

# CORONAVİRÜS-19 (Covid-19) BİLGİLENDİRME

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ  
ENFEKSİYON HASTALIKLARI KLİNİĞİ

# AYAKTAN BAŞVURAN HASTALAR İÇİN OLASI COVID-19 VAKA SORGULAMA KILAVUZU

COVID-19 Vaka Algoritmasına uygun şekilde (önlük, tıbbi maske, yüz koruyucu veya gözlük) giyimli bir sağlık personeli tarafından triaj yapılır.

Ateş öykünüz var mı?

Bilinmiyor ise ateş ölçülür .....

☐ Evet ☐ Hayır

Öksürüğünüz var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Nefes almakta güçlük veya solunum sıkıntınız var mı?

☐ Evet ☐ Hayır



Yukarıdaki sorulardan herhangi birisine verilen yanıt **EVET** ise **HASTAYA MASKE TAKILIR** ve **COVID-19** için ayrılmış alana yönlendirilir.

# AYAKTAN BAŞVURAN HASTALAR İÇİN OLASI COVID-19 VAKA SORGULAMA KILAVUZU

Yukarıdaki soruların tümüne verilen yanıt **HAYIR** ise hastaya aşağıdaki sorular sorulur.

Son 14 gün içerisinde yurt dışında bulundunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

Son 14 gün içerisinde ev halkından birisi yurt dışından geldi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

Son 14 gün içerisinde yakınlarınızdan herhangi birisi solunum yolu hastalığı nedeni ile hastaneye yattı mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Son 14 gün içerisinde yakınlarınızdan COVID-19 hastalığı tanısı olan birisi oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır



Herhangi birisine **EVET** cevabı verilir ise **COVID-19** riski olduğu için **HASTAYA MASKE TAKILIR** ve **COVID-19** için ayrılmış alana yönlendirilir.

Yukarıdaki soruların hepsine yanıt **HAYIR** ise COVID-19 açısından **düşük riskli** olarak kabul edilir ve şikayeti yönünde değerlendirilmek üzere ilgili bölüme yönlendirilir.

### III. VAKA TANIMI VE VAKA YÖNETİMİ

#### Olası Vaka:

A:

- Ateş veya akut solunum yolu hastalığı belirti ve bulgularından en az biri (öksürük ve solunum sıkıntısı), VE
- Klinik tablonun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması VE
- Semptomların başlamasından önceki 14 gün içerisinde kendisi veya yakınının yurt dışında bulunma öyküsü

VEYA

B:

- Ateş veya akut solunum yolu hastalığı belirti ve bulgularından en az biri (öksürük ve solunum sıkıntısı), VE
- Semptomların başlamasından önceki 14 gün içerisinde doğrulanmış COVID-19 vakası ile yakın temas eden

VEYA

C:

- Ateş ve ağır akut solunum yolu enfeksiyonu belirti ve bulgularından en az biri (öksürük ve solunum sıkıntısı), **VE**
- Hastanede yatış gerekliliği varlığı (SARI)\* **VE**
- Klinik tablonun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması

*\*SARI (Severe Acute Respiratory Infections-Ağır Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları) → son 14 gün içinde gelişen akut solunum yolu enfeksiyonu olan bir hastada, ateş, öksürük ve dispne, takipne, hipoksemi, hipotansiyon, akciğer görüntülemesinde yaygın radyolojik bulgu ve bilinç değişikliği nedeniyle hastaneye yatış gerekliliği*

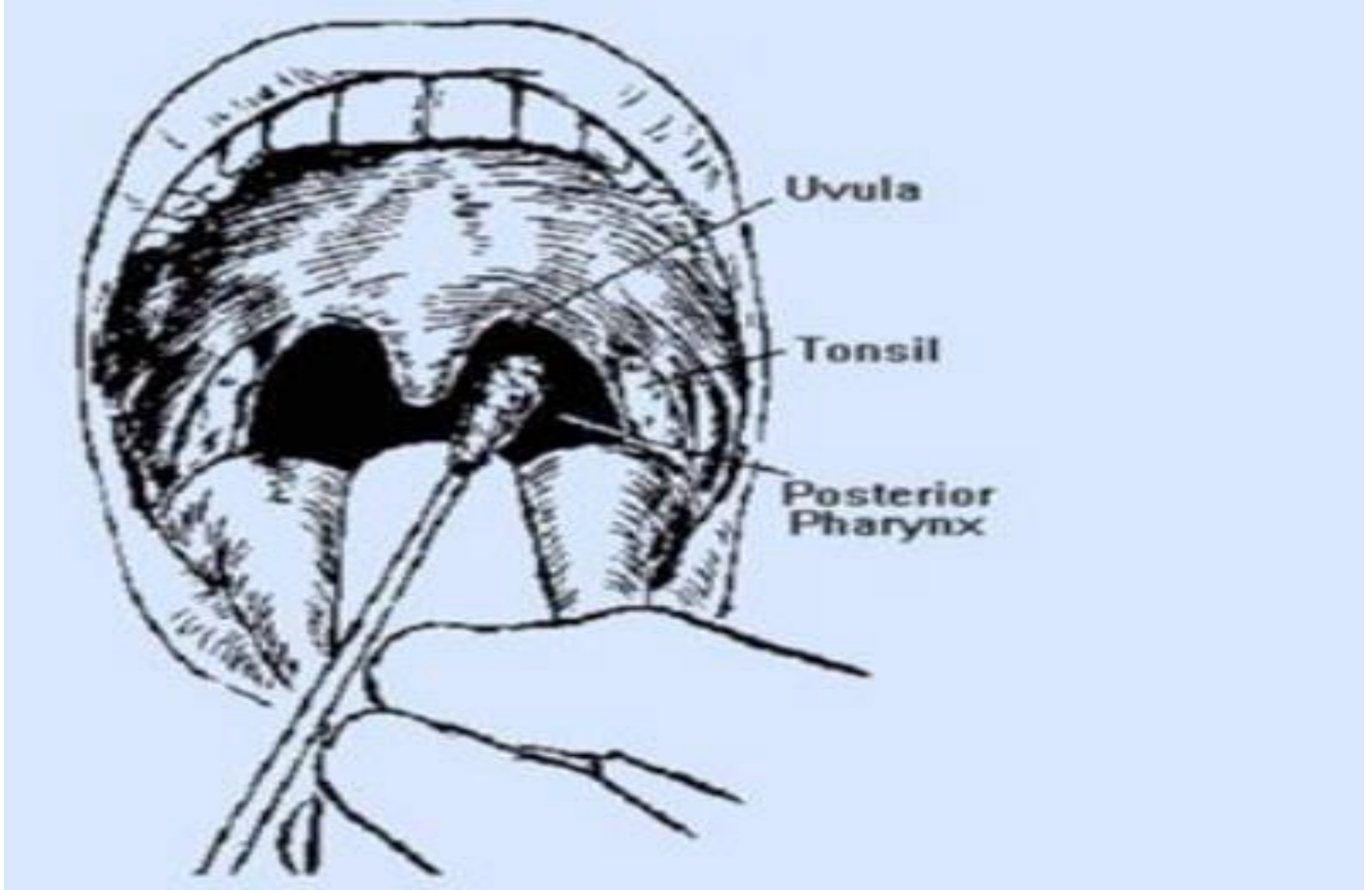
VEYA

D:

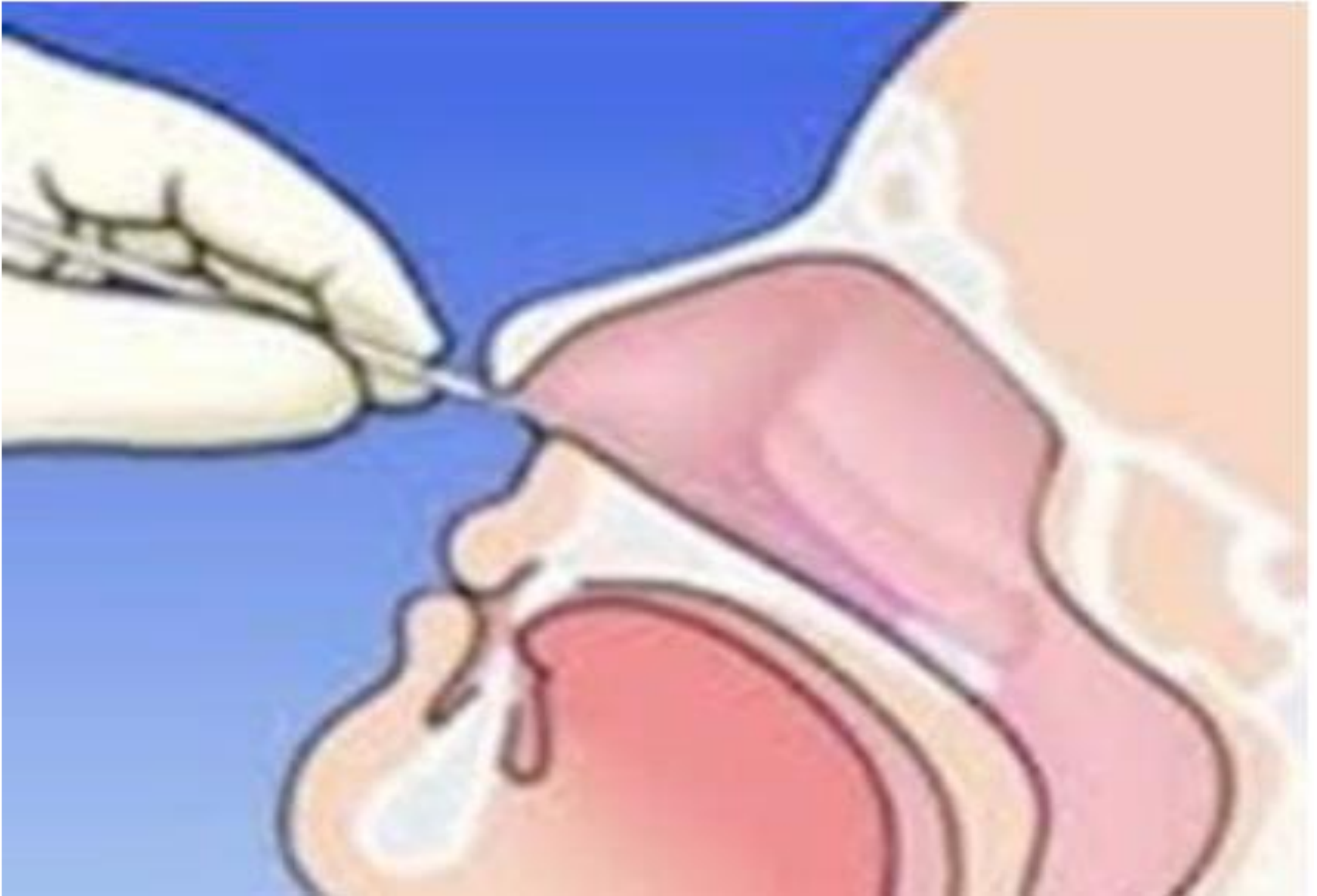
Ani başlangıçlı ateş ile birlikte öksürük veya nefes darlığı olması ve burun akıntısı olmaması

**Kesin Vaka:** Olası vaka tanımına uyan olgulardan moleküler yöntemlerle SARS-CoV-2 saptanan olgular.

## COVID-19 İÇİN ÖRNEK ALMA İŞLEMİ-1



## COVID-19 İÇİN ÖRNEK ALMA İŞLEMİ-2



# Koruyucu ekipmanın uygun kullanımı

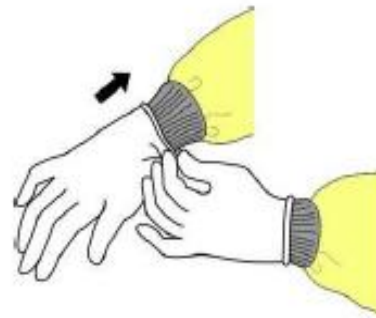
- Giyme sırası

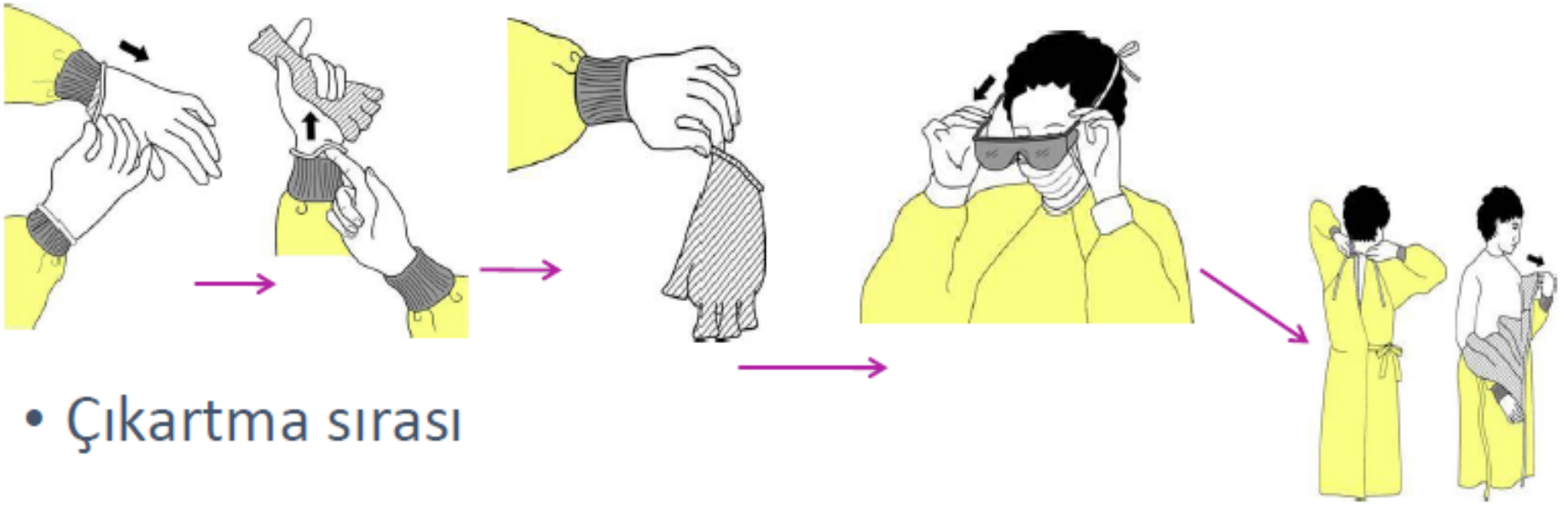
- Önlük

- Maske

- Gözlük-yüz koruyucu

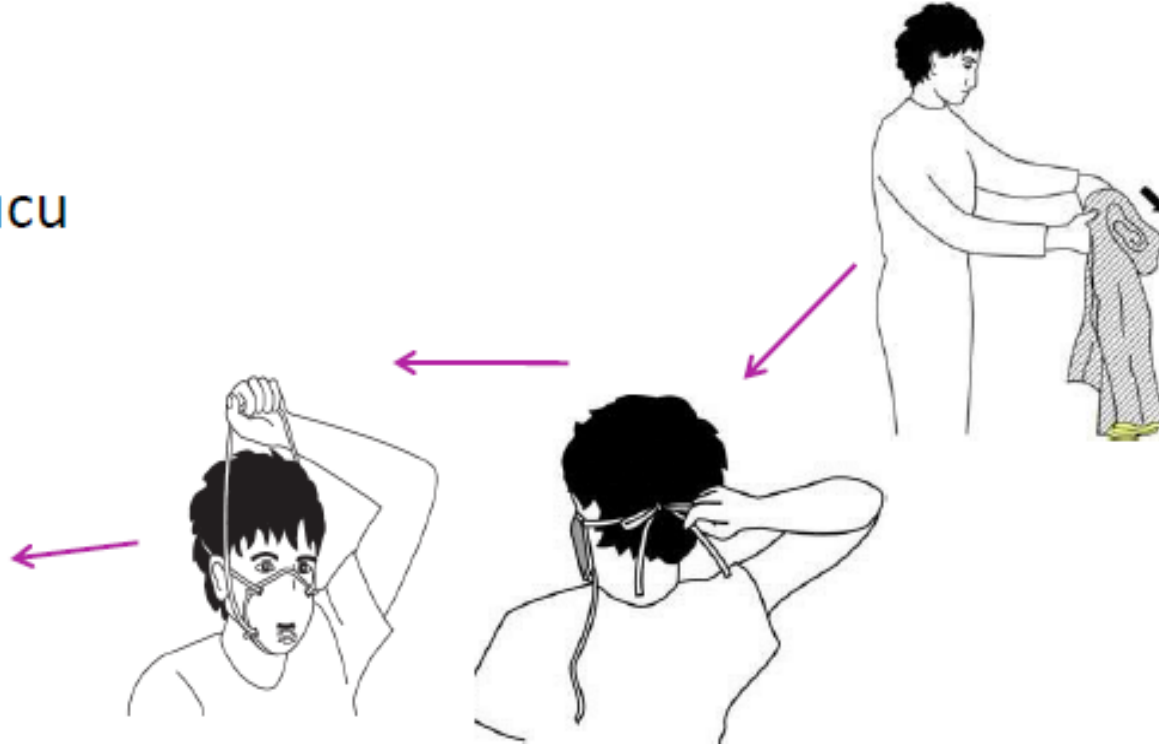
- Eldiven





- Çıkartma sırası

- Eldiven
- Gözlük-yüz koruyucu
- Önlük
- Maske



# COVID-19 HASTALIĞINA YÖNELİK SAĞLIK KURULUŞU, PERSONEL VE FAALİYET TÜRÜNE GÖRE KULLANILMASI ÖNERİLEN KORUYUCU EKİPMANLAR<sup>a</sup>

| Yer                                                                   | Hedef Personel/ Hasta               | Aktivite                                       | Kişisel Koruyucu Ekipman/ İşlem Tipi                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI                                              |                                     |                                                |                                                                                                                  |
| Hasta Odası                                                           | Sağlık Personeli                    | Hastaya direk bakım verme                      | Tıbbi maske (Cerrahi maske)<br>Önlük<br>Eldiven<br>Gözlük/Yüz koruyucu                                           |
|                                                                       |                                     | Damlacık çekirdeği: aerosol oluşturan işlemler | N95 ya da FFP2 ya da eşdeğeri maske<br>Eldiven<br>Gözlük/Yüz koruyucu<br>Önlük                                   |
|                                                                       | Temizlik personeli                  | Hasta odasına girerken                         | Tıbbi maske<br>Önlük<br>Eldiven<br>Gözlük/Yüz koruyucu (eğer organik materyal veya kimyasal sıçrama riski varsa) |
|                                                                       | Ziyaretçiler <sup>b</sup>           | Hasta odasına girerken                         | Tıbbi maske<br>Önlük<br>Eldiven                                                                                  |
| Hasta geçişinin olduğu tüm diğer alanlar (klinikler, koridorlar gibi) | Sağlık personeli dahil tüm personel | Hastayla temas sağlamayacak tüm aktiviteler    | Kişisel koruyucu ekipmana gerek yoktur.                                                                          |

|               |                                           |                                                                 |                                                                                                                                                           |
|---------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Triyaj        | Sağlık personeli                          | Hastayla doğrudan temas içermeyen ön değerlendirme <sup>c</sup> | En az 1 metre mesafeyi sağlayacak şekilde yapılmalıdır. Kişisel koruyucu ekipmana gerek yoktur. (1 metre mesafe korunamayacaksa tıbbi maske takılmalıdır) |
|               | Solunum yolu semptomları olan hastalar    | Her durumda                                                     | En az 1 metre mesafeyi sağlayacak şekilde Hasta tolere edebiliyorsa tıbbi maske takması sağlanmalı                                                        |
|               | Solunum yolu semptomları olmayan hastalar | Her durumda                                                     | Kişisel koruyucu ekipmana gerek yoktur.                                                                                                                   |
| Laboratuvar   | Laboratuvar teknisyeni                    | Solunum örnekleri çalışılırken                                  | Tıbbi maske<br>Önlük<br>Eldiven<br>Gözlük/Yüz koruyucu (sıçrama riski varsa)                                                                              |
| Ofis alanları | Sağlık personeli dahil tüm personel       | Hastalarla temas gerektirmeyen tüm idari görevler               | Kişisel koruyucu ekipmana gerek yoktur.                                                                                                                   |

Uygun KKE kullanımına ek olarak sık el hijyeni ve solunum hijyeni her zaman uygulanmalıdır. KKE kullanımdan sonra tıbbi atık kutusuna atılmalı, KKE takmadan önce ve de taktıktan sonra el hijyeni uygulanmalıdır.

Ziyaretçiye izin verilmez. Zorunlu hallerde COVID-19 hasta odasına girmeleri gerekiyorsa, KKE'yi takıp çıkarmaları ve KKE'yi takmadan önce ve sonra el hijyeni uygulamaları hakkında bir sağlık çalışanı tarafından bilgilendirilmeli ve denetlenmelidir.

Bu kategori, en az 1 metre mesafeyi korurken dokunmasız termometreler, termal görüntüleme kameraları kullanmayı; sınırlı gözlem ve sorgulamayı içerir.

# COVID-19 HASTALIGINA YÖNELİK SAĞLIK KURULUŞU, PERSONEL VE FAALİYET TÜRÜNE GÖRE KULLANILMASI ÖNERİLEN KORUYUCU EKİPMANLAR<sup>a</sup>

| Yer                      | Hedef Personel/ Hasta                     | Aktivite                                                                         | Kişisel Koruyucu Ekipman/ İşlem Tipi                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AYAKTAN TEDAVİ KURUMLARI |                                           |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                             |
| Poliklinik               | Sağlık personeli                          | Solunum yolu semptomları olan hastanın muayenesi sırasında                       | Tıbbi maske<br>Önlük<br>Eldiven<br>Gözlük/Yüz koruyucu                                                                                                                                                                                      |
|                          | Sağlık personeli                          | Solunum yolu semptomları olmayan hastaların muayenesi sırasında                  | Standart önlemler ve risk değerlendirmesine göre KKE                                                                                                                                                                                        |
|                          | Solunum yolu semptomları olan hastalar    | Her durumda                                                                      | Hasta tolere edebiliyorsa tıbbi maske takması sağlanmalı                                                                                                                                                                                    |
|                          | Solunum yolu semptomları olmayan hastalar | Her durumda                                                                      | KKE gerekli değildir.                                                                                                                                                                                                                       |
|                          | Temizlik personeli                        | Solunum yolu semptomları olan hastaların değerlendirildiği odaların temizliğinde | Tıbbi maske<br>Önlük<br>İş eldiveni<br>Gözlük/Yüz koruyucu (eğer organik materyal veya kimyasal sıçrama riski varsa)<br>Bot ya da kapalı iş ayakkabısı                                                                                      |
| Bekleme alanı            | Solunum yolu semptomları olan hastalar    | Her durumda                                                                      | Hastanın tıbbi maske takması sağlanmalıdır. Hasta en kısa zamanda izolasyon odasına veya diğer kişilerden ayrı bir alana alınmalıdır. Eğer bu mümkün değilse diğer hastalarla arasında en az 1 metre mesafe olacak şekilde bekletilmelidir. |
|                          | Solunum yolu semptomları olmayan hastalar | Her durumda                                                                      | KKE gerekli değildir.                                                                                                                                                                                                                       |
| İdari Ofisler            | Sağlık personeli dahil tüm personel       | İdari görevler                                                                   | KKE gerekli değildir.                                                                                                                                                                                                                       |
| Triyaj                   | Sağlık personeli                          | Hastayla doğrudan temas içermeyen ön değerlendirme                               | Hastayla en az 1 metre mesafe sağlanmalıdır. KKE gerekli değildir. (1 metre mesafe korunamayacaksa tıbbi maske takılmalıdır)                                                                                                                |
|                          | Solunum yolu semptomları olan hastalar    | Her durumda                                                                      | Hastayla en az 1 metre mesafe sağlanmalıdır. Hastanın tıbbi maske takması sağlanmalıdır.                                                                                                                                                    |
|                          | Solunum yolu semptomları olmayan hastalar | Her durumda                                                                      | KKE gerekli değildir.                                                                                                                                                                                                                       |

Uygun KKE kullanımına ek olarak sık el hijyeni ve solunum hijyeni her zaman uygulanmalıdır. KKE kullanımdan sonra tıbbi atık kutusuna atılmalı, KKE takmadan önce ve de taktıktan sonra el hijyeni uygulanmalıdır.

Ziyaretçiye izin verilmez. Zorunlu hallerde COVID-19 hasta odasına girmeleri gerekiyorsa, KKE'yi takip çıkarmaları ve KKE'yi takmadan önce ve sonra el hijyeni uygulamaları hakkında bir sağlık çalışanı tarafından bilgilendirilmeli ve denetlenmelidir.

Bu kategori, en az 1 metre mesafeyi korurken dokunmasız termometreler, termal görüntüleme kameraları kullanmayı; sınırlı gözlem ve sorgulamaı içerir.

# COVID-19 HASTALIĞINA YÖNELİK SAĞLIK KURULUŞU, PERSONEL VE FAALİYET TÜRÜNE GÖRE KULLANILMASI ÖNERİLEN KORUYUCU EKİPMANLAR<sup>a</sup>

| Yer                                 | Hedef Personel/ Hasta                            | Aktivite                                                                                                                                   | Kişisel Koruyucu Ekipman/ İşlem Tipi                                                                                                                                |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HASTANIN TAŞINMASI SIRASINDA</b> |                                                  |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                     |
| Geçici izolasyon alanları           | Personel                                         | İzolasyon alanına giren ancak direkt yardımda bulunmayan                                                                                   | 1 metre mesafe koruma<br>Tıbbi maske<br>Eldiven<br>Göz koruması                                                                                                     |
|                                     | Personel, sağlık personeli                       | Hastanın sağlık merkezine transportuna yardımcı olanlar                                                                                    | Tıbbi maske<br>Önlük<br>Eldiven<br>Göz koruması                                                                                                                     |
|                                     | Temizlik personeli                               | İzolasyon alan temizliği                                                                                                                   | Tıbbi maske<br>Önlük<br>Temizlik eldiveni<br>Göz koruması (organik sıvıların sıçrama ihtimali olduğu durumlarda)<br>Çizme veya kapalı ayakkabı                      |
| Ambulans ya da transport araçları   | Sağlık personeli                                 | Şüpheli COVID-19 hastalarını sağlık kuruluşuna naklederken                                                                                 | Tıbbi maske<br>Önlük<br>Eldiven<br>Göz koruması                                                                                                                     |
|                                     | Araç Şoförü                                      | Sadece COVID-19 hastalığı olduğundan şüphelenilen hastanın nakil aracını sürüyor ve sürücü bölmesi COVID-19 hastasından ayrı bir bölüm ise | En az 1 metre mesafe sağlanmalıdır.<br>KKE gerekli değildir.                                                                                                        |
|                                     |                                                  | COVID-19 hastalığı olduğundan şüphelenilen hastayı araca bindirme ve araçtan indirme esnasında yardımda bulunduğu                          | Tıbbi maske<br>Önlük<br>Eldiven<br>Göz koruması                                                                                                                     |
|                                     |                                                  | COVID-19 olduğundan şüphelenilen hasta ile doğrudan temas yok, ancak sürücü ve hasta bölmeleri arasında ayırım olmadığı                    | Tıbbi maske                                                                                                                                                         |
|                                     | COVID-19 hastalığı olduğundan şüphelenilen hasta | Sağlık kuruluşuna naklederken                                                                                                              | Tolere ederse Tıbbi maske                                                                                                                                           |
|                                     | Temizlik personeli                               | COVID-19 hastalığı olduğundan şüphelenilen hastaların sağlık kuruluşuna taşınmasından sonra ve bunlar arasında temizlik                    | Tıbbi maske<br>Önlük<br>Temizlik eldiveni<br>Gözlerin korunması (organik maddelerden veya kimyasallardan sıçrama riski varsa)<br>Botlar veya kapalı iş ayakkabıları |

Uygun KKE kullanımına ek olarak sık el hijyeni ve solunum hijyeni her zaman uygulanmalıdır. KKE kullanımdan sonra tıbbi atık kutusuna atılmalı, KKE takmadan önce ve de taktıktan sonra el hijyeni uygulanmalıdır.

Ziyaretçiye izin verilmez. Zorunlu hallerde COVID-19 hasta odasına girmeleri gerekiyorsa, KKE'yi takıp çıkarmaları ve KKE'yi takmadan önce ve sonra el hijyeni uygulamaları hakkında bir sağlık çalışanı tarafından bilgilendirilmeli ve denetlenmelidir.

Bu kategori, en az 1 metre mesafeyi korurken dokunmasız termometreler, termal görüntüleme kameraları kullanmayı; sınırlı gözlem ve sorgulamayı içerir.

# COVID-19 POLİKLİNİĞİ VEYA ACIL SERVİSE HASTA KABULÜ VE TAKIBI (15 yaş ve üzeri vakalar için)



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
SAĞLIK BAKANLIĞI

Güncelleme Tarihi  
26.03.2020

## Servis\*

YBÜ'ne yatış kriterleri olan hastalar yoğun bakım ünitesine yatırılır.

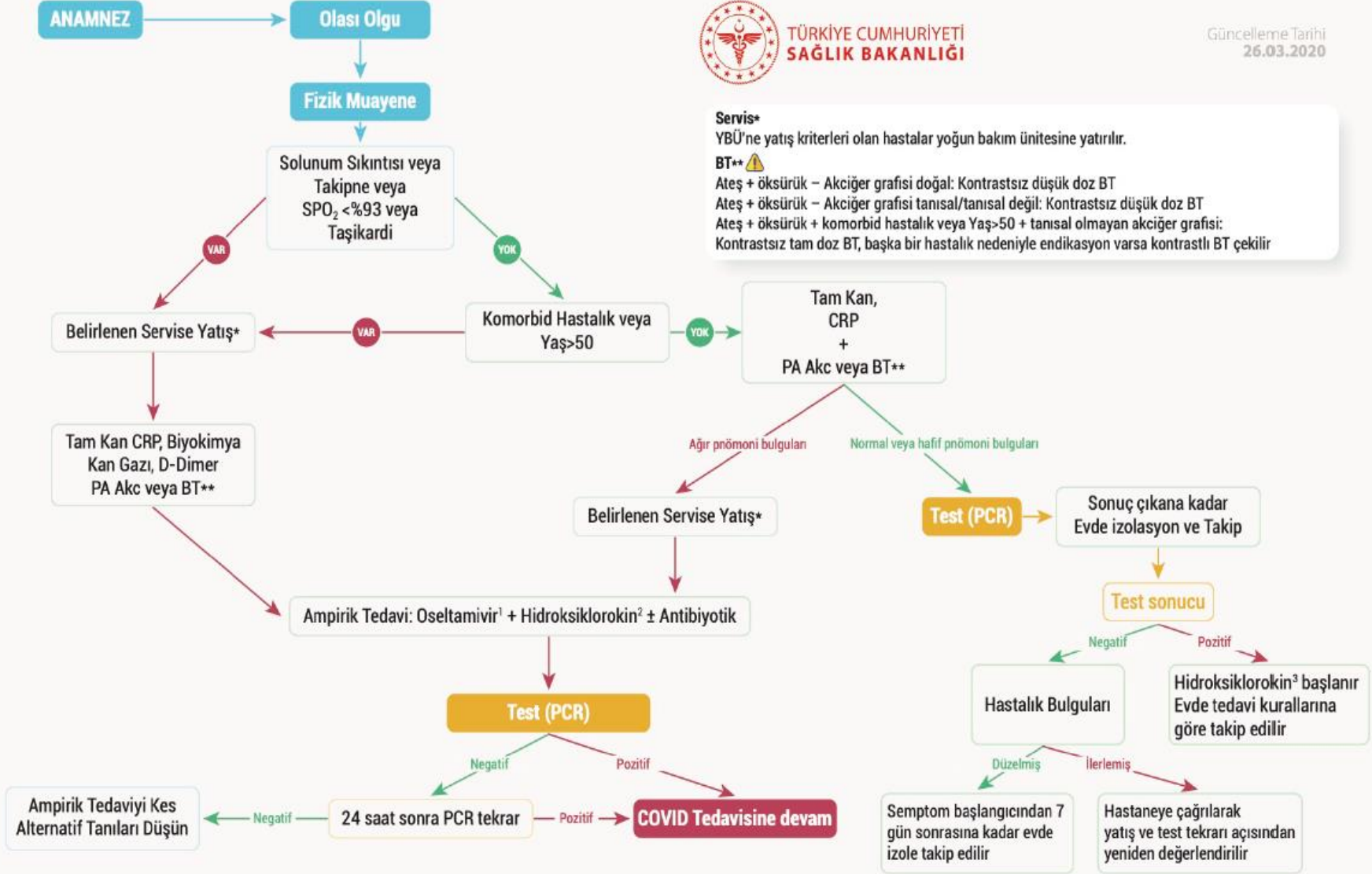
## BT\*\*

Ateş + öksürük – Akciğer grafisi doğal: Kontrastsız düşük doz BT

Ateş + öksürük – Akciğer grafisi tanısal/tanısal değil: Kontrastsız düşük doz BT

Ateş + öksürük + komorbid hastalık veya Yaş>50 + tanısal olmayan akciğer grafisi:

Kontrastsız tam doz BT, başka bir hastalık nedeniyle endikasyon varsa kontrastlı BT çekilir



⚠ 20 yaş altındaki genç kadınlarda BT çekilmesinden kaçınılmalıdır.

⚠ Çapraz bulaşı önlemek için her hastadan sonra BT cihazı uygun şekilde temizlenmelidir.

<sup>1</sup>Influenza testi negatif bulunan hastalarda kesilebilir

<sup>2</sup>Kardiyak aritmi öyküsü olan veya QT mesafesini uzatan ilaç kullanan kişilerde hidroksiklorokin başlanmadan önce EKG çekilmesi gerekir.

<sup>3</sup>Çocuk hastalarda klorokin sadece ağır olgularda kullanılır

-Maske takılı olarak, triyaj – yönlendirme alanından gelen hastaların **COVID-19 olgu tanımı açısından değerlendirmesi** yapılır.

-COVID-19 olgu tanımına uyanlar, belirlenen alana alınır.

-Uygun kişisel koruyucu ekipman (önlük, tıbbi maske, gözlük/yüz koruyucu, eldiven) giyilerek hastanın bulunduğu alana girilir.

- Hastanın anamnezi alınır,

- Muayenesi yapılır:

- Vital bulgularına bakılır (kalp hızı, ritmi, solunum sayısı, kan basıncı, vücut sıcaklığı ve şartlar uygun ise oksijen saturasyonu kontrol edilir),

- Genel durumu stabil olmayan hastanın; solunum desteği, dolaşım desteği sağlanarak ilgili servise yatırışı yapılır\*,

- Durumu stabil olan hastanın muayenesi yapılır.

-Tetkikleri istenir;

- **Kan tetkikleri:**

Tam kan sayımı, Üre, kreatinin, sodyum, potasyum, klor, AST, ALT, total bilirubin, LDH, CPK, D-dimer, troponin, C-reaktif protein değerleri hekimin uygun gördüğü durumlarda istenebilir.

- **Görüntüleme:** Akciğer grafisi çekilir ve değerlendirilerek, aşağıdaki tanımlanmış durumlarda uygun teknikle Akciğer BT\* çekilir.

△ 20 yaş altındaki genç kadınlarda BT çekilmesinden kaçınılmalıdır.

△ Çapraz bulaşı önlemek için her hastadan sonra BT cihazı uygun şekilde temizlenmelidir.

## 1- Komplike olmamış hastalık tablosu olan

- a. Altta yatan hastalığı olmayan (kardiyovasküler hastalıklar, DM, HT, kanser, kronik akciğer hastalıkları başta olmak üzere diğer immünsüpresif durumlar)
- b. Ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük, boğaz ağrısı, nazal konjesyon gibi bulguları olan
- c. Akciğer filmi ve/veya akciğer tomografisi normal olan hastalardan

COVID-19 için kişisel koruyucu ekipman kullanılarak test için solunum yolu örneği alınır. Hastane dışında izolasyon önerisi ile semptom takibi yapılmak üzere, İl/İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından belirlenmiş olan izolasyon alanlarına veya eve gönderilir, günlük olarak takipleri telefon ile yapılır.

Test pozitif çıkarsa hasta yatırılarak oseltamivir ve hidroksiklorokin başlanır. Negatif çıkarsa; hastalık düzeliyorsa alternatif tanıya göre hareket edilir. Testi negatif çıkan ancak hastalık belirtileri kötüleşen hastalar yeniden değerlendirilmek üzere hastaneye çağırılır. COVID-19 ekarte etmek için ikinci solunum yolu örneği alınarak test istenir. Hastanın klinik durumuna göre ayaktan veya yatarak izlenmeye devam eder.

## **2-Pnömoni/Ağır pnömoni tanımına uyanlar**

### **I.**

- a. Solunum sayısı  $< 30$ /dakika olan, oda havasında SpO<sub>2</sub> düzeyi % 90 üzerinde olan ve
- b. Akciğer grafisinde veya tomografisinde pnömoni bulgusu olan hasta

İlgili servise yatırılır. COVID-19 için solunum yolu örneği alınır. Test yapılır. Test sonucu beklenmeden tedavi algoritmasına uygun olarak oseltamivir ve hidroksiklorokin başlanır. Test sonucu takip edilir.

### **II**

- a. Takipnesi olup ( $\geq 30$ /dakika), oda havasında SpO<sub>2</sub> düzeyi % 90 altında olan,
- b. Akciğer grafisinde veya tomografisinde pnömoni bulgusu saptanan veya akut organ disfonksiyonu gelişen hasta

yoğun bakım ünitesine yatırılır. COVID-19 için solunum yolu örneği alınır ve test yapılır. Test sonucu beklenmeden tedavi algoritmasına uygun olarak oseltamivir ve hidroksiklorokin başlanır. Test sonucu takip edilir.

**Test sonuçları pozitif ise;** sonuç İl Sağlık Müdürlüğüne haber verilir ve vaka yönetim şemasına göre hareket edilir.

**Test sonuçları negatif ise;**

Ayaktan izlenen hastalarda klinik bulgularda kötüleşme varsa test tekrarlanır.

Yatırılarak izlenen hastalarda alternatif tanı konulamadı ise test tekrarlanır.

\* Yatışış işleminde aşağıdaki yoğun bakım endikasyonları var ise hasta yoğun bakıma, diğer kossullarda ilgili servise yatırılır.

## Yoğun Bakım Ünitesi Yatış Endikasyonları:

- Solunum sayısı  $\geq 30$
- Dispne ve solunum güçlüğü bulguları
- 5 litre/dakika ve üstünde nazal oksijen desteğine rağmen oksijen saturasyonu %90'ın altında olan olgular
- 5 litre/dakika ve üstünde nazal oksijen desteğine rağmen parsiyel oksijen basıncı 70 mmHg'nın altında olan olgular
- $PaO_2/FiO_2 < 300$
- Laktat  $> 4$  mmol/L
- Akciğer grafisi veya tomografide bilateral infiltrasyonlar veya multi-lober tutulum
- Hipotansiyon (sistolik kan basıncı  $< 90$  mmHg, olağan SKB'den  $> 40$  mmHg düşüş, ortalama arter basıncı  $< 65$  mmHg)
- Cilt perfüzyon bozukluğu
- Böbrek fonksiyon testi, karaciğer fonksiyon testi bozukluğu, trombositopeni, konfüzyon gibi organ disfonksiyonu
- İmmünsüpresif hastalık varlığı
- Birden fazla özellikle kontrolsüz komorbidite varlığı
- Troponin yüksekliği, aritmi

**Blo 1: Sağlık Çalışanının COVID-19 Hastası ile Temas Durumunun Değerlendirmesi**

|                                                                           | Sağlık Çalışanının Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) kullanma durumu                        | Temas Riski |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>errahi Maske<br/>kılınmış COVID-19<br/>astasıyla yoğun<br/>emas</b>    | Hiçbir KKE'yi Kullanmamış                                                                | Orta        |
|                                                                           | Tıbbi Maske veya N95 kullanmamış veya N95 endikasyonu olan durumda tıbbi maske kullanmış | Orta        |
|                                                                           | Göz koruyucu kullanmamış                                                                 | Düşük       |
|                                                                           | Eldiven ve önlük kullanmamış                                                             | Düşük       |
|                                                                           | Tüm KKE'yi uygun şekilde kullanmış                                                       | Düşük       |
| <b>errahi Maske<br/>akılmamış<br/>COVID-19 hastası ile<br/>oğun temas</b> | Hiçbir KKE'yi Kullanmamış                                                                | Yüksek      |
|                                                                           | Tıbbi Maske veya N95 kullanmamış                                                         | Yüksek      |
|                                                                           | N 95 endikasyonu olan durumda tıbbi maske kullanımı                                      | Orta        |
|                                                                           | Göz koruyucu kullanmamış                                                                 | Orta        |
|                                                                           | Eldiven ve önlük kullanmamış                                                             | Düşük       |
|                                                                           | Tüm KKE'yi uygun şekilde kullanmış                                                       | Düşük       |

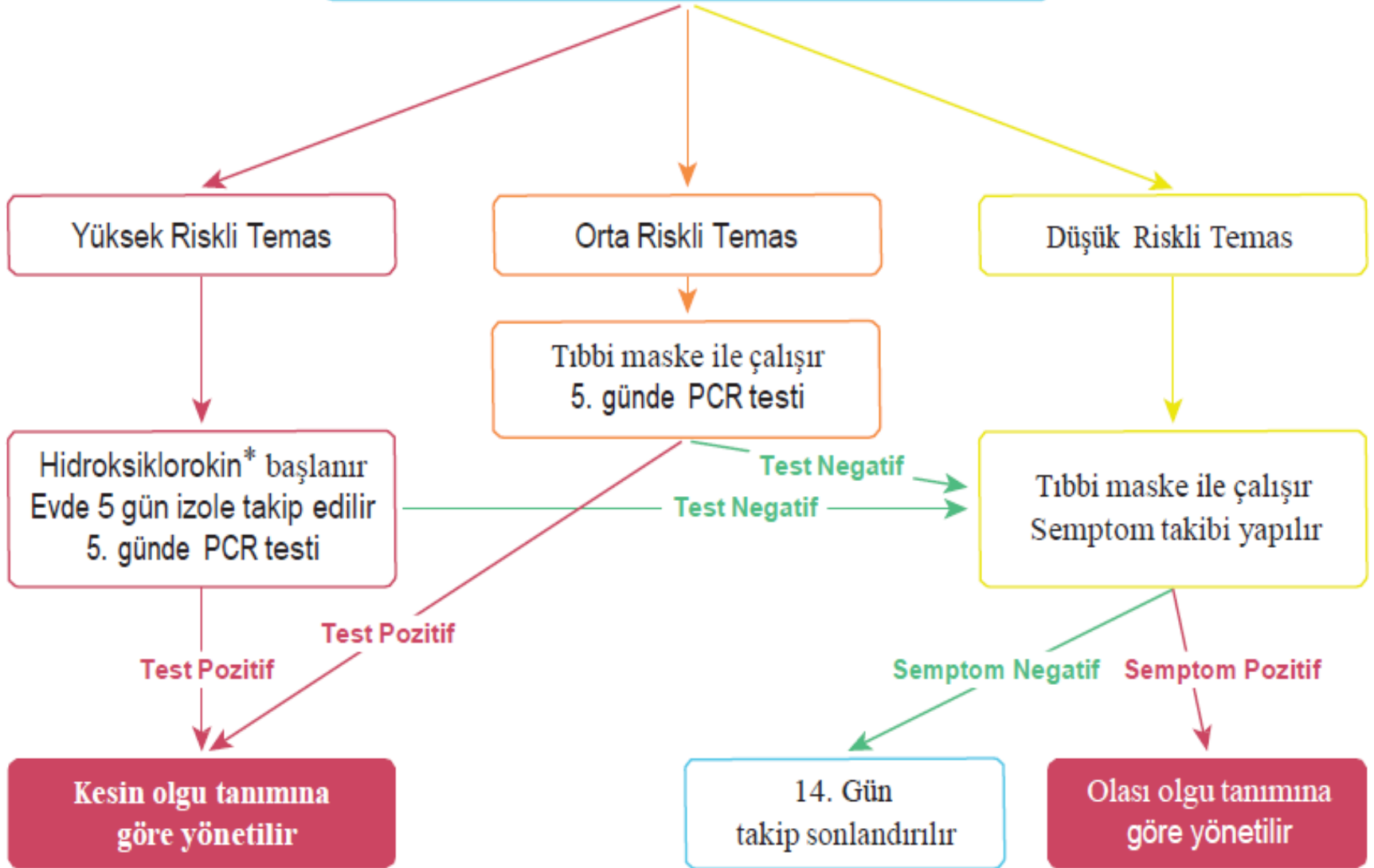
Triyaj deskinde kısa konuşmalar, hasta odasına hastayla temas etmeden kısa süreli girişler, taburcu olan hastanın odasına girişler riskli görülmemektedir.

- » Hastaya yürüme sırasında eşlik eden, hasta ve çıkartıları ile temas etmeyen ve hasta odasına girmeyen sağlık çalışanı riskli kabul edilmez.
- » Hastayla direkt temas etmeyen, hastaya aktif bakım verilen odalara girmeyen ve rutin güvenlik önlemlerine uyan sağlık çalışanlarında temas riski söz konusu değildir.

Yoğun temas aşağıdaki işlemlerden herhangi biri yapılırken gerçekleşen birkaç dakikadan uzun süre hastayla yüzyüze kalmaya neden olan temas:

- » Solunum yolu örneği alınması
- » Entübasyon
- » Solunum sekresyonlarının aspirasyonu
- » Non-invazif ventilasyon
- » Oksijen tedavisi
- » Kardiyopulmoner resüsitasyon
- » Nebülizer kullanımı
- » Bronkoskopi
- » Endoskopi
- » Videolaringoskopi
- » Diş hekimliği uygulamaları
- » Ağız-boğaz-burun muayenesi
- » Oftalmolojik muayeneler
- » Sentral kateter takılması

## Temaslı Sağlık Çalışanı





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
HALK SAĞLIĞI  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

## 2019 Yeni Koronavirüs Enfeksiyonu (COVID-19) VAKA BİLGİ FORMU

Güncelleme Tarihi: 06/03/2020

Sayfa No:1/1

|                                                   | <b>İl adı:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Formun doldurulma tarihi:</b> ...../...../20.....                                                                                                                                                                                                                                              |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------------------|----------|---------------------|---------------------|----------|---------------------|---------------------|----------|---------------------|---------------------|----------|---------------------|
| <b>HASTA<br/>KİMLİK BİLGİLERİ</b>                 | <b>Adı ve Soyadı:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>TC Kimlik/Pasaport No:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <b>Doğum Tarihi:</b> ...../...../.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Mesleği:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <b>Cinsiyeti:</b> <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Halen yaptığı iş:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <b>İkamet Adresi:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <b>Ev Tel.:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Cep Tel.:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
| <b>VAKA TİPİ</b>                                  | <input type="checkbox"/> <b>Ayaktan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>Yoğun Bakım</b> (.....Yoğun Bakımı)<br><input type="checkbox"/> <b>Servis</b> (.....Servisi)<br>Solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle mi hastaneye yatırıldı? (Hayır ise yatış nedenini yazınız)<br><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (.....) |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <input type="checkbox"/> <b>Yatan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Yatış tarihi :</b> ...../...../20.....<br><b>Yatış tarihi :</b> ...../...../20.....                                                                                                                                                                                                            |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
| <b>KLİNİK BELİRTİ/<br/>BULGULAR</b>               | <b>İlk Semptomun Başlama Tarihi:</b> ...../...../20.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <input type="checkbox"/> Ateş (.....°C) <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Solunum Sıkıntısı <input type="checkbox"/> Boğaz Ağrısı<br><input type="checkbox"/> Ateş Öyküsü <input type="checkbox"/> Kırginlık <input type="checkbox"/> Baş Ağrısı <input type="checkbox"/> Kusma<br><input type="checkbox"/> İshal <input type="checkbox"/> Miyalji <input type="checkbox"/> Karın Ağrısı<br><input type="checkbox"/> Diğer belirti ve bulgular (Belirtiniz):.....                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
| <b>RİSK FAKTÖRLERİ</b>                            | <input type="checkbox"/> Kardiyovasküler hastalık (Belirtiniz):.....<br><input type="checkbox"/> Kronik respiratuvar hastalık (Belirtiniz): .....<br><input type="checkbox"/> DM (Belirtiniz):.....<br><input type="checkbox"/> Kanser (Belirtiniz): .....<br><input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Halen gebe (..... haftalık / ..... aylık) <input type="checkbox"/> Sigara kullanımı (..... paket gün /..... yıl)<br><input type="checkbox"/> Diğer hastalıklar (Belirtiniz): ..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <input type="checkbox"/> Eşlik eden komplikasyon (Belirtiniz):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
| <b>DİĞER</b>                                      | <input type="checkbox"/> Eşlik eden komplikasyon (Belirtiniz):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <b>Çevresinde benzer hastalık tablosu olan kişi var mı?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <b>Semptomların başlamasından önceki 14 gün içinde, aile bireyleri veya kendisinin Türkiye dışındaki bir ülkede bulunma öyküsü var mı?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <b>Seyahat öyküsü var ise, gidilen yer/yerler</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <table><thead><tr><th></th><th><u>Gidiş tarihi</u></th><th><u>Dönüş tarihi</u></th></tr></thead><tbody><tr><td>1- .....</td><td>...../...../20.....</td><td>...../...../20.....</td></tr><tr><td>2- .....</td><td>...../...../20.....</td><td>...../...../20.....</td></tr><tr><td>3- .....</td><td>...../...../20.....</td><td>...../...../20.....</td></tr><tr><td>4- .....</td><td>...../...../20.....</td><td>...../...../20.....</td></tr></tbody></table>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <u>Gidiş tarihi</u> | <u>Dönüş tarihi</u> | 1- ..... | ...../...../20..... | ...../...../20..... | 2- ..... | ...../...../20..... | ...../...../20..... | 3- ..... | ...../...../20..... | ...../...../20..... | 4- ..... | ...../...../20..... |
|                                                   | <u>Gidiş tarihi</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <u>Dönüş tarihi</u>                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
| 1- .....                                          | ...../...../20.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ...../...../20.....                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
| 2- .....                                          | ...../...../20.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ...../...../20.....                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
| 3- .....                                          | ...../...../20.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ...../...../20.....                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
| 4- .....                                          | ...../...../20.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ...../...../20.....                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
| <b>EPİDEMİYOLOJİK HİKÂYE</b>                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
| <b>LABORATUVAR<br/>İSTEM BİLGİLERİ</b>            | <b>Örnek cinsi (Seçiniz)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <b>Örnek alma tarihi :</b> ...../...../20.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <input type="checkbox"/> Kombine burun ve boğaz sürüntüsü <input type="checkbox"/> Nazofaringeal/nazal aspirat <input type="checkbox"/> Balgam                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <input type="checkbox"/> Boğaz sürüntüsü <input type="checkbox"/> Burun sürüntüsü                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
|                                                   | <input type="checkbox"/> Nazofaringeal sürüntü <input type="checkbox"/> Trakeal aspirat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |
| <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz):..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |                     |          |                     |

# Thanks!

A simple line drawing of a smiling face with a hand reaching up towards the word 'Thanks!'. The face has a wide, curved smile and two dots for eyes. The hand is positioned as if reaching up to touch the word. The entire graphic is rendered in black lines on a white background.