

Kimlik no: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(ay) (gün) (yıl)

## Hepatit B' ye yakalanma tehlikeniz var mı?

Aşağıdaki sorular sizin için hepatit B virüs enfeksiyonuna yakalanma tehlikesi olup olmadığına karar vermemize yardımcı olacak. Size uyan kutuları işaretleyiniz. Şahsi soruları yazılı olarak cevaplamak istemezseniz, aşağıdaki risk faktörlerinin size uyanlarının hangileri olduğunu sağlık görevlisine bildirin. Sağlık görevliniz size hepatit B testi, aşılması ve/veya tedavisi için önerilerde bulunacaktır.



	Evet	Hayır	Emin değilim
1. Size hiç hepatit olduğunuz söylendi mi?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hepatit B nin sık görüldüğü bir yere (Asya, Afrika,Orta Doğu, Doğu Avrupa, Güney Amerika'nın Amazon Havzası, Pasifik Adaları) seyahat ettiniz mi veya 6 ay veya daha fazla bir süre için seyahat etmeyi planlıyor musunuz?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Siz veya ebeveynleriniz hepatit B nin sık görüldüğü bir bölgede mi doğdunuz veya ebeveynleriniz Alaska Native mi?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Siz doğduğunuzda anneniz hepatit B virüsüyle enfekte miydi?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hepatit B virüs enfeksiyonu olan birisiyle hiç yaşadınız mı?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Başka birisinin kanıyla direk temasınız oldu mu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Başka birisinin kanı veya vücut sıvılarıyla temasınızın olabileceği bir sağlık kuruluşunda veya başka bir meslekte çalıştınız mı?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gelişimsel özürlü kişilerin olduğu bir evde yaşadınız mı veya bu kişilere hizmet sundunuz mu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hemofiliniz var mı, böbrek dializi oldunuz mu veya 1975 öncesi kan transfüzyonu aldınız mı?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hiç döğme yaptırdınız mı veya vücudunuza küpe takıldı mı?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hiç hapishaneye girdiniz mi?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Siz veya cinsel eşinizin hiç cinsel yolla bulaşan hastalığı veya hepatit B hastalığı oldu mu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bir 6 aylık dönemde birden fazla cinsel eşiniz oldu mu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Siz başka erkeklerle cinsel ilişkide bulunan bir erkek misiniz?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hayatınız boyunca kaç cinsel eşiniz oldu? 0    1    2    3-5    6-20    20 den fazla			
17. Siz veya cinsel eşiniz hiç yasadışı ilaç enjeksiyonu yaptınız mı?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. İlaç enjeksiyonu yaparken hiç başkasıyla malzeme (iğneler, şırıngalar, pamuk, su, vb) paylaştınız mı?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hiç hepatit B aşısı yapıldınız mı? Yapıldıysa, ne zaman? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Immunization Action Coalition  
1573 Selby Avenue • St. Paul, MN 55104  
(651) 647-9009 • www.immunize.org

Item #P2191-21 Turkish (10/01)