



Sıtma Laboratuvarı Analiz İstem Formu

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü/Ankara Halk Sağlığı Laboratuvarı

HASTA KİMLİK BİLGİSİ

Adı - Soyadı		TC Kimlik No/ Yabancı kimlik No	
Baba Adı		Yaş / Cinsiyet	
Telefon		Meslek	
Adres			

HASTA KLİNİK BİLGİLERİ

Şikayeti: ___ gün önce başlamış (veya) ___ / ___ /20___	Ön tanı:
Yurtdışı seyahat öyküsü: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Varsa ülke adı: _____ Varsa tarih belirtiniz: ___ / ___ /20___	İlaç kullanımı <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok (Varsa belirtiniz) <input type="checkbox"/> Profeksi amaçlı ilaç kullanımı (.....) <input type="checkbox"/> Ağrı kesici, antibiyotik vb (.....)
Şüpheli sivrisinek teması: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Dięer açıklama:

Laboratuvar incelemesi isteme amacı	<input type="checkbox"/> Semptomatik vaka	<input type="checkbox"/> Tedaviye yanıtın incelenmesi	<input type="checkbox"/> Dięer:
	<input type="checkbox"/> Temaslı araştırması	<input type="checkbox"/> Periyodik kontrol	

HEKİM BİLGİSİ

Hastane / Sağlık Merkezi Adı		İmza/ Kaşe
Doktor Adı-Soyadı		
Telefon / GSM No		

NUMUNE BİLGİSİ

Numune türü (Aşağıdaki listeden işaretleyin), Birden fazla işaretleme yapılabilir			
Numune alma tarihi: ___ / ___ /20___		Numune alma saati ___ : ___	
<input type="checkbox"/> EDTA'lı Kan	<input type="checkbox"/> Periferik kan yayması (kalın damla)	<input type="checkbox"/> Periferik kan yayması (ince yayma)	
<input type="checkbox"/> Dięer:			

Sonuç Raporunun Teslim Edileceęi Kişi/ Yer:	
Sonuç hakkında telefon vb yolla bilgi verilecek kişi adı ve telefon no:	

Adres: Ankara Halk Sağlığı Laboratuvarı, İstasyon Mah. Leylak Cad. No: 1 Etimesgut/ANKARA
Tel: 0312 243 1012 **Faks:** 0312 245 4187
Web adresi: ankarahsl.saglik.gov.tr **E.posta:** ankara.hsl@saglik.gov.tr