

**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			

Alttağı hastalıklar için bağışıklık durumu beyanı esastır, tetkik istenmeyecektir

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