:																																																																																																																																																																																
	İlçe Nüfusu:																																																																																																																																																																																
1. ÇALIŞMALAR:		II. Personel																																																																																																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">Dönem Toplamı</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Toplam Protokol Sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Cerrahi</td> <td>Çekilen Diş Sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Komplikasyonlu Diş Çekimi, Cerrahi Müdahale</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sevk edilen hasta sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Tedavi</td> <td>Yapılan Dolgu Sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kanal Dolgusu:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sevk edilen hasta sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Protéz</td> <td>Sabit</td> <td>Üye Sayısı</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Hareket</td> <td>Total</td> <td>Parça Sayısı</td> </tr> <tr> <td>Parsiyal</td> <td>Parça Sayısı</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dişin Tamir, Diş İlaresi, Besleme, Köprü Sökümü</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sevk edilen hasta sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Perikontoloji (Dişeti Hast.)</td> <td>Drenaj-Kürtaj Sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Operasyon (Flap, Gingivektomi v.b.) Sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sevk edilen hasta sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Ortodonti</td> <td>Tedavi edilen hasta sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sevk edilen hasta sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Periodontî</td> <td>Çekilen Diş Sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tedavi edilen Diş sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sevk edilen hasta sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Çekilen Röntgen</td> <td>Normal Diş Röntgeni</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Panoramik, Sefalometrik</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sevk edilen hasta sayısı:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sevk edilen Hastaların Genel Toplamı</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Dönem Toplamı		Toplam Protokol Sayısı:				Cerrahi	Çekilen Diş Sayısı:			Komplikasyonlu Diş Çekimi, Cerrahi Müdahale			Sevk edilen hasta sayısı:				Tedavi	Yapılan Dolgu Sayısı:			Kanal Dolgusu:			Sevk edilen hasta sayısı:				Protéz	Sabit	Üye Sayısı		Hareket	Total	Parça Sayısı	Parsiyal	Parça Sayısı	Dişin Tamir, Diş İlaresi, Besleme, Köprü Sökümü				Sevk edilen hasta sayısı:				Perikontoloji (Dişeti Hast.)	Drenaj-Kürtaj Sayısı:			Operasyon (Flap, Gingivektomi v.b.) Sayısı:			Sevk edilen hasta sayısı:				Ortodonti	Tedavi edilen hasta sayısı:			Sevk edilen hasta sayısı:			Periodontî	Çekilen Diş Sayısı:			Tedavi edilen Diş sayısı:			Sevk edilen hasta sayısı:			Çekilen Röntgen	Normal Diş Röntgeni			Panoramik, Sefalometrik			Sevk edilen hasta sayısı:			Sevk edilen Hastaların Genel Toplamı				<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Uzman Dişhekimi</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dişhekimi</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diş Protez Teknisyeni</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemşire</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cihaz Teknisyeni</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diğer</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Sayısı</th> <th rowspan="2">Toplam</th> </tr> <tr> <th>Faal</th> <th>Arızalı</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ünit</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fotöy</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aerator</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mobil aerator</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mikromotor</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Röntgen</td> <td>Diş röntgeni</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Panoramik, Sefalometrik</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sterilizator</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Davye(adet)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <tbody> <tr> <td colspan="2">Düzenleyen Dişhekimi</td> </tr> <tr> <td>Adı Soyadı</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Unvanı</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tarih</td> <td></td> </tr> <tr> <td>İmza</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <tbody> <tr> <td colspan="2">Onaylayan</td> </tr> <tr> <td>Adı Soyadı</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Unvanı</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tarih</td> <td></td> </tr> <tr> <td>İmza</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Uzman Dişhekimi				Dişhekimi				Diş Protez Teknisyeni				Hemşire				Cihaz Teknisyeni				Diğer					Sayısı		Toplam	Faal	Arızalı	Ünit				Fotöy				Aerator				Mobil aerator				Mikromotor				Röntgen	Diş röntgeni			Panoramik, Sefalometrik			Sterilizator				Davye(adet)				Düzenleyen Dişhekimi		Adı Soyadı		Unvanı		Tarih		İmza		Onaylayan		Adı Soyadı		Unvanı		Tarih		İmza	
		Dönem Toplamı																																																																																																																																																																															
Toplam Protokol Sayısı:																																																																																																																																																																																	
Cerrahi	Çekilen Diş Sayısı:																																																																																																																																																																																
	Komplikasyonlu Diş Çekimi, Cerrahi Müdahale																																																																																																																																																																																
Sevk edilen hasta sayısı:																																																																																																																																																																																	
Tedavi	Yapılan Dolgu Sayısı:																																																																																																																																																																																
	Kanal Dolgusu:																																																																																																																																																																																
Sevk edilen hasta sayısı:																																																																																																																																																																																	
Protéz	Sabit	Üye Sayısı																																																																																																																																																																															
	Hareket	Total	Parça Sayısı																																																																																																																																																																														
		Parsiyal	Parça Sayısı																																																																																																																																																																														
	Dişin Tamir, Diş İlaresi, Besleme, Köprü Sökümü																																																																																																																																																																																
Sevk edilen hasta sayısı:																																																																																																																																																																																	
Perikontoloji (Dişeti Hast.)	Drenaj-Kürtaj Sayısı:																																																																																																																																																																																
	Operasyon (Flap, Gingivektomi v.b.) Sayısı:																																																																																																																																																																																
Sevk edilen hasta sayısı:																																																																																																																																																																																	
Ortodonti	Tedavi edilen hasta sayısı:																																																																																																																																																																																
	Sevk edilen hasta sayısı:																																																																																																																																																																																
Periodontî	Çekilen Diş Sayısı:																																																																																																																																																																																
	Tedavi edilen Diş sayısı:																																																																																																																																																																																
	Sevk edilen hasta sayısı:																																																																																																																																																																																
Çekilen Röntgen	Normal Diş Röntgeni																																																																																																																																																																																
	Panoramik, Sefalometrik																																																																																																																																																																																
	Sevk edilen hasta sayısı:																																																																																																																																																																																
Sevk edilen Hastaların Genel Toplamı																																																																																																																																																																																	
Uzman Dişhekimi																																																																																																																																																																																	
Dişhekimi																																																																																																																																																																																	
Diş Protez Teknisyeni																																																																																																																																																																																	
Hemşire																																																																																																																																																																																	
Cihaz Teknisyeni																																																																																																																																																																																	
Diğer																																																																																																																																																																																	
	Sayısı		Toplam																																																																																																																																																																														
	Faal	Arızalı																																																																																																																																																																															
Ünit																																																																																																																																																																																	
Fotöy																																																																																																																																																																																	
Aerator																																																																																																																																																																																	
Mobil aerator																																																																																																																																																																																	
Mikromotor																																																																																																																																																																																	
Röntgen	Diş röntgeni																																																																																																																																																																																
	Panoramik, Sefalometrik																																																																																																																																																																																
Sterilizator																																																																																																																																																																																	
Davye(adet)																																																																																																																																																																																	
Düzenleyen Dişhekimi																																																																																																																																																																																	
Adı Soyadı																																																																																																																																																																																	
Unvanı																																																																																																																																																																																	
Tarih																																																																																																																																																																																	
İmza																																																																																																																																																																																	
Onaylayan																																																																																																																																																																																	
Adı Soyadı																																																																																																																																																																																	
Unvanı																																																																																																																																																																																	
Tarih																																																																																																																																																																																	
İmza																																																																																																																																																																																	

Form 1.4: 058 ağız ve diş sağlığı çalışmaları form örneği

1.2.5. 113 Aylık Kan Çalışmaları Formu

113 Aylık kan çalışmaları formu; hastanelerin kan merkezinde yapılan çalışmaların bildirildiği formdur.

Form 113' ün hastane kan merkezinde sorumlu kişi tarafından eksiksiz, doğru ve zamanında doldurulması ve her ay sonunda istatistik birimine ulaştırılması sağlanır.

Kan merkezinden gelen Form 113'ler aylık, üç aylık ve yıllık olarak 3 nüsha hazırlanır, 2 nüshası sağlık müdürlüğüne gönderilir. Bir örneği istatistik biriminin arşivinde saklanır.

Ayrıca klinik sekreterleri tarafından kliniklerde kullanılan kan ve kan ürünlerinin aylık olarak istatistik birimine bildirilmesi sağlanır.

Bu form içerisinde kan ve kan ürünleri, ay içinde temin edilen kan ve kan ürünleri, ay içinde tüketilen kan ve kan ürünleri, yapılan testler ve kanın gruplara göre dağılımı bulunur.

TC
SAĞLIK BAKANLIĞI
Form No:113

AYLIK KAN ÇALIŞMALARI FORMU

İL: _____ İLÇE: _____ YIL: _____
AY: _____

SAĞLIK KURUMU: _____

1-KAN TEMİN ve TÜKETİM DURUMU: *Ünite olarak temin edildiği kurumla ilgili sütuna kaydediniz.

KAN VE KAN ÜRÜNLERİ	GEÇEN AYDAN DEVİR	KAM MERKEZİNİZDEN	KIZILAY KAN MERKEZLERİNDEN	DİĞER KAN MERKEZLERİNDEN	AY İÇİNDE TÜKETİLEN KAN VE KAN ÜRÜNLERİ		BAŞKA KURUMA VERİLEN	GELECEK AYA DEVİR
					KULLANILAN	İMHA EDİLEN		
Tam Kan								
Entosol Süspansiyonu (ES)								
Yıkamış ES								
Dondurulmuş ES								
SAGÖB ES								
Taze Donmuş Plazma								
Tek Donör Plazma								
Trombosit Süspansiyonu								
Alevez Trombosit Süspansiyonu								
Granülosit Süspansiyonu								
Konyopresipitat								

2-YAPILAN TESTLER: **Donör, alıcı ve poliklinik çalışmalarına ait tüm testleri kaydediniz.

3-KANIN GRUPLARINA DAĞILIMI 4-DONÖR DAĞILIMI

TESTLER	YONTEN	SAYI	TESTLER	YONTEN	SAYI	GRUP	Rh(+)	Rh(+)	DONÖR SAYI
HbsAg			ABO Tayini			A			Bağış
Anti-HIV 1/2			Rh Tayini			B			Para ile
Anti-HIV 1			Reverse Gruplama			AB			Hasta Yakını
Anti-HCV			Rh Subgruplar			O			
Anti-CMV			Diğer Gruplar						
Anti-HBC			Antikor Tarama						
VDR/RRP			Antikor Tanımlama						
ALT			Antikor Titrasi						
Plazmodium			Direkt Coombs						
Tam Kan Sayımı			Crossmatch						

DÜZENLEYEN

ONAYLAYAN

Form 1.5: 113 aylık kan çalışmaları form örneği

1.2.6. Frengi Bildirge Fişii

Frengi teşhisi konmuş hastalar için Form 014 ile birlikte doldurulur. Özel formlarıyla günlük olarak Sağlık Müdürlüğü bulaşıcı hastalıklar birimine bildirim yapılır.

Formda hastanın kimlik bilgileri, kişisel bilgileri, hasta yakınlarının durumu, klinik ve serolojik muayene sonuçları yer alır.

FRENGİ BİLDİRGE FİŞİ			
Hastanın:			
<u>KİMLİĞİ</u>	<u>Nüfusa Kayıtlı Olduğu Yer</u>		
:			
Adı ve Soyadı :	İli :		
Baba Adı :	İlçesi :		
Ana Adı :	Köy-Mah. :		
Doğum Tarihi :	Hane: Sahife: Cilt:		
	Nüf.Cüz. No :		
	T.C. Kim.No :		
<hr/>			
<u>İkamet Adresi ve Telefonu:</u>			
<hr/>			
<u>Kişisel Bilgiler</u>			
Cinsiyeti:	Medeni Hali:	<u>Filyasyon:</u>	
<u>Eşi veya beraber yaşadığı kişiler:</u>			
<hr/>			
<u>Hastanın Yakınlarının Durumu</u>			
<u>Adı ve Soyadı</u>	<u>Doğum Tarihi</u>	<u>Akrabalık Derecesi</u>	<u>Serisi ve Klinik Durumu</u>
<hr/>			
Hastalığı hakkındaki bilgiler :			
Teşhis ve ihbarı yapan yer :			
Klinik muayene sonucu :			
<u>Serolojik muayene sonucu</u> :			
TEŞHİS :			

Form 1.6: Frengi bildirge fişii

1.2.8. Doğum Servisinden Gelen Bilgi Formu

Bu form doğum kliniğinde doldurulur ve İstatistik şubesine gönderilir. Hastane doğumlarını değerlendirme formu doldurulurken buradaki bilgilerden yararlanır.

Doğumların şekli ve sayıları, doğan bebekle ilgili bilgiler yer alır.

ANKARA NUMUNE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE,	
Ay/Yıl	:
Toplam Doğum Sayısı	:
Normal Doğumlar	:
Müdahaleli Doğumlar	:
Epizyotomi	:
Vakum	:
Forseps	:
Sezaryen	:
Toplam Bebek Sayısı	:
Kız	:
Erkek	:
Doğumda Bebek Kaybı	:
Doğum Sonrası Bebek Kaybı	:
Ölü Bebek Sayısı ile Yatanlar	:
Bilgilerine arz olunur. Saygılarımla	

Form 1.8: Doğum servisinden gelen bilgi formu örneği

1.2.9. Hastane Doğumlarını Değerlendirme Formu

Bu form; doğum servisinden gelen bilgi formundan yararlanılarak doldurulur. Normal doğum ile sezaryen doğumların karşılaştırılması için kullanılır. Aylık olarak sağlık müdürlüğüne bildirim yapılır.

Form içinde şu bilgiler yer alır: Kadın doğum uzman sayısı, toplam doğum sayısı, normal doğum sayısı, sezaryen doğum sayısı, sezaryen dışındaki müdahaleli doğum sayısı.

HASTANE DOĞUMLARINI DEĞERLENDİRME FORMU					
İLİ :	AIT OLDUĞU AY: 20.....				
KURULUŞUN ADI :	AIT OLDUĞUYIL : 20.....				
KADIN-DOĞUM UZMAN SAYISI	AYLIK TOPLAM DOĞUM SAYISI	DOĞUM ŞEKLİ			
		AYLIK NORMAL DOĞUM SAYISI	AYLIK SEZARYAN DOĞUM SAYISI	AYLIK NORMAL SEZARYAN DIŞINDAKİ MÜDAHALELİ DOĞUM (VAKUM, FORSEPS) SAYISI	
Primer Sezaryen Sayısı					
Mükerrer Sezaryen Sayısı					
SEZARYAN NEDENLERİ	SAYI	SEZARYAN NEDENLERİ	SAYI	SEZARYAN NEDENLERİ	SAYI
1. Geçirilmiş Uterin Cerrahi (sezaryen ve diğer)		5. Plazenta Anomalleri (Makat, transvers, alin, yüz vb.)		9. İri Bebek	
2. Uzunmuş Eylem		6. Kordon Sarkması		10. Plazenta Anomalleri (Pl Dekolmanı, Pl Previs dahil)	
3. Baş Pelvis Uyumsuzluğu		7. Gebeliğin Hıptertansif Hastalıkları (Preeklamps, Eklamps, Gebelik+HT)		11. Anne İsteği	
4. Fetal sıkıntı		8. Çoğul Gebelik		12. Diğer	
FORMU DOLDURAN			BAŞHEKİM ONAY		
ADI :			ADI :		
SOYADI :			SOYADI :		
TARİH :			TARİH :		
İMZA :			İMZA :		

Form 1.9: Hastane doğumlarını değerlendirme formu örneği

1.2.10. İl Ruh Sağlığı Hizmetleri Formu

İl hastaneleri tarafından doldurulur ve altı ayda bir Sağlık Müdürlüğüne psikiyatri bölümü ile ilgili bilgi gönderilmesi için kullanılır.

İL RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ							
KURUM TÜRÜ	HASTANE ADI	TOPLAM İŞLEVSEL YATAK SAYISI	PSIKİYATRİ YATAK SAYISI	NÖROLOJİ YATAK SAYISI	PSIKİYATRİST SAYISI	NÖROLOG SAYISI	SOSYAL ÇAL. SAYISI

Form 1.10: İl ruh sağlığı hizmetleri formu örneği

1.2.11. RS 20 Ruh Hastalıkları Hastanesinden Çıkışta Kullanılacak Bilgi Formu

Hastanın, hastaneden taburcu olması aşamasında veya ayaktan tedavi olanların hastaneden ayrılışı sırasında Ruh Hastalıkları Hastanesi tarafından doldurulur. Başhekimin imzası ile hastanın ikamet ettiği sağlık müdürlüğüne gönderilir. Hastaların evlerinde takip edilebilmeleri için sağlık müdürlüğü bu formları, ilgili sağlık ocağına gönderir.

**RS 20 RUH VE SINIR HASTALIKLARI HASTANESINDEN ÇIKIŞTA KULLANILACAK
BILGI FORMU**

**T.C.
SAGLIK BAKANLIGI
..... RUH VE SINIR HASTALIKLARI HASTANESI**

Sayı :
Konu :

Tarih : .../.../200

**.....VALILIGI
..... IL SAGLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

Asagida kimligi yazili hastanin Devlet Hastanesi / Saglik
Ocagi'nda ayaktan takip ve tedavisi için gereğini bilgilerinize arz ederim.

Bashekim

Asagida hakkında bilgi verilen hasta;

Hastanemize tarih sayili yazi ile sevk edilmiştir.

Hastanemize tarihinde sevsiz gelmiştir.

Hastanemize protokol ile .../.../..... tarihinde yatisi yapılmis.

Hastanemizden protokol ile .../.../..... tarihinde taburcu olmuştur.

Hastanemizden .../.../..... tarihinde izinsiz olarak ayrılmıştır.

HASTANIN:

Adi-Soyadi : Baba Adı :

Dogum Yeri / Tarihi : Eğitim Durumu :

Cinsiyeti : Sosyal Güvence :

T.C. Kimlik No : Telefon No :

Adres :

HASTA HAKKINDA BILGI

Tanisi : Tani Kodu :

Çikis Nedeni :

Düşünceler :

ÖNERILEN TEDAVI

Uz Dr :

ILAÇ ISMI	KULLANIM SEKLI	SÜRESI	KONTROL TARİHI
.....

Form 1.11: RS 20 ruh hastalıkları hastanesinden çıkışta kullanılacak bilgi formu

1.2.12. RS 50 Ruh Hastalıkları Hastanesinden Sağlık Bakanlığına Gönderilen Bilgi Formu

Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri tarafından Sağlık Bakanlığına gönderilen bu formda; tanı kodu, cinsiyet, yaş grupları, eğitim durumu ve tedavi süreleri yer alır.

Bu formda, bölge hastanelerinden gelenler ve RS 20 ile kendi bölgelerine gönderilen hastalar yer alır.

Tanı Kodu	Cinsiyet	HASTALARIN GELDİKLERİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ												
	 AYINDA RS 10 İLE HASTANEMİZE GÖNDERİLEN HASTALAR												
		Yaş Grupları					Eğitim Durumu					Tedavi Süresi		
15-24	25-34	35-49	50-64	65+	Okuryazar değil	Okur yazar	İlköğretim	Lise	Üniversite	1-3 ay	3-6 ay	6-12 ay		
	E													
	K													
	E													
	K													
	E													
	K													
	E													
	K													
	E													
	K													
	E													
	K													
	E													
	K													
	E													
	K													
Toplam														
HASTALARIN GÖNDERİLDİKLERİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ														
..... AYINDA RS 20 İLE KENDİ İLİNDE GÖNDERİLEN HASTALAR														
	E													
	K													
	E													
	K													
	E													

Form 1.12: RS 50 ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinden sağlık bakanlığına gönderilen bilgi formu

1.2.13. İntihar Girişimleri Kayıt Formu

Bu form intihar girişimi sonucunda acil kliniğine başvuran hastalar için Sosyal Hizmet Uzmanı tarafından doldurulur. Form doldurulurken gizliliğe önem verilir. Acil servisten gelen bilgilerden yararlanılarak aylık olarak dökümü yapılır.

Form içinde şu bilgiler yer alır;

- Kimlik bilgileri,
- Kişisel bilgiler,
- İntihar şekli,
- İntihar nedeni,
- Daha önceki intihar girişimleri,
- Daha önceki psikiyatrik tanısı,
- Son altı ay içinde psikiyatrik tedavi veya takip yapıp yapılmadığı,
- Uygulanan tıbbi tedavi şekli,
- Psikiyatrik konsültasyon yapıp yapılmadığı.

..... İLİ
..... HASTANESİ
ACİL SERVİS ÜNİTESİ İNTİHAR GİRİŞİMLERİ KAYIT FORMU

1- Adı Soyadı:..... 2- Protokol No:.....
3- Cinsiyet: Kadın () Erkek () 4-Tarih:.....
5- İntihar Girişimi Saati:..... 6- Acile Geliş Saati:.....
7- Adres-Telefon (hastanın):.....

Adres-Telefon (yakınının):.....

8- Yaş: 15-24 () 25-34 () 35-49 () 50-64 () 65+ ()
9- Medeni Durum: Evli () Bekar () Dul () Boşanmış () Nişanlı () Ayrı Yaşıyor ()

10- Eğitim Durumu:
Okur-yazar değil () İlköğretim (İlkokul-Ortaokul) () Üniversite ()
Okur-yazar () Lise () Bilinmiyor ()
11- İş Durumu: Çalışıyor () Çalışmıyor () Ev Hanımı () Öğrenci () Bilinmiyor ()
12- Meslek:

13- İntihar Şekli:
İlaç-Toksik Madde () Kendini Asarak () Suya Atlama () Tüp Gaz, Doğalgaz ()
Kesici Aletle () Ateşli Silahla () Yakma () Araç Altına Atlama ()
Yüksekten Atlama () Diğer () Bilinmiyor ()

14- İntihar Nedeni:
Aile () Aile İçi Şiddet () Çocuklar () Ebeveyn Çatışmaları () Ölüm/Kayıp () Yalnızlık ()
Taciz () İletişim Sorunları () Tecavüz () Karşı Cinsle Sorunlar () Cinsel Sorunlar () Okul ()
İş () Evsiz Kalma () Ekonomik () Gelişim Dönemi Sorunları () Sınav Kaygısı ()
Alkol ve Madde Bağımlılığı () Evlilik () Hastalık () Süreğen Hastalık () Ruhsal Hastalık ()

15- Daha Önceki İntihar Girişimleri:
Kendisinde: Var () Yok ().....*(Var ise sayı belirtilecek)
Ailesinde : Var () Yok ()

16- Daha Önceki Psikiyatrik Tanı:
Kendisinde: Var () Yok ().....*(Var ise tanı belirtilecek)
Ailesinde : Var () Yok ().....*(Var ise tanı belirtilecek)

17- Son altı ay içinde psikiyatrik tedavi veya takip yapılmış mı:
Evet () ise tedavi şekli :.....
Hayır ()

18- Uygulanan Tıbbi Tedavi Şekli :
İlaç Tedavisi: Evet () Hayır ()
Diğer :

19- Psikiyatrik Konsültasyon Yapıldı mı?
Evet () Hayır ()

Medikal tedavi tamamlandıktan sonra hasta intihar girişimlerinden sorumlu acil çalışanına yönlendirilecektir.

Formu Dolduran:

Adı – Soyadı:

Ünvanı:

İmza:

* Kriz Odası Sorumlusu:

Adı – Soyadı:

Ünvanı

İmza:

NOT: 1- Bu form doldurulurken gizlilik esaslarına uygun hareket ediniz.

2- (*) Burayı, “Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı” kapsamında pilot olarak belirlenen illerin pilot hastaneleri dışındaki hastanelerde “acil servis sorumlu hekimi” imzalayacaktır.

Form 1.13: İntihar girişimleri kayıt formu

1.2.14. Kalıtsal Kan Hastalıkları Bildirim Formu

Hemoglobinopatilerin takibi, kontrolü ve önlenmesine dair veri tabanı oluşturulmasına esas olmak üzere, her basamakta hasta ve taşıyıcıların tespitine ve yapılan faaliyetlere yönelik kayıt sistemi kurulması ve bildirim zorunludur.

Tüm basamaklardaki kayıtlar Bilim Kurulu tarafından oluşturulan form ile aylık olarak müdürlüklere ve müdürlükler tarafından 3 aylık olarak Bakanlığa bildirilir.

Bakanlık Bilgi İşlem Merkezinde, merkezi kayıt sistemiyle veriler toplanır. Veri tabanı oluşturmak için tanı konulan tüm hastaların ve taşıyıcıların izlenmesi sağlanır. Veriler Bilim Kurulu tarafından değerlendirilir.

Formun üst kısmında bulunan bölüme;

İl Adı: Formu gönderen ilin adı

İldeki toplam evlilik sayısı: İlde kıyılan toplam nikah sayısı (ilçeler de toplama dâhil edilir)

Evlilik öncesi tarama sayısı: Evlilik öncesi tarama yapılan kişi sayısı

Taranan çift sayısı: Evlilik öncesi her ikisi de taranan çift sayısı

Taranan tek sayısı: Evlilik öncesi çiftlerden yalnızca biri taranan kişi sayısı

Bu dönemde tespit edilen her ikisi de taşıyıcı çift sayısı: Evlilik öncesi taramada her ikisi de taşıyıcı olarak tespit edilen çift sayısı

Evlilik öncesi tarama şekli (çift-tek) : Evlilik öncesi tarama çiftlerden yalnızca birine uygulanıyorsa “TEK” , her ikisine de uygulanıyorsa “ÇİFT” yazılır.

Toplam tarama sayısı: Evlilik öncesi tarama, okul taraması ve diğer taramaların uygulandığı toplam kişi sayısı yazılır.

Formun alt kısmında bulunan bölüme;

Baba adı: Taşıyıcı ya da hastanın baba adı büyük harfle yazılır.

Adı soyadı: Taşıyıcı ya da hastanın adı ve soyadı büyük harfle yazılır.

Cins: Taşıyıcı ya da hastanın doğum tarihini gün, ay, yıl olarak (07.09.1977 şeklinde) yazılır.

Doğum yeri: Taşıyıcı ya da hastanın doğduğu il adı büyük harflerle yazılır.

Tanı: A – Orak Hücreli Anemi: Hasta için A’ nın altındaki H sütununa, taşıyıcı için A’ nın altındaki T sütununa büyük harfle X işareti konur.

B-Talasemi:Talasemi majör hasta için **B'** deki **H'** nin altında **M** sütununa ,intermedia için **B** sütunundaki **H'** nin altında **I** sütununa, Talesemi taşıyıcı için ise; **B'** nin altındaki **T** sütununa büyük harfle **X** işareti konur.

C- Diğer: Orak Hücreli Anemi ve Talasemi dışındaki diğer hastalar için, **C'** nin altındaki **H** sütununa, taşıyıcı için ise, **C'** nin altındaki **T** sütununa büyük harfle **X** işareti konur.

Bu kodlamanın dışında her hangi bir kodlama yapılmaz. Kodlamanın yapıldığı alan hiçbir surette değiştirilmez, renklendirilmez, formüle edilmez.

Sosyal güvence: Tespit edilen vakanın bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumunun adı yazılır.

Taramanın içeriği: Bu bölümde vakanın hangi tarama sonucu tespit edildiği işaretlenir. Eğer vaka, evlilik öncesi taramada tespit edildi ise **E**, okul taramasında tespit edildi ise **F**, bunların dışında herhangi bir alanda tespit edilip bildirim yapıldı ise **G**, sütununa büyük harf ile **X** işareti konulur.

Bu kodlamanın dışında herhangi bir kodlama yapılamaz. Kodlamanın yapıldığı alan hiçbir surette değiştirilmez, formüle edilmez.

Açıklama: Tespit edilen vaka ile ilgili önemli bir açıklama var ise bu bölüme o açıklama yazılır. Bu alana vakanın telefon numarası, vakayı bildiren hastanenin, doktorun adı v.b. yazılmaz. (Hasta diğer sütununa kaydı yapılan hastanın bu hastalığı yazılabilir.)

KALITSAL KAN HASTALIKLARI BILDIRIM FORMU																	
İL ADI :																	
İLDEKİ TOPLAM EVLİLİK SAYISI :																	
EVLİLİK ÖNCESİ TARAMA SAYISI :																	
EVLİLİK ÖNCESİ TARAMA ŞEKLİ (ÇİFT - TEK) :																	
TARANAN ÇİFT SAYISI :																	
TARANAN TEK SAYISI :																	
BU DÖNEMDE TESPİT EDİLEN HER KİŞİDE TAŞIYICI ÇİFT SAYISI :																	
TOPLAM TARAMA SAYISI :																	
DÖNEMİ: 2008/.....																	
NO	BABA ADI	ADI-SOYADI	CİNS	DOĞUM TARİHİ	DOĞUM YERİ	TANI *						SOSYAL GÜVENCE	TARAMANIN İÇERİĞİ **			AÇIKLAMA	
						A	B	C	H	T	M		E	F	G		
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
*A=Orak Hücreli Anemi B=Talasemi C=Diğer H=Hasta T=Taşyıcı M=Majör I=Intermedia **E = Evlilik Öncesi F = Okul taraması G = Diğer																	
FORMU DOLDURAN																	
Adı Soyad																	
Ünvanı																	
İmza																	
ONAYLAYAN																	
Adı Soyadı																	
Ünvanı																	
İmza																	

Form 1.14. Kalıtsal kan hastalıkları bildirim formu örneği

1.2.15. Kanser Kayıt Bilgi Formu

Hastanede, yeni kanser tanısı konmuş her vaka için Kanser Kayıt Bilgi formunun doldurulması ve ihbarı zorunludur.

Doğru ve tam bilgiye ulaşmak ve eski vakaların tekrar bildirimini önlemek için kanser tanısı konmuş her hasta dosyası istatistik biriminde ayrı ayrı dikkatle incelenerek hastanın kimlik bilgileri, adresi, hastalığı ile ilgili tüm bilgileri, soy geçmişı vb. bilgiler ilgili formda belirtilen yere yazılır, onaylanır.

Bu form, kanser kayıt birimi tarafından doldurulur, aylık olarak bildirilir. Bildirimler kişisel bilgi içermelerinden dolayı kapalı zarfta posta yoluyla yapılır. Ayrıca elektronik ortamda da bildirim yapılır.

Form şu bilgilerden oluşur;

- Hastanın Kimlik Bilgileri,
- Tanı Aşamaları, (Hastada saptanan bulgular yazılır)
- Tanı Yöntemi, (Tanı koymada kullanılan yöntemler)
- Tanı Tarihi,
- Tedavi alanları bulunur.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KANSERLE SAVAŞ DAİRESİ BAŞKANLIĞI



Hastane Adı :

Kodu :

Birimi :

MKKN :

T.C. Kimlik No :

Soyadı, Adı :

Baba Adı :

Doğum Yeri :

Cinsiyeti :

Sürekli Oturduğu Adres :

Tel :

Yaşı :

Doğum Tarihi :

Sosyal Güvenlik No :

Sürekli Oturduğu Adres :

Tel :

TANI AŞAMALARI :

Fizik Bakı :

Haast. Kayıt No :

Klinik Prot. No :

Giriş Tarihi :

Çıkış Tarihi :

Radyoloji bulguları :

Endoskopi bulguları :

Cerrahi girişim bulguları :

Patoloji / Sitoloji :

Laboratuvar bulguları :

Tümör Marker :

Kayıt Elemanı :

Kod :

Kayıt Tarihi :

TANI YÖNTEMI

Mikroskopik

00 Mikros, BBT

01 Hist. primer

02 Hist. metas.

04 Sito / Hemato

Mikroskopik olmayan

05 Spesit Tm Mark.

06 Kink. Araşt.*

07 Kink. Muayene

08 Ölüm Bildirimi

09 Bilinmiyor

* Rady. US, BT, Endoskopik

Yönt. Tanısal Cer. vb.

SEER Özet Evre

00 İn Sütü

01 Lokalize

02 Bölğ. Doğ. Yay

03 Bölğ. LN

04 Bölğ. 3+4

05 Bölğ. BBT

07 Uzak

09 Bilinmiyor

Özetlenmiş TNM

T N M

0 İn Sütü

1 Lokalize Tm.

2 Lokal Yayl. Tm.

3 Bölğ. Yayl. Tm.

4 İlerlemiş Kanser

Metastatik

Non-rezekt.

Bilinmiyor

TANI TARİHİ :

Topografi :

C :

Histoloji :

M :

Lateralle

1 Sağ

2 Sol

3 Her ikisi

4 Gereksiz

9 Bilinmiyor

Çoğul Primer

Evet

Hayır

Tümör Sıra No :

TEDAVİ

1 Yapıldı

2 Sempt. Tdv

3 Yapılmadı

9 Bilinmiyor

İlk tedavi tarihi :

Cerrahi

Radyotr.

Kemotrp.

Hormontrp.

İmmunotr.

Diğer tedavi :

(Kod : Yapıldı "1", yapılmadı "2", önerildi "3",

peyvahtı "4")

Durumu Yaşiyor Vefat :

Son İzlem Tarihi :

İlk Tanı Yeri :

İzleyen Doktoru :

1.2.16. Organ Nakli Formları

Form Organ Nakli merkezleri tarafından her ay 3 nüsha olarak hazırlanıp ayın ilk haftası içinde Sağlık Müdürlüğüne gönderilir. Sağlık Müdürlükleri ilde bulunan bütün organ nakli merkezlerinden gelen formları değerlendirip dökümünü yaparak Sağlık Bakanlığı'na gönderir.

Organ nakli formunun bölümleri aşağıdaki gibidir;

- Organ nakli yapılanlar

Formun ait olduğu ay içinde yapılan organ nakilleri, nakli yapılan organa, cinsiyete ve yaş grubuna göre sınıflanarak kaydedilir.

- Organ nakli bekleyenler

Organ nakli yapılmak üzere bekleyen hastaların sayısı, nakli için bekledikleri organ türüne, cinsiyete ve yaş grubuna göre sınıflanarak kaydedilir.

- Verici kaynağı

Formun ait olduğu ay içinde yapılan organ nakilleri için bulunan organların temin edildikleri kaynaklara göre sınıflaması yapılarak kaydedilir. Bu bölümdeki sütun toplamları "Organ Nakli Yapılanlar" bölümündeki ilgili sütun toplamları ile eşit olmalıdır. Canlı vericiden alınan organ nakillerinde vericinin alıcıya olan akrabalık derecesi de belirtilir.

- Nakil öncesi bekleme, nakil reddi ve ölenlerin zaman gruplarına göre dağılımı

Bu tabloda formun ait olduğu ay içinde, organ nakli yapılan hastaların, nakilden önce bekleme sürelerine göre sınıflaması; organ reddi (rejeksiyon) varsa, nakilden sonra hangi dönem içinde olduğu, ölenler varsa, nakilden sonra hangi dönemde öldüğü belirtilir.

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Form No: _____

ORGAN NAKLİ BİLDİRİM FORMU

İL: _____ İLÇE: _____ KURUM: _____

YIL : _____
AY : _____

Yaş Grupları	1-ORGAN NAKLİ YAPILANLAR										1-ORGAN NAKLİ BEKLEYENLER													
	Böbrek	Karaciğer	Kalp	Akciğer	Kalp-Ac	Pankreas	Kornea	Homograft	Böbrek	Karaciğer	Kalp	Akciğer	Kalp-Ac	Pankreas	Kornea	Homograft								
0-4																								
(5-14)																								
(15-24)																								
(25-34)																								
(35-44)																								
(45-54)																								
(55-64)																								
(65+)																								
Toplam																								
3-VERİCİ KAYNAĞI																								
1 Derece																								
2 Derece																								
Diğer																								
Toplam																								
ONKOS dan																								
Onkos dışı																								
Toplam																								
4-NAKİL ÖNCESİ BEKLEME NAKİL REDDİ VE ÖLEMLERİN ZAMAN GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI																								
0-1 Yıl					1-3 Yıl					2-5 Yıl					5-10 Yıl					10+ Yıl				
Nakil Öncesi Bekleme Süresi																								
Nakil Reddi																								
Nakilden Sonra Ölemler																								
DÜZENLEYEN																								
Adı Soyadı: _____																								
Unvanı: _____																								
Tarih: _____																								
İmza: _____																								
ONAYLAYAN																								
Adı Soyadı: _____																								
Unvanı: _____																								
Tarih: _____																								
İmza: _____																								

Form 1.16: Organ nakli bildirim formu

1.2.17. Ölüm İstatistik Formu

Ölümü gerçekleşmiş kişiler için morg tarafından günlük olarak doldurulur. Buna göre aylık ölüm listesi hazırlanır. Formda ölüm yeri, ölene ait kişisel bilgiler, ölümün meydana geldiği ay, ölüm sebebi, ölüm sebebini tespit eden kurum yazılır.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ	
ÖLÜM BİLDİRİM FORMU	
OLEN ŞAHSIN	
T.C NO:	
Uyruğu	
BAGLI OLDUGU AİLE HEKİMİ	
Adı ve SOYADI	
Baba Adı	
Doğum Tarihi (Gün,ay,yıl)	
Nüfusa kayıtlı olduğu İlçe	
Cilt No	
Aile Sıra No	
Birey Sıra No	
Cinsiyet Erkek/Kadın	
Öğrenim Durumu (Bitirilen)	
Meslek	
Daimi İkametgah	İl: İlçe: Belde/Köy: Yurtdışı:
Ölüm Nedeni	
Ölüm Tarihi	
Ölüm Yeri Ev/Hastane/İşyeri/Ambulans/Diğer Taşıt/Diğer	
Ölümü Tespit eden Hekim	
Adı	
Soyadı	
Gömülmesine İzin Veren Makam	
Baştabip	
* Kurumlar bu formu Ölüm Belgesi ile beraber gönderilecektir. ** Kuruluşlar ise sadece bölge dışı ölümlerde bu formu gönderecektir. *** Olen 0-7 günlük bebek ise Anne TC No'su yazılacaktır. ****Kişinin Aile Hekimi sorgulaması Müdürlük Web sitesinden veya Bakanlık Web sitesinden sorgulanacak ve doldurulacaktır.	

Form 1.17: Ölüm istatistik formu

1.2.18. D-86-A Vakalar İçin Kişisel Bilgi Formu

Bu form, HİV doğrulama testinin pozitif olduğu durumlarda kullanılan bir formdur.

Form içersinde hastaya ait kişisel bilgiler, klinik ve laboratuvar bulguları, bulaşma yoluna ait bilgiler yer alır.

Form, en kısa sürede gizlilik şartlarına uyularak, Sağlık Bakanlığı'na gönderilmek üzere Sağlık Müdürlüğüne gönderilir.

D-86-A VAKALAR İÇİN KİŞİSEL BİLGİ FORMU

İli:.....

1) KİŞİNİN

KODU:(Adı, soyadı ve baba adının ilk iki harfi, doğum yılı son iki rakamı)

DOĞUM TARİHİ: / / CİNSİYETİ: E () K ()

UYRUĞU: MESLEĞİ :

SÜREKLİ YAŞADIĞI ADRES : (il ve ilçe olarak).....

BAĞLI OLDUĞU SAĞLIK SİGORTASI:

2) LABORATUVAR BULGULARI :

1)HIV TESTİ: İlk pozitif test tarihi: / /20

2)DOĞRULAMA TESTİ: Tarih: / /20 Kurum adı:

3)CD4+ HÜCRE SAYIMI:

4)VİRAL YÜK:

3) TEŞHİSİN KONULDUĞU TARİH: / /20

4) KLİNİK BULGULAR :

Aşağıdaki endikatör hastalıklardan hangileri var ise işaretleyiniz

() PNÖMOSİTİS KARİNİ PNÖMONİSİ

() BEYİN TOKSOPLAZMOZİSİ

() ÖZOFAGUS KANDİDİYAZİSİ

() TRAKEA, BRONŞ VEYA AKCİĞER KANDİDİYAZİSİ

() KRİPTOSPORİDİOZİS

() SİTOMEGALOVİRUS HASTALIĞI

() HERPES SİMPEKS VİRÜS ENFEKSİYONU

() EKSTRAPULMONER KRİPTOKOKKOZİS

() EKSTRAPULMONER TÜBERKÜLOZ

() TÜBERKÜLOZ DIŞI DİĞER MYCOBAKTERİAL HASTALIKLAR

AVIUM () KANSASII () XENOPI () NON-İDENTİFİYE ()

() PULMONER TÜBERKÜLOZ

() REKÜRAN PNÖMONİ

() İNVAZİV SERVİKAL KARSİNOM

() REKÜRAN SALMONELLA SEPTİSEMİSİ (NON-TİFOİD)

() PROGRESİV MULTİFOKAL LÖKOEN-SEFOLAPATİ

() İZOSPORİAZİS

() HİSTOPLAZMOZİS

() KOKSİDİODOMİKOZİS

() KAPOSI SARKOMU

() LENFOMA

PRİMER SEREBRAL () NON-HODGKİN ()

() HIV ENSEFALOPATİSİ

() HIV TÜKENMİŞLİK SENDROMU

5) BULAŞMA YOLU :

() HOMOSEKSÜEL/BİSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ

() HETEROSEKSÜEL CİNSEL İLİŞKİ

PARTNER BİLGİLERİ:Sürekli eşi () Geçici eşi () Fuhuş çalışanı ()

() İV MADDE BAĞIMLISI

() ENFEKTE KAN TRANSFÜZYONU (Hemofilikler hariç)

Kanın alındığı kurum: Transfüzyon tarihi: / /20 Donörün kodu

() HEMOFİLİ HASTASI

() ANNEDEN BEBEĞE GEÇİŞ: Annenin kodu:

() NOZOKOMİAL GEÇİŞ (Bulaştırıcılığı kanıtlanmış dış çekimi, tıbbi girişimler v.b.)

() BİLİNMIYOR

BİLDİRİMİ YAPAN SAĞLIK KURUMU :

BİLDİRİM YAPAN DOKTORUN ADI SOYADI :

BİLDİRİM TARİHİ :

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI :

Form 1.18: Vakalar İçin Kişisel Bilgi Formu

1.2.19. Yeni Doğan Tespit Formu

Kadın doğum kliniği olan hastanelerde kullanılan bir formdur. Kadın doğum servisi tarafından hazırlanır. Haftalık olarak hastanenin istatistik birimine bildiri yapılır.

Form içerisinde yeni doğan bebeklere ait kimlik bilgileri yer alır.

YENİ DOĞAN TESBIT FORMU							
DÜZENLEYEN KURUM:				Düzenleme Tarihi:			
SOYADI	DOĞUM TARİHİ	ANNE ADI	BABA ADI	OTURDUĞU İL	İLCE	İKAMET ADRESİ	TELEFON NUMARASI
						ADI SOYADI	
						ÜNVANI	
						GÖREVİ	
						İMZASI	

Form 1.19:Yeni doğan tespit form örneği

1.2.20. Yatılan Gün İstatistiği Formu

Hastanede bulunan tüm klinikler, yatan hastalarına ait bilgileri, istatistik birimine bu form ile gönderir. Bu formlardan elde edilen verilerin toplamı, Form 56 ya aktarılır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ANKARA								
Yatılan Gün İstatistiği (Hasta İsimlerine Göre)								
Rapor Tarihi :		05-03-2009 00:00						
Başlangıç Tarihi :		01-02-2009 00:00						
Bitiş Tarihi :		28-02-2009 23:59						
Birim :		GENEL CERRAHI 5 SERVİSİ						
Sıra	Hasta No	İsim	Hastaneye Yatış Tarihi	Hastaneden Çıkış Tarihi	Tarih * Aralığında Birimde Yatılan Gün	Birimde Toplam Yatış **	Tarih *** Aralığında Hastanede Yatılan Gün	Hastanede Toplam Yatış ****
1	1703271	HATİCE BEKMEZCİ	10.01.2009	16.02.2009	15	38	15	38
2	1662557	MELİKE GÜNEL	02.01.2009	10.02.2009	9	40	9	40
3	491997	SONGÜL POLAT	03.02.2009	04.02.2009	1	2	1	2
4	498394	KEMAL DUMAN	03.02.2009	10.02.2009	7	8	7	8
5	1280444	MURAT BULLUT	03.02.2009	05.02.2009	2	3	2	3
6	1718135	HAMZA KESKİN	03.02.2009	12.02.2009	9	10	9	10
7	1668763	ŞERİFE ÇELİK	03.02.2009	05.02.2009	2	3	2	3
8	1255452	MEDİHA CETİN	03.02.2009	05.02.2009	2	3	2	3
9	637013	NEZAKET ÇİÇEK	03.02.2009	09.02.2009	6	7	6	7

Form 1.20: Yatılan gün istatistiği formu örneği

1.2.21. Gaz Zehirlenmeleri Vaka Bildirim Fişİ

Gaz zehirlenme vakalarının tespit edildiği durumlarda kullanılan bir formdur.

Formda, hastaya ait kişisel ve zehirlenme nedenine ait bilgiler yer alır. Zehirlenme sonucu vefat meydana gelmiş ise mutlaka adli mercilere intikal ettirilir. Tespit edilen vaka il sağlık müdürlüğüne 1 iş günü içinde mutlaka iletilir. Zehirlenme bilgileri doldurulurken diğer kısmında zehirlediği düşünülen madde yazılır.

GAZ ZEHİRLENMELERİ VAKA BİLDİRİM FİŞİ	
..... İl Sağlık Müdürlüğüne	
Düzenleyen Kurum	:
Tanzim Edilen Tarih	:/...../.....
Kişinin Cinsiyeti	:
T.C.Kimlik Numarası	:
Adı Soyadı	:
Baba Adı	:
Yaşı	:
Mesleği	:
Zehirlenme Sonucu	: Tedavi Edildi / Vefat
Vefat Tarihi (varsa)	:/...../.....
Adli Mercilere İntikal Ettirildi mi ?	: Evet / Hayır
Mahalle / Köyü	:
Sokak	:
No	:
İlçe / İl	:
Ev / Cep Telefonu	:
ZEHİRLENME BİLGİLERİ	
Zehirlediği Düşünülen Madde: Soba, Tüpgaz, Doğalgaz, Diğer	
Diğer Açıklayınız:	
Tastik Olunur	Dr.

Form 1.21: Gaz Zehirlenmeleri Vaka Bildirim Fişİ

1.2.22. Tüberküloz Hasta Bildirim Formu

Tüberküloz teşhisi konmuş vakalar için kullanılır. Vaka tespit edilince, günlük olarak sağlık müdürlüğü bulaşıcı hastalıklar şubesine bildirim yapılır.

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne		
TÜBERKÜLOZ HASTA BİLDİRİM FORMU (Form A)		
Tarih:...../...../2007		
Aşağıda açık adı ve adresi belirtilen hastada TÜBERKÜLOZ saptanmıştır.		
Bilgilerinize arz ederim.		
T.C.Kimlik Numarası (Mernis Numarası)		
Hastane Protokol Numarası		
Hastanın Adı Soyadı		
Baba Adı		
Doğum Yeri ve Tarihi		
Ev Adresi *		
İş Adresi **		
Klinik Ön Tanı		
Telefon Numaraları*	EV:	İŞ:
Bildirimi Yapan Kurum	Servis ve Birim Sorumlusu	Klinik Hekimi
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi		
*Ev Adresi ve telefon numaralarının mutlaka tam ve doğru olmaları gereklidir.		
**İşyeri adresi yerine hastaya ulaşılacak bir yakınının adresi ve telefonu yazılabilir.		
HASTA "TÜBERKÜLOZ" TANISI ALDIĞINDA BU FORMU, TANI KOYAN KLİNİK HEKİMİ İKİ NÜSHA OLARAK DOLDURUP AYNI GÜN HASTANENİN İLGİLİ BİRİMİNE GÖNDERECEKTİR.		

Form 1.22: Tüberküloz hasta bildirim formu

1.2.23. Aylık Kuduz Mücadele Formu (Yataklı Tedavi Kurumları için)

Yataklı tedavi kurumları, kuduz ile ilgili uyguladıkları aşı ve serumları bu form ile aylık olarak doldurup il sağlık müdürlüğüne gönderir. Isırılma vakalarında, kişilerin I. basamak sağlık kurumlarına da müracaatları olabilir. Isırılan kişiler, I. basamak ve yataklı tedavi kurumları tarafından bildirim yapılır. Mükerrer bildirimlerin önüne geçmek için ısırılan kişiyi ilk aşığı yapan sağlık kurumu bildirir.

Örneğin; ısırılan kişi, ilk olarak I. basamağa başvurduysa ve eğer I.basamak sağlık kuruluşu ilk doz kuduz aşısını yapıp diğer aşılardan yapılması için devlet hastanesine göndermişse bu vakanın bildirimini, sadece I. basamak sağlık kuruluşu yapar. Eğer I. basamak sağlık kuruluşu vakayı, hiç aşı yapmadan doğrudan hastaneye göndermişse bu vakayı, ay sonunda Aylık Kuduz Mücadele Formu ile sadece hastane bildirir.

Kuduz ve kuduz şüpheli ısırık, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar listesinde yer aldıkları için tüm vakalar I. basamakta Form 017 Bildirimi Zorunlu Hastalıklar İstatistik Formu ile bildirilir. Isırılan kişi ilk olarak hastane tarafından saptansa ve tüm aşılardan hastane tarafından yapılsa da Form 014 ile hastane tarafından ilgili aile hekimliğine bildirilir ve vaka ay sonunda form 017' de yer alır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Form No:		AYLIK KUDUZ MÜCADELE FORMU (Yataklı Tedavi Kurumları İçin)		YIL: _____ AY: _____
İL: _____ İLÇE: _____		KURUM: _____		
KUDUZ ŞÜPHELİ ISIRIK VE KUDUZ VAKALARI İLE UYGULANAN TEDAVİLER				
Isırılan Kişi Sayısı	Kuduz Teşhis Edilen Kişi Sayısı	Kuduz Aşısı Uygulanan Kişiler		Serum Uygulanan Kişi Sayısı
		Yerli Aşı	İthal Aşı	
DÜZENLEYEN			ONAYLAYAN	
Adı Soyadı:		Adı Soyadı:		
Ünvanı:		Ünvanı:		
Tarih:		Tarih:		
İmza:		İmza-Mühür:		

Form örneği 1.23: Aylık Kuduz Mücadele Formu

1.2.24. Diyaliz Bilgi Formu

Diyaliz ünitesi çalışmalarının sayısal verilerinin yazıldığı formdur. Diyaliz bilgi formu, sorumlu kişi tarafından eksiksiz, doğru ve zamanında 3 nüsha olarak doldurulur.2 nüshası Sağlık Müdürlüğü istatistik şubesine gönderilir.

İstatistik şubesine gelen formlar her ay sonunda düzenlenerek Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. Bir örneği istatistik arşivinde saklanır.

Diyaliz bilgi formu; Böbrek yetmezliği vaka sayıları, hasta sayısı, seans, ölümlerin nedenlerine göre dağılımı, diyaliz cihazları, alternatif hemodiyaliz tedavileri, sosyal güvence durumuna göre hastaların dağılımı, personel durumu, hepatit ve HIV, anemi bölümlerinden oluşur.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI				DİYALİZ BİLGİ FORMU		YIL: 200	
Form No:						AY:	
İL:ANKARA		İLÇE:ALTINDAĞ		KURUM:ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
1-BÖBREK YETMEZLİĞİ VAKA SAYILARI				7-SOSYAL GÜVENCE DURUMUNA GÖRE HASTALARIN DAĞILIMI			
	Erkek	Kadın	Toplam	Emekli Sandığı	12		
Akut Böbrek Yetmezliği	33	31	64	SSK	18		
Kronik Böbrek Yetmezliği				Bağ-Kur	9		
2-HASTA SAYISI				Yeşil Kart	14		
1-İi İçinde Oturan				Resmi	3		
2-İi Dışından Gelen				Öcretli	8		
TOPLAM				Toplam	64		
b-Diyalize Yeni Başlayan				8-PERSONEL DURUMU			
c-Başka Merkeze Gelen				Ünvanı	Diyaliz Sertifikalı	Diyaliz Sertifikasız	
d-Başka Merkeze Giden				Uzm.Hekim	2		
e-Başka Tedavi Modeline Geçen				Pratisyen Hekim	1		
f-Ölen				Hemşire	4	1	
g-Ay Sonu Mevcudu				Psikolog			
3-SEANS				Sosyal Çalışmacı			
Haftada Çalışılan Gün Sayısı				Diyetisyen			
Aylık Toplam Seans Sayısı				Teknisyen			
Haftada Bir Kez Diyalize Giren Hasta Sayısı				9-HEPATİT ve HIV			
Haftada İki Kez Diyalize Giren Hasta Sayısı				Hepatit B Pozitif Hasta Sayısı	2		
Haftada Üç Kez Diyalize Giren Hasta Sayısı				Hepatit C Pozitif Hasta Sayısı			
Periton Diyaliyi Yapılan Hasta Sayısı				HIV Pozitif Hasta Sayısı			
4-ÖLÜMLERİN NEDENLERİNE GÖRE DAĞILIMI				10-ANEMİ			
NEDENİ	Erkek	Kadın	Toplam	Kan Transfüzyonu Yapılan			
Kardiopulmoner Arrest	1		1	Hasta Sayısı	8		
				Eritropoietin Kullanan			
				Hasta Sayısı			
5-DİYALİZ CİHAZLARI							
Cihaz Toplamı	Hepatit(-)	Hepatit B(+)	Hepatit C(+)	HIV(+)	Yedek	Arızalı	
7	5	1	1		3		
6-ALTERNATİF HEMADİYALİZ TEDAVİLERİ							
UYGULANIYORSA		Tipi	Bikarbonat Hemodiyaliz				
		Seans Sayısı	233				
DÜZENLEYEN				ONAYLAYAN			
Adı Soyadı:	Doç.Dr.Ali Rıza ODABAŞ			Adı Soyadı:			
Ünvanı:	Nefroloji Klinik Şefi			Ünvanı:			
Tarih:				Tarih:			
İmza:				İmza-Mühür			

Form 1.24: Diyaliz bilgi form örneği

1.2.25. Diyaliz Hizmetleri Üç Aylık Bilgi Formu

Diyaliz ünitesine gelen hasta sayıları ve bu hastalara uygulanan işlemler, personel ve malzeme durumu, ölüm nedenlerinin istatistiklerinin yapıldığı bir formdur.

Form 3 aylık dönemler halinde hazırlanır. Nisan, temmuz, ekim ve ocak aylarının ilk haftasında sağlık müdürlüğü istatistik şubesine gönderilir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Ek-2

DİYALİZ HİZMETLERİ ÜÇ AYLIK BİLGİ FORMU

İli : Tarih :/..../.....
Kurum Adı :
Ruhsat Tarihi :/..../..... Maksimum Cihaz Kapasitesi : Ruhsattaki Cihaz Kapasitesi :

1- DİYALİZ CİHAZLARI

Cihaz toplamı	Hepatit (-)	HBsAg(+)	HCV Ab(+)	HIV (+)	Yedek	Arzalı

2- HEPATİT ve HIV ENFEKSİYONLARI

Toplam Hasta Sayısı	Hepatit (-)	HBsAg(+)	HCV Ab(+)	HIV (+)

3- BÖBREK YETMEZLİĞİ OLGU SAYILARI

	Erkek	Kadın	<18	18-65	>65	Toplam
Akut Böbrek Yetmezliği						
Kronik Böbrek Yetmezliği						

4- KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTA SAYILARI

	Erkek	Kadın	<18	18-65	>65	Toplam
a- Geçen aydan devreden						
b- Hemodiyalize yeni başlayan						
c- Başka merkezden gelen						
d- Transplantasyondan gelen						
Devir ve gelenler toplam						
e- Başka merkeze giden						
f- Transplantasyona giden						
g- Periton Diyalizine geçen						
h- Başka tedavi modeline geçen						
i- İzlemden çıkan						
İ- Ölen						
Gidenler toplam						
AY SONU MEVCUDU						

5- ÖLÜMLERİN NEDENLERE GÖRE DAĞILIMI

NEDENİ	Erkek	Kadın	<18	18-65	>65	Toplam
İnfeksiyon						
Kardiyovasküler						
Serebrovasküler atak						
Karaciğer yetersizliği						
GİS'e bağlı kanama ve diğer						
Malignite						
İntihar						
.....						
.....						
.....						
TOPLAM						

6- AKTİF VİT D KULLANIMI

	Oral	i.V.	Toplam
Kullanılan hasta sayısı			

7- ALTERNATİF HEMODİYALİZ TEDAVİLERİ

UYGULANIYORSA	Tipi	Seans Sayısı	Seans Sayısı

8- PERSONEL DURUMU

Unvanı	Diyaliz sertifikalı		Sertifikası
	Standart	Mevcut	
Konsültan Nefrolog	1		
Uzman Hekim			
Pratisyen Hekim			
Hemşire			
Konsültan Diyetisyen			
Teknisyen			
Hizmetli			

9- SOSYAL GÜVENCE DURUMUNA GÖRE

HASTALARIN DAĞILIMI

Emekli sandığı	
SSK	
Baş-Kur	
Yeşil kart	
Özel	
Diğer	
TOPLAM	

10- SEANS SAYILARI

Haftada çalışılan gün sayısı	
Aylık toplam seans sayısı	
Haftada bir kez diyalize giren hasta sayısı	
Haftada iki kez diyalize giren hasta sayısı	
Haftada üç kez diyalize giren hasta sayısı	
Periton diyalizi yapılan hasta sayısı	

11- DAMARA ULAŞIMI

Venöz Kateterizasyon	
AV Fistül	
AV Graft	

12- KULLANILAN DİYALİZAT TÜRÜ

Asetat	
Bikarbonat	

13- KULLANILAN MEMBRAN TÜRÜ

Kuprofan	
Semisentetik	
Sentetik	

14- ANEMİ TEDAVİSİ

Transfüzyonu yapılan hasta sayısı	
Eritropoietin kullanan hasta sayısı	

15- ORGAN NAKLİ

Transplantasyon yapılan hasta sayısı (toplam)	
Transplantasyona kayıtlı hasta sayısı	

FORMU DÜZENLEYENLER

SORUMLU HEKİM

SORUMLU UZMAN

KURUM YETKİLİSİ

Adı Soyadı : Adı Soyadı : Adı Soyadı :
Unvanı : Unvanı : Unvanı :

Form 1.25: Diyaliz hizmetleri üç aylık bilgi formu

1.2.26. Periton Diyalizi Merkezi Aylık Çalışma Formu

Bu form; periton diyalizi ünitesinde yapılan çalışmalar için kullanılan bir formdur. Formda böbrek yetmezliği olgu sayıları, kronik böbrek yetmezliği hasta sayıları, ölüm nedenlere göre dağılımı, periton diyaliz türüne göre dağılımı, personel durumu, sosyal güvence durumuna göre hastaların dağılımı, anemi tedavisi, aktif D vit kullanılması, hepatit ve HIV enfeksiyonları alanları bulunur.

Düzenlenen form, ilgili kişilere onaylatılarak her ayın 5 inde sağlık müdürlüğünde olacak şekilde gönderilir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Ek-3

PERİTON DİYALİZİ MERKEZİ AYLIK ÇALIŞMA FORMU

İli :
Kurum Adı :

Tarih : .../.../.....
Ruhsat Tarihi : .../.../.....

1- BÖBREK YETMEZLİĞİ OLGU SAYILARI

	Erkek	Kadın	<18	18-65	>65	Toplam
Akut Böbrek Yetmezliği						
Kronik Böbrek Yetmezliği						

2- KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTA SAYILARI

	Erkek	Kadın	<18	18-65	>65	Toplam
a- Geçen aydan devreden						
b- Periton Diyalizine yeni başlayan						
c- Başka merkezden gelen						
d- Transplantasyondan gelen						
Devir ve gelenler toplam						
e- Başka merkeze giden						
f- Transplantasyona giden						
g- Hemodiyalize geçen						
h- Başka tedavi modeline geçen						
ı- İzlemiden çıkan						
i- Ölen						
Gidenler toplam						
AY SONU MEVCUDU						

3- ÖLÜMLERİN NEDENLERİNE GÖRE DAĞILIMI

NEDENİ	Erkek	Kadın	<18	18-65	>65	Toplam
İnfeksiyon						
Kardiyovasküler						
Serebrovasküler atak						
Karaciğer yetersizliği						
GIS'e bağlı kanama ve diğer						
Malignite						
İntihar						
.....						
.....						
.....						
TOPLAM						

4- PERİTON DİYALİZİ TÜRÜNE GÖRE HASTA DAĞILIMI

Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi	
Otomatik (Aletli) Periton Diyalizi	

5- PERSONEL DURUMU

Unvanı	Diyaliz sertifikalı		Sertifikasız
	Standart	Mevcut	
Nefrolog	1		
Hemşire	2		
Hizmetli	1		

6- SOSYAL GÜVENÇE DURUMUNA GÖRE

HASTALARIN DAĞILIMI

Emekli sandığı		
SSK		
Baş-Kur		
Yeşil kart		
Özel		
Diğer		
TOPLAM		

7- ANEMİ TEDAVİSİ

Transfüzyonu yapılan hasta sayısı	
Eritropoetin kullanan hasta sayısı	

8- AKTİF VİT D KULLANIMI

Kullanılan hasta sayısı	Oral	I.V.	Toplam

9- HEPATİT ve HIV ENFEKSİYONLARI

Toplam	Hepatit (-)	HBsAg(+)	HCV Ab(+)	HIV (+)

FORMU DÜZENLEYENLER

SORUMLU HEMŞİRE

SORUMLU UZMAN

KURUM YETKİLİSİ

Adı Soyadı : Adı Soyadı : Adı Soyadı :

Unvanı :

İmza : İmza : İmza :

Form 1.26: Periton diyalizi merkezi aylık çalışma formu

UYGULAMA FAALİYETİ

Aşağıdaki işlem basamaklarını tamamladığınızda, yataklı sağlık kuruluşları veri toplama ve bildirim formlarını mevzuatlara göre tam ve doğru olarak düzenleyip ilgili birimlere/kurumlara gönderebileceksiniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
<ul style="list-style-type: none">➤ Yataklı sağlık kurumlarını sıralayınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ İnternette veya konu hakkında bilgi sahibi kişilerden yararlanarak yataklı sağlık kurumları hakkında bilgi edinebilirsiniz.➤ Modülünüzden konuyu tekrar okuyabilirsiniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Veri toplama formlarını sıralayınız.	
<ul style="list-style-type: none">➤ Veri toplama formlarından örnek form doldurunuz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Modülünüzden yararlanarak formlar hakkındaki bilgilerinizi gözden geçirebilirsiniz.➤ Formları doldururken gizlilik arz eden bilgilere dikkat etmelisiniz.➤ Formları doğru ve eksiksiz düzenlemeye dikkat etmelisiniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Veri bildirim formlarını ilgili birime gönderiniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Formların gönderilme zamanlarına dikkat etmelisiniz.➤ Gizlilik durumlarına ve gönderiliş şekillerine dikkat etmelisiniz.➤ Formların doğru ve eksiksiz düzenlenmesine dikkat etmelisiniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdaki sağlık kuruluşlarından hangisi belli bir yaş veya cinse hizmet verir?
A) Eğitim ve araştırma hastaneleri.
B) İlçe hastaneleri.
C) Özel dal hastaneleri.
D) Genel hastaneler.
2. Aşağıdakilerden hangisi, Hastalık İstatistik formudur?
A) Form 113
B) Form 058
C) Form 056
D) Form 053
3. Aşağıdaki formlardan hangisi, personel ve hasta hareketleri izlenmesi için kullanılır?
A) Form 055
B) Form 056
C) Form 057
D) Form 053
4. Aşağıdaki formlardan hangisinin bildirim günlük yapılı?
A) İntihar girişimleri formu.
B) Doğum servisinden gelen bilgi formu.
C) Frengi bildirge fişi.
D) Form 056.
5. Aşağıdaki bilgilerden hangisi, “D-86-A vakalar için kişisel bilgi formu” için doğru değildir?
A) HIV pozitif durumlarda kullanılır.
B) Bildirimi Sağlık Müdürlüğüne yapılır.
C) Gizlilik şartlarına uyulmalıdır.
D) Yıllık bildirim yapılır.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-2

AMAÇ

İl sağlık müdürlüğü veri bildirim formlarını mevzuatlara göre tam ve doğru olarak hazırlayıp ilgili birimlere gönderebilecek ve elektronik ortamda veri aktarımı yapabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- İnternet ortamından veya İl sağlık müdürlüklerinden veri bildirim formları hakkında bilgi edininiz.
- Size göre elektronik ortamda veri aktarımının faydaları neler olabilir çalışınız.

2. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ VERİ BİLDİRİM FORMLARI VE ELEKTRONİK ORTAMDA VERİ AKTARIMI

2.1. İl Sağlık Müdürlüğü Veri Toplama ve Bildirim Formları

Sağlık Müdürlüğü elektronik ortamdan veya posta yoluyla kendisine bildirilen verileri TSIMWEB programı aracılığıyla Sağlık Bakanlığı'na bildirmektedir.

Bu formlar aşağıda açıklanmıştır.

2.1.1. Form 002- 003/B Yıl Ortası Nüfus Tespitleri

Bu form, I. basamak sağlık kuruluşu tarafından düzenlenir ve sağlık müdürlüğüne gönderilir. Yıllık olarak düzenlenir. Her yılın temmuz ayının 2. haftasında sağlık müdürlüğüne ulaşacak şekilde gönderilir. Sağlık Müdürlüğü bilgi işlem ve istatistik şubesi tarafından formun doğruluğu kontrol edildikten sonra temmuz ayının son haftasına kadar TSIMWEB programına girilir.

Form 002-003/A, yerleşim yerlerine göre düzenlenen 3 genel bölümden oluşur.

- Nüfusun yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı,
- Nüfusun medeni hal ve öğrenim durumuna göre dağılımı,
- Mesken bilgileri, (İçilen suyun çeşidi, kullanılan hela tipi, kullanılan ısınma aracı)

Pencere
TSSİM Formları - (THABIB/1 3-02-2007) - [Form No: F002-003]

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA İl Sağlık Müdürlüğü
Form No: F002-003

Formun Durumu **Veri Yok**

Tarih 2007
İlçe KEÇİÖREN
Geldiği Kurum PURSAKLAR S.O.(K.Ören)

Nüfusun Yaş Grupları Cinsiyet ve Yerleşim Birimlerine Dağılımı

Yerleşim Yeri	Yaş Grupları		*****	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	
	Muhhtarlıklar	Kır-Ken	Cinsiyet	Hane Sayısı	1	2	3	4	5	6
Yunus Emre Mah.	Kent	Erkek								
		Kadın								
		Toplam								
Merkez Mh.	Kent	Erkek								
		Kadın								
		Toplam								
Fatih Mh.	Kent	Erkek								
		Kadın								
		Toplam								
Karaca Ören Mah.	Kır	Erkek								
		Kadın								
		Toplam								
TOPLAM		Erkek								
		Kadın								
		Toplam								

ANKARA İSM THABIB 13/02/2007 FTSM0002

Form 2.1: Elektronik ortamda 002- 003/B form örneği

2.1.2. 024 Birinci Basamak Sağlık Kurumları Aylık Çalışma Bildirisi

Bu form, I. basamak sağlık kuruluşu tarafından doldurulur. Form da I. Basamak sağlık kuruluşunun aylık çalışma dokümanlarının sayısal verileri bulunur. Form aylık olarak her ayın ilk 7. günü içinde sağlık müdürlüğüne ulaşacak şekilde gönderilir. En geç her ayın 20'sine kadar ilgili şube tarafından **Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİMWEB)** programına girilir.

Her ayın takip eden ilk haftasında I basamaktan gelen form 023'ler kontrol edilerek toplamı, form 024'e geçirilir ve en geç ayın 20'sinde Sağlık Bakanlığında olacak şekilde gönderilir. Form 024 deki tablolar ve form 023'teki tablolar tamamen aynı olup kurumların sınıflanması nedeniyle sadece tasarımları farklıdır.

T.S.M Formları - (THABİB/13-02-2007) - Form No: F024 Sayfa-1

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA İİ Sağlık Müdürlüğü
Form No: F024

Formun Durumu: Veri Yok

Tarih: Şubat 2007
İlçe: KEÇİÖREN
Geldiği Kurum: PURSAKLAR S.O.(K.Ören)

Birinci Basamak Sağlık Kurumu Ayhık Çalışma Bildirisi

Muayene Sayıları	
Sağlık Kurumuna Sevk	
Küçük Cerrahi Müdahale	
Klasik Otopsi Sayısı	
Adli Rapor Sayısı	
Toplam	0
Defin Ruhsatı	

D	Hastanede	
0	Hekim	
Ç	Ebe	
II	Diğer Sağlık Personeli	
M	Sağ. Per. Yerd. Olmadan	
L	Toplam	0
A	Gebe	
R	Lohusa	
i	Bebek	
S	Çocuk	
L	15-49 Yaş Kadın	
E		
M		
L		
R		
R		

LABORATUVAR ÇALIŞMALARI

	İdrar	Kan	Dişkı	Seroloji	Sıtma Kanı	Gebelik Testi	Diğer
Sayı							

BUTUN OLENLERİN YAŞ VE CİNS GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI

YAŞ	0-7 gün		8-28 gün		29-364 gün		1-4 yaş		5-9 yaş		10-14 yaş		15-24 yaş		25-44 yaş		45-49 yaş		50-64 yaş		65+ yaş		TOPLAM		
Cinsiyet	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	
Sayı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ANKARA İSM THABİB 13/02/2007 FTSM0023

Tarih: Şubat 2007
İlçe: KEÇİÖREN
Geldiği Kurum: PURSAKLAR S.O.(K.Ören)

Konu/Seans	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	TOPLAM
Halk Eğitimi													0
Hekim													0
Hemşire													0
Sağlık Memur													0
Ebe													0
Diğer Personel													0

HALK EĞİTİMİ:

01 Hijyen ve Çevre Sağlığı	02 Beslenme
03 Çocuk Sağlığı ve Çocukluk Dönemi Hastalıkları	04 Ana Sağlığı ve Rile Planlaması
05 Bulaşıcı Hast., Korunma, Aşılar ve Serumlar	06 Sosyal Hast. (Verem, Sıtma, Aids, Trahom vb.)
07 Uyuşturucu ve keyif verici maddeler (sigara, alkol vb.)	08 İlk Yardım ve Kazalardan Korunma
09 Özel gün ve haftalar (Verem, Kanser haftası gibi)	10 Ağz ve Diş Sağlığı
11	12 Diğer Sağlık Konuları

HİZMET İÇİ EĞİTİM:

01 Adaptasyon Eğitimi	02 Çevre Sağlığı
03 Ruh Sağlığı	04 Mikrobiyoloji ve Bağışıklama
05 Bulaşıcı Hastalıklar ve Epidemiyoloji	06 Farmakoloji
07 Genel Beslenme	08 Ana ve Çocuk Sağlığı
09 Meslek Esas ve Teknikleri	10 Sağlık Eğitimi
11 İlk Yardım	12 Sağlık İstatistiği

		Tarih	Şubat 2007
		İlçe	KEÇİÖREN
		Geldiği Kurum	PURSAKLAR S.O.(K.Ören)

GEBE DURUMU		
a	Geçen Aydan Devreden	140
b	Bu Ay İçinde Tespit Edilen	
c	Başka Bölgeden Gelen	
d	Bu Ay İçinde Düşük Yapan	
e	Bu Ay İçinde Doğuran	
f	Bu Ay İçinde Ölen	
g	Bölgeden Ayrılan	
h	Ay Sonu Gebe Mevcudu	140
i	Doğum Anında Ölen Gebe Sayı	

BEBEK DURUMU		
a	Geçen Aydan Devreden	910
b	Bu Ay İçinde Tespit Edilen	
c	Başka Bölgeden Gelen	
d	Bu Ay Canlı Doğan	
e	Bu Ay İçinde Ölen	
f	Bölgeden Ayrılan	
g	Bu Ay Bebeklikten Çıkan	
h	Ay Sonu Bebek Mevcudu	910
i	Ölü Doğan Bebek Sayısı	

LOHUSA DURUMU		
a	Geçen Aydan Devreden	25
b	Bu Ay İçinde Tespit Edilen	
c	Başka Bölgeden Gelen	
d	Bu Ay Lohusalığa Geçen	
e	Bu Ay İçinde Ölen	
f	Bölgeden Ayrılan	
g	Bu Ay Lohusalıktan Çıkan	
h	Ay Sonu Lohusa Mevcudu	25

ÇOCUK DURUMU		
a	Geçen Aydan Devreden	3.176
b	Bu Ay İçinde Tespit Edilen	
c	Başka Bölgeden Gelen	
d	Bu Ay Çocukluğa Geçen	
e	Bu Ay İçinde Ölen	
f	Bölgeden Ayrılan	
g	Bu Ay Çocukluktan Çıkan	
h	Ay Sonu Çocuk Mevcudu	3.176

		Tarih	Şubat 2007
		İlçe	KEÇİÖREN
		Geldiği Kurum	PURSAKLAR S.O.(K.Ören)

DIŞ SAĞLIĞI BİLGİLERİ	
Muayene Sayıları	
Okul Taramalarında Taranan Öğr	
12-45 Yaşta Tespit Edilen Çürük Diş Sayısı	
Tespit Edilen Dişeti Hastalıkları Sayısı	
Tedavi Sayısı	
Çekim Sayısı	
Sevk Sayısı	
Flor Uygulaması	

Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek	
Doğum Ağırlığı 1500 gr.ın Altında Olan	
Doğum Ağırlığı 1500-2500 gr. Arası Olan	

Çoğul Doğum	
Özelliği	Sayısı
İkiz Bebek	
Üçüz Bebek	
Dördüz Bebek	
Beşiz Bebek	
Altız Bebek	

Prematüre Doğum Sayısı

KUDUZ ŞÜPHELİ ISIRIK VE KUDUZ VAKALARI İLE UYGULANAN TEDAVİLER				
Isırılan Kişi Sayısı	Kuduz Teşhis Edilen Kişi Sayısı	Kuduz Aşısı Uygulanan Kişi Sayısı	Serum Uygulanan Kişi Sayısı	Karantinaya Alınan Yerleşim Sayısı

Form 2.2: Elektronik ortamda 024 form örneği

2.1.3. Kırmızı ve Yeşil Reçete Bilgi Formu

“Eczane ve Hekimlere Yapılan Kırmızı ve Yeşil Reçete Uyarıları Cetveli” nin sayısal özeti ve ay içinde sağlık müdürlüğü'ne gelen kırmızı ve yeşil reçetelerin sayılarının Bakanlığa bildirimleri için kullanılan formdur. Bakanlığa yollanan ve uyarı yapılan kırmızı ve yeşil reçetelerin toplam sayıları yazılır, Eczane ve Hekimlere Yapılan Kırmızı ve Yeşil Reçete Uyarıları Cetveli ile birlikte Bakanlığın ilgili birimine yollanır.

Yollanan Toplam Kırmızı Reçete Sayısı	Uyarı Yapılan Kırmızı Reçete Sayısı	Yollanan Toplam Yeşil Reçete Sayısı	Uyarı Yapılan Yeşil Reçete Sayısı
0	0	0	0

Form 2.3: Elektronik ortamda Kırmızı ve yeşil reçete bilgi formu örneği

2.1.4. Ölüm Belgesi Formu

Ölüm belgesi formu, ölümlerin TUİK'e bildiriminde kullanılan formdur. Her ilin bağlı olduğu TUİK'e, sağlık müdürlüğü istatistik şubesi tarafından ayda bir resmi yazı ile gönderilir.

Aile hekimine bağlı olan nüfusta gerçekleşen doğal ölümlerde, ölümün gerçekleştiği yere giden aile hekimi, ölüm belgesinin tamamını doldurmakla yükümlüdür. Görevlendirilmesi halinde kendine bağlı olmayan nüfus için de bu belgeyi doldurur. Ölüm belgesi üç nüsha olarak doldurulur.

Eğer dışsal nedenlerden kaynaklanan şüpheli bir ölüm durumu varsa aile hekimi ölüm belgesini doldurmaz, yükümlülüğü Cumhuriyet Savcılığı ve adli tabiplere bırakır. Eğer aile hekimi, cumhuriyet savcısı tarafından adli hekim olarak görevlendirilir ise bu vaka için de ölüm belgesi doldurur. Ölen kişinin yakınına sadece ölüm belgesinin yeşil renkli olan 2. nüshası (1. nüshası beyaz 3. nüshası sarı) teslim edilir. Bu ölen kişinin yakınları tarafından defin ruhsatnamesi olarak kullanılır. Form içerisinde ölen kişinin bilgileri, ölümün şekli, ölümün ölüm tarihi, yeri, otopsi, ölüm nedeni gibi bilgiler yer alır.

TÜİK		ÖLÜM BELGESİ		Sİ	Form no: 000000001																
Bu belge istatistik amaçlı kullanılacaktır.																					
İl				Belde ya da köy																	
İlçe				Kurum adı																	
A ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ			C Ölümün şekli																		
Kimlik numarası: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Kimlik numarası yok Uyruğu: <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer <input type="text"/> Ad ve soyadı: _____ Baba adı: _____ Doğum tarihi: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Nüfus kayıtlı olduğu ilçe*: <input type="text"/> Cilt no*: <input type="text"/> Aile sıra no*: <input type="text"/> İbny sıra no*: <input type="text"/> Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın Öğrenim durumu (bitirilen): <input type="text"/> Meslek: <input type="text"/> Daimi ikametgah: İl: <input type="text"/> İlçe: <input type="text"/> Belde ya da köy: <input type="text"/> Yurt dışı: <input type="text"/>			<input type="checkbox"/> Doğal ölüm <input type="checkbox"/> Trafik kazası <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> İntihar <input type="checkbox"/> İş kazası <input type="checkbox"/> Acarlığınra aşemesinde <input type="checkbox"/> Cinayet <input type="checkbox"/> Diğer kazalar <input type="checkbox"/> Bilinmeyen																		
B Ölüm Tarihi ve Yeri			D Ölüm yaranlanma sonucu mu gerçekleşti?																		
Ölüm tarihi: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Ölüm yeri: <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Hastane <input type="checkbox"/> İşyeri <input type="checkbox"/> Diğer <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ambulans <input type="checkbox"/> Diğer taşıt <input type="checkbox"/> Diğer			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır → BÖLÜM E'ye geçiniz İş yerinde yaranlanma: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Tarih: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Yaranlanmanın yeri: <input type="checkbox"/> Evde <input type="checkbox"/> Spor alanı <input type="checkbox"/> Yatakh kuruluş <input type="checkbox"/> Caddede ve otayol <input type="checkbox"/> Kınısal alan (PİTİK) <input type="checkbox"/> Ticaret ve hizmet alanı <input type="checkbox"/> Sanayi ve iş. yeri <input type="checkbox"/> Okul, diğer kur. ve idari yer <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız): _____																		
E Otopsi yapıldı mı?			F Ölüm Nedeni																		
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır → BÖLÜM F'ye geçiniz Aşağıda belirtilen ölüm nedeni, otopsi bulgularından mı elde edildi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır → BÖLÜM F'ye geçiniz Daha sonra daha fazla bilgi elde edilebilir mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			Ölüm Belgesindeki, adı soyadı ve hıviyeti yazılı ölünün gömülmesine lizin verilmiştir. Belge mevcut bilgiler dışında doldurulmuştur. Doktor aynı zamanda F, G ve H kutularını doldurmakla sorumludur.																		
BİLGİYİ VEREN			FORMU DOLDURAN HEKİM																		
Adı ve Soyadı: _____ Telefon: _____ Yakinlik derecesi: _____ İmza: _____			Adı ve Soyadı: _____ Ünvanı: _____ Tarih: _____ İmza: _____ Kayı: _____																		
G Ölüm Nedeni			H Ölüm Nedeni																		
<input type="checkbox"/> Kadın İm. <input type="checkbox"/> Ölüm hamletli eşininde gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğum eşininde gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti <input type="checkbox"/> Anne ölümü değil			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Ölüm Nedeni</th> <th style="width: 50%;">Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bölüm I</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*</td> <td>a) _____</td> </tr> <tr> <td>Öncelikli nedenler</td> <td>b) _____</td> </tr> <tr> <td>Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, alta yatan durum en son belirtilecek</td> <td>c) _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>d) _____</td> </tr> <tr> <td>Bölüm II</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ölümün gerçekleşmesinde etkili olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya duruma ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>			Ölüm Nedeni	Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre	Bölüm I		Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*	a) _____	Öncelikli nedenler	b) _____	Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, alta yatan durum en son belirtilecek	c) _____		d) _____	Bölüm II		Ölümün gerçekleşmesinde etkili olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya duruma ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.	_____
Ölüm Nedeni	Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre																				
Bölüm I																					
Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*	a) _____																				
Öncelikli nedenler	b) _____																				
Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, alta yatan durum en son belirtilecek	c) _____																				
	d) _____																				
Bölüm II																					
Ölümün gerçekleşmesinde etkili olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya duruma ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.	_____																				

Form 2.4: Ölüm Belgesi

2.1.5. RS 10 Ruh Hastalıkları Hastanesine Hasta Sevk Formu

Bu form, sağlık m¼d¼rl¼đ¼ tarafından doldurularak B¼lge Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine” sevk edilen hastalar i¼in kullanılan formdur.

Emniyet g¼¼leri kanalıyla veya hastanın Ruh sağlığı Şube M¼d¼rl¼đ¼ne m¼racaatı halinde form d¼zenlenerek hasta, hastaneye ambulansla g¼nderilir.

RS 10	HASTA SEVK FORMU
T.C. VALILIGI (Sağlık M¼d¼rl¼đ¼)	
Sayı: Konu:	Tarih:/...../200
RUH VE SINIR HASTALIKLARI HASTANESI BASHEKİMLİĞİNE	
...../...../200... tarihinde, M¼d¼rl¼đ¼m¼ze başvuran aŐagıda a¼ık kimliği, tanisi ve sevk nedeni belirtilen hastanın, b¼lge hastanesine sevkı zorunlu g¼r¼lm¼st¼r. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.	
Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Sube M¼d¼r¼	Sağlık M¼d¼r¼
HASTANIN :	
Adi-Soyadi :	Baba Adı :
Doğum Yeri / Tarihi :	Eğitim Durumu :
Cinsiyeti :	Sosyal G¼vence :
T.C. Kimlik No :	Telefon No :
Adres:	
GEREKTIĞİNDE HABERLEŞİLECEK HASTA YAKINLARI:	
1-Adi-Soyadi:	Yakınlık Derecesi :
Adres:	Telefon No :
2-Adi-Soyadi:	Yakınlık Derecesi :
Adres:	Telefon No :
HASTANEDEN ¼IKIŞTA TAKİP EDİLECEĞİ DEVLET HASTANESİ / SAĞLIK OCAGI:	
HASTA HAKKINDA BİLGİ	
Muayene Edildiği Hastane :	Sevk Nedeni :
Tanı Kodu :	Yatarak Tedavi G¼rd¼đ¼ S¼re :
Protokol No :	Sevk Seldi (Refakatli, Polis, Sağ. Pers, Ambulans v.b) :
Kaçıncı Sevk:	Muayene Eden Doktor:
Bashekim	
Varsa Uygulanan Tedavi Hakkında Bilgi :(İla¼ Dozu ve Uygulama Saatlerini Yazınız)	
Acil M¼dahalede Uygulanan Tedavi/Doz:	

Form 2.5: RS 10 Ruh hastalıkları hastanesine hasta sevk formu

2.1.6. RS 40 Ruh Hastahkları Hastanelerine Sevk Edilen ve Hastaneden Takip İçin Yaşadığı İle Gönderilen Hastalar Hakkında Sağlık Müdürlüğünden Sağlık Bakanlığına Verilen Bilgi Formu

TSİM Formları - (TEYUP/13.02.2007) - [Form No: RS40]

SIEMENS

Tarih: Ocak-Haziran 2007

Formun Durumu: [Veri Yok](#)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA İİ Sağlık Müdürlüğü
Form No: RS-40

TAM LİSTESİ

RS40 Ruh Hastahkları Bilgi Formu (Yeni...)
Ocak-Haziran 2007 Döneminde RS 10 ile Bölge Hastanelerine Gönderilen Hastalar için Bağlı Olduğu Bölge Hastanesi

Tanı Kodu	Cinsiyet	Yaş Grupları				Eğitim Durumu				Tedavi Süresi			Toplam Hasta				
		15-24	25-34	35-44	50-64	65+	Okuyamaz	Okuyamaz Değil	Okuyamaz	İlköğretim	Lise	Ortaokul		1-3 Ay	3-6 Ay	6-12 Ay	
F10-F09	E																0
F10-F09	K																0
F10-F19	E																0
F10-F19	K																0
F20-F29	E																0
F20-F29	K																0
F30-F39	E																0
F30-F39	K																0
F40-F49	E																0
F40-F49	K																0
F50-F59	E																0
F50-F59	K																0
F60-F69	E																0
F60-F69	K																0
Erkek																	0
Kadın																	0
Toplam		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ANKARA İSM
TEYUP
13.02/2007
FTSM/DHO

Form 2.6: Elektronik ortamda RS 40 form örneği

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerine **RS 10** ile sevk edilen hastalar ile tedavileri tamamlandıktan sonra **RS 20** ile kendi illerine gönderilen hastaların total sayısal değerliliklerini gösteren form, Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü tarafından altışar aylık dönemler halinde düzenlenir.

2.1.7. Aylık Sıtma Çalışmaları

Bu form sıtma savaş dispanserleri tarafından her ayın ilk 7 günü içinde sağlık müdürlüğünün bulaşıcı hastalıklar sıtma birimine gönderilir. Toplanan veriler il sağlık müdürlüğü bulaşıcı hastalıklar sıtma birimi tarafından her ayın 20'sine kadar Sağlık Bakanlığının Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSIMWEB) programına girilir.

Dönem içerisinde ziyaret edilecek yerleşim birimi sayısı, hane ve nüfus sayısı o dönem başında planlanır, dönem içinde gerçekleşen faaliyetler ilgili sütunlara işlenir, dönem sonunda sıtma savaş birimi sorumlusuna teslim edilir. Bu cetvel, sıtma savaş hizmetini veren personel tarafından aylık olarak düzenlenir.

TSİM Formları - (TEYUP/13-02-2007) - [Form No: Yeni Sıtma F.] Sayfa-1

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA İL Sağlık Müdürlüğü Form No: Yeni Sıtma F.

Formun Durumu Kurum Yok

Tarih Aralık 2006 İlçe KEÇİÖREN

2. Aylık Sıtma Çalışmaları

1. SÜRVEYANS ÇALIŞMALARİ

Ziyaret Edilen Yerleşim Birimi Sayısı	0
Ziyaret Edilen Hane Sayısı	0
Ziyaret Edilen Nüfus	0

2. LABORATUVAR ÇALIŞMALARİ

	AKTİF	PASİF	TOPLAM
Geçen Aydan Devreden Kan Sayısı	0	0	0
Ay İçinde Gelen Kan Sayısı	0	0	0
Muayene Edilecek Kan Sayısı	0	0	0
Muayene Edilen Kan Sayısı	0	0	0
Gelecek Aya Devreden Kan Sayısı	0	0	0

3. MUAYENE EDİLEN KAN VE MÜSPETLERİN YAŞ GRUPLARINA DAĞILIMI

Yaş Grubu	0-11 ay	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15 yaş ve üzeri	TOPLAM
Muayene Edilen Kan Sayısı	0	0	0	0	0	0
Müspet Kan Sayısı	0	0	0	0	0	0

4. SITMA VAKALARININ SINIFLANDIRILMASI

SÜRVEYANS TİPİNE GÖRE			EPİDEMİYOLOJİK SINIFLANDIRMA							
Aktif	Pasif	TOPLAM	Yerli	Nüks	Emporte		H.G.T.	S.V.	S.	TOPLAM
0	0	0			a	b				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

5. TESPİT EDİLEN SITMA PARAZİTİ TÜRLERİ

Türü	P. Mvax	P. Falciparum	P. Ovale	P. Malaria	TOPLAM
Sayısı	0	0	0	0	0

6. SITMA TEDAVİ ÇALIŞMALARİ

Tedavi	Tedavi Edilen Hasta Sayısı	Kullanılan İlaçlar		
		Klorokin	Primakin	Diğer
Radikal	0	0	0	0
Koruma	0	0	0	0
Diğer Hastalıklar	0	0	0	0

Form 2.7: Elektronik ortamda aylık sıtma çalışmaları formu

2.1.8: Sıtma Savaş Laboratuvarı Aylık Raporu Formu

Bu form, sıtma savaş dispanserleri tarafından her ayın ilk 7 günü içinde sağlık müdürlüğünün bulaşıcı hastalıklar sıtma birimine gönderilir. Toplanan veriler il sağlık müdürlüğü bulaşıcı hastalıklar sıtma birimi tarafından her ayın 20'sine kadar Sağlık Bakanlığının Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSIMWEB) programına girilir.

Laboratuvarı olan ve parazitolojik çalışma yapan I.basamak sağlık kuruluşları tarafından da her ay sonunda doldurulup sağlık müdürlüğüne gönderilir Bu formda, analiz sayısı, parazit görülen ve görülmeyen ile parazit türü, cinse göre ayırım yapılarak doldurulur. Her ay sonunda bölge laboratuvarındaki laborantlar tarafından doldurulur.

TSİM Formları - (THABIB/20-02-2007) - [Form No: Sıtma S.] Sayfa-1

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ADANA İİ Sağlık Müdürlüğü
Form No: Sıtma S.

Formun Durumu **Veri Yok** Tarih Ocak 2007

Sıtma Savaş Laboratuvarı Aylık Raporu

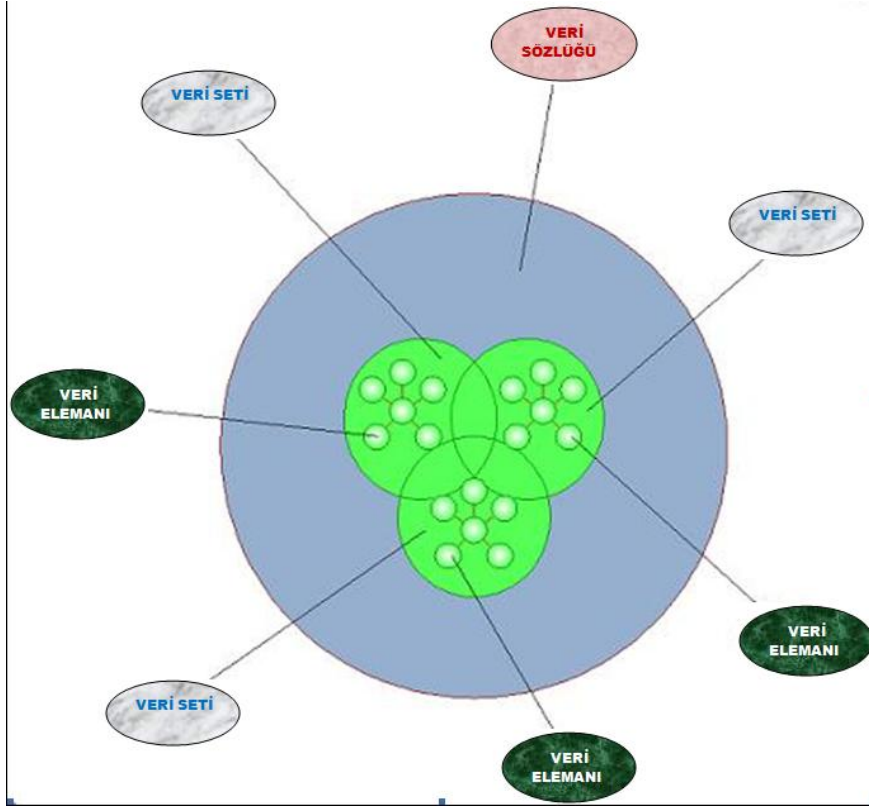
BÖLGESİ	Bölgede Alınan Kan			Muavene Edilen				Yeni Muavene Neticesi					
	Toplam	Menfi	Müspet	Menfi		Müspet		Teyit Olunmamış Adet	Teyit Olunmuş		Teyit Olunmamış Adet	Teyit Olunmuş	
				Adet	%	Adet	%		Adet	%		Adet	%
Hatay	0				0		0			0			0
Osmaniye	0				0		0			0			0
Kayseri	0				0		0			0			0
Gaziantep	0				0		0			0			0
Kilis	0				0		0			0			0
Malatya	0				0		0			0			0
Kahramanmaraş	0				0		0			0			0
Adana	0				0		0			0			0
Aksaray	0				0		0			0			0
Adıyaman	0				0		0			0			0
İçel	0				0		0			0			0
Konya	0				0		0			0			0

BALIKESİR İSM THABIB 20/02/2007 FTSM0199

Form 2.8: Elektronik ortamda sıtma savaş laboratuvarı aylık raporu

2.2. Elektronik Ortamda Veri Aktarımı

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı tarafından yürütülen çalışmalar sağlık verilerinin ve temel süreçlerin standart hale getirilmesi üzerinde yoğunlaşmıştır. Burada gerçekleştirilen çalışmalar sonucu Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) oluşturulmuştur. Bundan sonra ise ulusal çapta tüm vatandaşların sağlık bilgilerinin güvenli bir şekilde toplanmasını sağlayacak Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veritabanı ve ESK verilerini esas alarak gelişmiş analiz yapma imkânı sağlayacak bir Karar Destek Sistemi (KDS) oluşturulmuştur. Böylelikle, Bakanlık tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı neticesinde ulaşılması hedeflenen izleme, denetleme ve yönlendirme fonksiyonlarının en etkin şekilde yapılabilmesi için teknolojinin sağladığı tüm imkânlardan en üst seviyede istifade edilir.



Şekil 2.1: Elektronik ortamda veri aktarımı

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında uygulanmaya başlanan yazılımsal programa ait bazı tanımların açıklamaları aşağıdaki şekildedir.

➤ **Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS)**

Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS); Türkiye'deki sağlık kurumlarında kullanılmakta olan bilgi sistemlerinin referans olarak kullanacağı ve terminoloji birliği konusunda büyük bir katkı sağlayacak olan bir sözlük çalışmasıdır.

➤ **Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS)**

Sağlık Kodlama Referans Sunucusu, (SKRS) mevcut sağlık bilgi sistemleri standart ve kodlama sistemlerini bir araya getirmeyi, bunları açık standartlarla (XML servisleriyle) paylaşmayı ve gerektiğinde kolay güncelleme ve geliştirme, ara yüzlerini geliştirmeyi sağlayan bir referans ve paylaşım sistemidir.

SKRS'nin son kullanıcıları; hastane, sağlık ocağı, aile hekimleri ve diğer sağlık kurum ve çalışanları ile ödeyici kurumlar (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı... vb), istatistik kurumları ve benzer kurum ve kuruluşlardır. SKRS halen pek çok hastane ve sağlık kurumunda kullanılan bilgi sistemleri için vazgeçilmez imkânlar sunmaktadır.

➤ **Minimum Sağlık Veri Setleri (MSVS)**

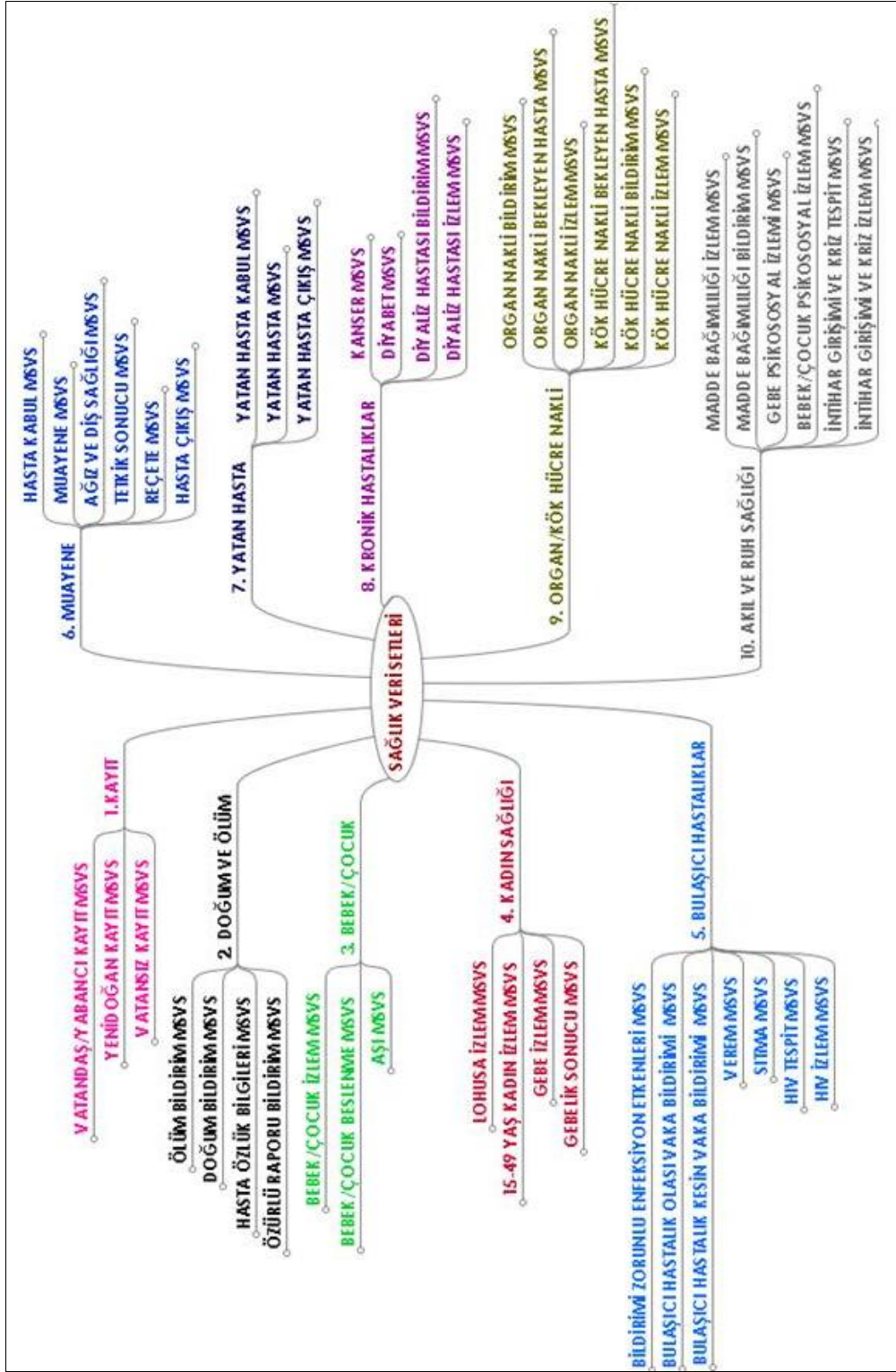
Minimum Veri Setleri, (MVS) Sağlık Bakanlığının sahadan toplayacağı minimum içeriğe sahip veri gruplarını ifade eder.

Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, ülke çapında sağlık konusunda referans bir sözlük niteliği taşır. USVS içerisinde, farklı seviyelerdeki sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlarda kullanılacak veri elemanları tanımlanır. İhtiyaç duyulduğunda, aynı standartlara uyarak kayıt altına alınan verilerin bazıları, setler halinde ilgili kurumlardan talep edilir. Veri toplama konusunda, yine ulusal standart haline gelecek olan bu yeni yapıda kullanılacak veri kümelerine, Minimum Sağlık Veri Setleri (MSVS) adı verilir.

MSVS sistemi ile şimdiye kadar kâğıt ortamda toplanan veriler, gelişen haberleşme ve bilişim teknolojisi altyapısını kullanarak daha hızlı ve doğru bir şekilde elektronik ortamda Bakanlığa iletilmektedir. MSVS'ler değişken ve güncellenebilen bir yapıdadır. Sahadan yeni bir verinin toplanması gerektiğinde, belirli periyotlarla MSVS içerikleri ihtiyacı karşılayacak şekilde güncellenir. Bu yönü itibariyle oldukça dinamik bir şekilde veri setleri tanımlanır. Bu yaklaşım, başlangıçta sadece sağlık verisi toplama amacıyla geliştirilen veri setlerine, idari ve mali veri setlerinin de eklenmesiyle, daha kapsamlı bir hale getirilmiştir.

Veri setlerini ana gruplar halinde ifade etmek gerekirse 10 farklı veri seti grubundan bahsetmek mümkündür.

- Kayıt veri setleri
- Doğum-ölüm veri setleri
- Bebek-çocuk veri setleri
- Kadın sağlığı veri setleri
- Bulaşıcı hastalık veri setleri
- Muayene grubu veri setleri
- Yatan hasta veri setleri
- Kronik hastalık veri setleri
- Organ ve kök hücre nakil veri setleri
- Akıl ve ruh sağlığı veri setleri



Şekil 2.2: Minimum sağlık veri setleri

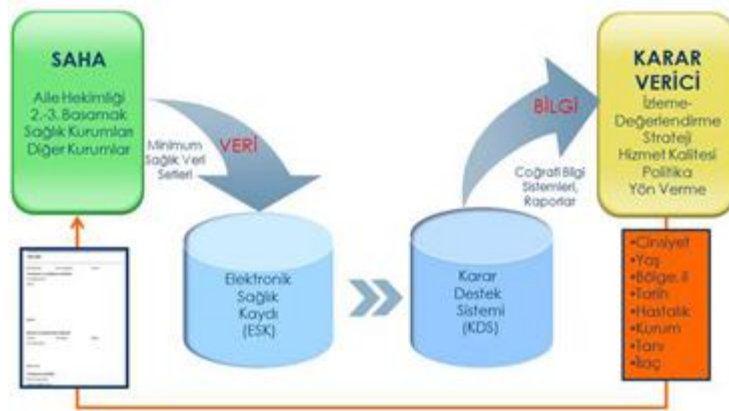
MSVS'lerin kolay güncellenebilir yapısı, sahadan veri toplama konusunda büyük emek harcanan mevcut yapıyı, çok daha esnek, hızlı ve verimli bir hale gelir. Yeni bir bilgiye ihtiyaç duyulduğunda, öncelikle standart bir prosedüre göre bu bilginin gerçekten ihtiyaç olup olmadığı, mevcut verilerden elde edilip edilemediği vb. gibi konular ele alınır. Şayet bu bilgi, USVS'de yeni veri elemanlarının tanımlanmasını ve MSVS içerisine dahil edilmesini gerektiriyorsa yine prosedüre uygun şekilde sisteme dahil edilir. Bu şekilde yürütülen çalışmalar, yılın belirli dönemlerinde MSVS'lere yansıtılır. Sahada kullanılan bilgi sistemlerinin bu yeni yapıya uygun şekilde tasarlanması istenir. Böylelikle sahadan gelecek veriler otomatik olarak aktarılmaya devam eder. Ayrıca, bütün bu işlemlerin yapılması için takip edilmesi gereken prosedürler, Bakanlığın da bilgiye ulaşma, politika üretme konusunda daha sağlam bir disipline kavuşmasına imkân tanır.

➤ Karar Destek Sistemi (KDS)

Karar vermeyi kolaylaştıran daha etkili ve doğru karar vermek için tasarlanan değişik model ve uygulamaları kapsamı içinde bulunduran sistemlere, Karar Destek Sistemleri denir.

KDS'ler, karar verici için bir analiz sunar ve bu analize dayanarak bir karar tavsiyesinde bulunur. KDS yöneticilerin; karar vermesine veriye ulaşmasına, özetlemesine ve analiz etmesine yardımcı olur.

Karar destek sistemi uygulamasında, Oracle veri tabanı kullanılır. Veri tabanında OLTP sisteminden gelen veriler tutulur ve burada tasarlanacak rapora göre veriler analiz edilerek kullanıcılara sunulur. Sahadan toplanan veriler Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünde tanımlanan standart veriler ve bu verilerin birlikte yer aldığı veri setlerinden oluşan paketlere göre "Merkez Veritabanına" buradan da "KDS Veri Ambarına" periyodik olarak taşınır.



Şekil 2.3. Karar destek sistemi yapısı

UYGULAMA FAALİYETİ

Aşağıdaki işlem basamaklarını tamamladığınızda sağlık müdürlüğü formlarını kavrayabileceksiniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Sağlık müdürlüğü formlarını sıralayınız.	➤ Modülünüzden konuyu tekrar okuyabilirsiniz.
➤ Formların kullanım amaçlarını açıklayınız.	➤ Arkadaşlarınızla karşılıklı soru cevap yöntemi ile bilgi paylaşımında bulunabilirsiniz.
➤ Elektronik ortamda veri aktarımını açıklayınız.	➤ İnternette konu ile ilgili bilgi alabilirsiniz. ➤ Modülünüzden konuyu tekrar okuyabilirsiniz..

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi, yıl ortası nüfus tespitleri formudur?
A) Form 024
B) RS 40
C) Form 002-003/B
D) Form 024
2. Aşağıdakilerden hangisi I. basamak sağlık kurumlarının aylık çalışma doküman sonuçlarını sağlık müdürlüğünden sağlık bakanlığına bildirilmesinde kullanılır?
A) Form 024
B) Form 002-003/B
C) RS 10
D) RS 40
3. Aşağıda verilen bilgilerden hangisi, Form 024 için doğrudur?
A) Günlük olarak bildirim yapılır.
B) Aylık olarak bildirim yapılır.
C) Üç aylık bildirim yapılır.
D) Vaka tespitinde bildirim yapılır.
4. Aşağıdaki formlardan hangisi, yıllık olarak düzenlenir?
A) Aylık sıtma çalışmaları.
B) Kırmızı ve yeşil reçete bilgi formu.
C) RS 40
D) Form 002-003/B
5. Karar Destek Sistemi için aşağıda verilen cümlelerden, hangisi doğru değildir?
A) Karar verici için analiz sunar.
B) Yöneticilerin veriye ulaşmasına olanak sağlar.
C) USVS den bağımsız çalışır.
D) Oracle veri tabanı kullanılır.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise “Modül Değerlendirme”ye geçiniz.

MODÜL DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümleleri doğru/yanlış durumuna göre değerlendiriniz.

1. () Eğitim ve Araştırma hastaneleri; Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.
2. () Form 056 üç aylık ve yıllık olarak düzenlenir.
3. () 053 ağız ve diş sağlığı çalışmaları formudur.
4. () Hastane doğumlarını değerlendirme formu; normal doğum ile sezaryen doğumların karşılaştırılması için kullanılır.
5. () RS 20 sağlık müdürlüğü tarafından hastanın hastaneye gönderilmesinde kullanılan formdur.
6. () RS 50 ruh hastalıkları hastanesi tarafından doldurulan bir formdur.
7. () İntihar girişimleri kayıt formu gizlilik gerektirir.
8. () Kanser kayıt bildirim formu için gizlilik esasına uymak gerekmez.
9. () Ölüm istatistik formu günlük doldurulur.
10. () Tüberküloz hasta bildirim formunun bildirimini aylık olarak yapılır.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki modüle geçmek için öğretmeninize başvurunuz.

CEVAP ANAHTARLARI

ÖĞRENME FAALİYETİ 1'İN CEVAP ANAHTARI

1	C
2	D
3	B
4	C
5	D

ÖĞRENME FAALİYETİ 2'NİN CEVAP ANAHTARI

1	C
2	A
3	B
4	D
5	C

MODÜL DEĞERLENDİRME CEVAP ANAHTARI

1	Doğru
2	Doğru
3	Yanlış
4	Doğru
5	Yanlış
6	Doğru
7	Doğru
8	Yanlış
9	Doğru
10	Yanlış

KAYNAKÇA

- SÜMBÜLOĞLU Kadir, Vildan SÜMBÜLOĞLU, **Tıbbi Dokümantasyon** Songür yayın, Ankara, 2002
- Ankara Numune Hastanesi istatistik birimi.
- Ankara Sağlık Müdürlüğü bilgi işlem şubesi.
- www.istanbulsaglik.gov.tr
- www.saglik.gov.tr