MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

UYGULAMALI EĞİTİME ALINACAK ÖĞRENCİLER İÇİN TEK HEKİM İMZALI SAĞLIK RAPORU FORMU

T.C. Kimlik No	
Adı Soyadı	
Baba Adı	
Anne Adı	
Doğum Tarihi /Yeri	
Tel No	
Adres	
T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama takvimine uygun tam olarak aşılandığımı beyan ediyorum Adı / Soyadı: Tarih: ___/___/_____ İmza:	

Serolojik Tetkikler

HBsAg	( ) pozitif	( ) negatif
Anti-HCV	( ) pozitif	( ) negatif
Anti HIV	( ) pozitif	( ) negatif
HAV IgG	( ) pozitif	( ) negatif
Anti-HBs	_____ mIU/mL	

Alttaki hastalıklar için bağışıklık durumu beyanı esastır, tetkik istenmeyecektir

Kızamık	( ) Bağışık	( ) Aşılanması Gerekir
Kızamıkcık	( ) Bağışık	( ) Aşılanması Gerekir
Kabakulak	( ) Bağışık	( ) Aşılanması Gerekir
❖ Suçiçeği	( ) Bağışık	( ) Aşılanması Gerekir

❖ (1 Ocak 2012 öncesi doğanlar ve hastalık öyküsü olmayanlara aşılama tavsiye edilir)

TETANOZ (Tetanoz Difteri)	Orta öğretim8. sınıfta aşılanmış, Yaş ≤22	( ) Aşılanmasına gerek yoktur
	Orta öğretim8. sınıfta aşılanmış, Yaş ≥23	( ) Tek Doz Aşı gerekir
	Orta Öğretim 8. sınıfta aşılanmamış/hatırlamıyor/bilmiyor	( ) 3 Doz Aşı Gerekir
10 yılda bir tek doz rapel tetanoz aşısı tavsiye edilir.		
İNFLUENZA	( ) Her yıl Eylül-Ekim-Kasım aylarında Aşılanması Gerekir.	

Tanı:_____

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen .....'in yapılan fizik muayenesinde ve serolojik tetkik değerlendirilmesinde sağlık kurumlarında uygulamalı eğitim almasında sakınca olmadığına ilişkin hekim kanaat raporudur.

Hekim Adı / Soyadı / Kaşe/ İmzası