

|                                                                                  |                                                                   |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C.<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN KODU    | HB.FR.222  |
|                                                                                  |                                                                   | YAYIN TARİHİ    | 17.03.2020 |
|                                                                                  | İMMÜNOLOJİ VE ALLERJİ HASTALIKLARI BD ANAMNEZ FORMU               | REVİZYON NO     | 00         |
|                                                                                  |                                                                   | REVİZYON TARİHİ | --         |
|                                                                                  |                                                                   | SAYFA NO        | 1 / 1      |

POLİKLİNİK NO: .....

DOSYA NO: .....

İLK VİZİT TARİHİ : ... / ... / ...

|              |   |                                                       |                   |   |                                                         |
|--------------|---|-------------------------------------------------------|-------------------|---|---------------------------------------------------------|
| AD SOYAD     | : | .....                                                 | CİNSİYET          | : | KADIN <input type="radio"/> ERKEK <input type="radio"/> |
| DOĞUM YERİ   | : | .....                                                 | TELEFON CEP       | : | (0 ..... ) .....                                        |
| DOĞUM TARİHİ | : | .....                                                 | TELEFON EV        | : | (0 ..... ) .....                                        |
| KAN GRUBU    | : | ..... Rh ( ... ) . / . BİLMİYOR <input type="radio"/> | TELEFON İŞ        | : | (0 ..... ) .....                                        |
| TANI         | : | .....                                                 | ADRES (il - ilçe) | : | .....                                                   |

Başvuru şikayeti : .....

Meslek (mevcut/önceki) : .....

Evli : Evet ☐ Hayır ☐ : .....

Çocuk Sayısı Sağ ☐ Sayı ( ) Ölü ☐ Sayı ( ) : .....

Sigara (kaç yıldır? Ne kadar?) : .....

Kullanılan (TÜM) ilaçlar : .....

OKS : Evet ☐ Hayır ☐ (kendisi söyledi ☐ kendisi söyleMEDi ☐ ) .....

Herbal : Evet ☐ Hayır ☐ (kendisi söyledi ☐ kendisi söyleMEDi ☐ ) Kullanılan herbal: .....

Sistemik hst / şikayetler : .....

Kaza / Ameliyat / Sezeryan : .....

Ev hayvanı : .....

Ailesel / Kişisel allerji hikayesi : ARI ☐ BESİN ☐ İLAÇ ☐ RADYOKONTRAST MADDE ☐ LATEKS ☐ DİĞER ☐

(VAR İSE AÇIKLAMALAR) : .....

|                            |   |                             |                                  |                                      |                                      |
|----------------------------|---|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ŞİŞLİKLER (anjioödem)      | : | HAYIR <input type="radio"/> | EVET <input type="radio"/> (ise) | Ürtiker var <input type="radio"/>    | Ürtiker YOK <input type="radio"/>    |
| KARIN AĞRISI ATAKLARI      | : | HAYIR <input type="radio"/> | EVET <input type="radio"/> (ise) | FMF tanısı var <input type="radio"/> | FMF tanısı YOK <input type="radio"/> |
| Hereditör Anjioödem TANISI | : | HAYIR <input type="radio"/> | EVET <input type="radio"/> (ise) | Takip eden: .....                    |                                      |
| AİLEDE BAĞIŞIKLIK YETM.    | : | HAYIR <input type="radio"/> | EVET <input type="radio"/> (ise) | Takip eden: .....                    |                                      |
| AĞIZDA AFT                 | : | HAYIR <input type="radio"/> | EVET <input type="radio"/> (ise) | Ne sıklıkta: .....                   |                                      |
| SIK ENFEKSİYON GEÇİRME     | : | HAYIR <input type="radio"/> | EVET <input type="radio"/> (ise) | Aşağıdakileri sorgula ↓              |                                      |

→1. BİR YIL İÇİNDE, KAÇ KEZ ANTİBİYOTİK KULLANMANIZI GEREKTİREN ATEŞLİ HASTALIK GEÇİRİYORSUNUZ?

(Bir yıl içinde 4 veya daha fazla antibiyotik gerektiren enfeksiyon)

→ 2. ANTİBİYOTİK TEDAVİLERİNE RAĞMEN İYİLEŞMEYEN ATEŞLİ HASTALIK GEÇİRDİNİZ Mİ? (KAÇ KEZ?)

(Uzun süreli antibiyotik kullanımı gerektiren tekrarlayan enfeksiyonlar)

→ 3. HASTANEYE YATMANIZI GEREKTİREN ATEŞLİ HASTALIK GEÇİRDİNİZ Mİ? (KAÇ KEZ?)

(iki veya daha fazla şiddetli bakteriyel enfeksiyonlar)

→ 4. ZATÜRRE (PNÖMONİ) GEÇİRDİNİZ Mİ? (KAÇ KEZ?)

(Üç yıl içinde radyolojik olarak kanıtlanmış 2 veya daha fazla pnömoni )

→ 5. VÜCUDUNUZDA İYİLEŞMEYEN YARALAR YA DA ABSELER OLDU MU?

(Nadir bir patojen veya nadir lokalizasyonlu enfeksiyon)

**BAŞVURU ŞİKAYETİ İLE İLGİLİ KISA ANAMNEZ**