

**ÇOCUK ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE BAĞIŞIKLAMA DERNEĞİ
İSTANBUL ŞUBESİ-**

**CİNSEL İSTİSMAR ŞÜPHELİ/TANILI ÇOCUK HASTALARDA CİNSEL YOLLA
BULAŞAN ENFEKSİYONLAR İÇİN TARAMA VE PROFİLAKSİ İZLEM FORMU**

Yetkilendirilmiş Hekim Tarafından Alınacak Muayene ve/veya İzlem Onam Formu

Aşağıda imzası olan ben,

veli, vasi veya kanuni temsilcisi olduğum

adına Dr. ile görüşüm.

Yapılacak muayene ve değerlendirmeler hakkında bilgilendirildim. Tıbbi değerlendirme yapılması amacıyla; öykümün alınıp muayenemin yapılmasına, gerekli laboratuvar incelemeleri için örnek alınmasına, gerekli kliniklerden konsültasyonlar istenmesine, gerektiğinde saptanan bulguların uygun yöntemlerle görüntülenmesine

☐ izin veriyorum

☐ izin vermiyorum

Kimlik bilgilerimin saklı kalması koşuluyla, tıbbi kayıtlarımın yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılmasına

☐ izin veriyorum

☐ izin vermiyorum

ÇOCUĞUN (15 yaş ve üzerinde çocuğun onamı alınmalı, 12-15 yaş arasında çocuğun mental yeterliliği var ise imza alınmalı)

Adı

Soyadı:

İmzası:

VELİ, VASİ VEYA KANUNİ TEMSİLCİSİNİN

Adı:

Soyadı:

İmzası:

Yakınlık Derecesi:

**ÇOCUK ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE BAĞIŞIKLAMA DERNEĞİ
İSTANBUL ŞUBESİ-**

**CİNSEL İSTİSMAR ŞÜPHELİ/TANILI ÇOCUK HASTALARDA CİNSEL YOLLA
BULAŞAN ENFEKSİYONLAR İÇİN TARAMA VE PROFİLAKSİ İZLEM FORMU**

Hastanın ismi:

Başvuru tarihi:

TC:

Olay tarihi:

Yaşı:

Telefon no:

Pubertal/ Prepubertal durum

Aşılanma durumu: Hepatit B:

Tetanoz son 5 yıl içinde rapel var mı?

Penetrasyon: var/ yok/ şüpheli

Şekli: Orofaringeal/vajinal/anal

Fail: yabancı / tanıdık

Faile dair bilinen hastalık/seroloji:

Bilinen hastalık/ kullandığı ilaç:

Seroloji:

	Başvuru anı	6. hafta	3. ay	6. ay
antiHIV*				
antiHBs*				
HBsAg*				
AntiHCV*				
Sifiliz tarama (VDRL/RPR)*				

*Antikor titreleri not edilmelidir.

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için profilaksisi aldı mı?:

- a) Tek doz intramuskuler seftriakson 500 mg
b) >8 yaş ise 7 gün oral doksisisiklin 2x100 mg,
<8 yaş azitromisin tek doz 8-12 mg/kg, max 1 gr
c) 7 gün oral metronidazol 2x500 mg

ya da

- a) Tek doz intramuskuler seftriakson 250 mg
b) Tek doz oral azitromisin 1 gr
c) Tek doz oral metronidazol 2 gr

Temas sonrası profilaksi-(HIV için) endikasyonu var mı?* Var/Yok

*Olay 72 saat içinde gelişmiş ise 4 hafta HIV temas sonrası profilaksisi (TSP) verilir.

TSP başlangıç tarihi:

4. Hafta

Hemogram:

Hemogram:

KCFT:

KCFT:

Aşılar:

- 1) HPV: 9-14 yaş ise 0 ve 6. ay
15 yaş ve üzeri ise 0.-2.-6. Ay

- 2) Hepatit B: AntiHBs negatif ise 3 dozluk aşı planı oluşturulacak

Mağdurun Hepatit B Profilaksisi		
Failin Hepatit B durumu	Aşısız/Eksik aşı/antiHBs negatif	Tam aşı
HBsAg pozitif	Hepatit B aşılarını ve Hepatit B Immüoglobülin uygula	Tek doz Hepatit B rapeli uygula
HBsAg negatif ya da bilinmiyor	Hepatit B aşılarını uygula	Rapel gerekmez.

- 3) Tetanoz: (son 5 yıl içinde tetanoz rapeli uygulanmamışsa ve muayenede laserasyon ya da abrazyon görülmüşse tetanoz rapeli uygulanmalıdır)

Alınmış ise kültür ve PCR sonuçları:

Tarih:

Neisseria gonorrhea PCR/kültür:

Chlamidya trachomatis PCR/kültür:

Trichomonas vaginalis direkt bakı/PCR:

Vajinal/orofaringeal/perianal sürüntü kültürü: