**Vakanın Tespit Edildiği:**

İl : Gönderme Tarihi : …/…/2020

İlçe : Hastanın HES Kodu :

Mahalle/Köy :

|  |
| --- |
|  |

 **Vakanın Kimliği:**  TC :

Adı Soyadı : Doğum Tarih :

Baba Adı : Cinsiyeti :

Ana Adı :

İkamet Adresi : Telefon :

|  |
| --- |
|  |

**COVİD-19 Başlama Tarihi:**

**Alınan Örnek:** Alınma Tarihi ve saati Sonuç

1-Alınan test Tarihi :

|  |
| --- |
|  |

**Temaslılar(Ad, soyad, yaş)**

|  |
| --- |
|  |

**Kurum Program Sorumlusu:**

Adı Soyadı :

Görevi :

Telefon No :

Tarih : İmza: