



T.C  
ERGANİ KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 24355941-100-E.10899782

26.10.2015

Konu: 2015-2016 Eğitim Öğretim  
Dönemi Anasınıfı ve Okul Aşı  
Uygulaması

.....MÜDÜRLÜĞÜNE

2015-2016 Eğitim Öğretim Dönemi Okul Aşı Uygulaması ile ilgili Halk Sağlığı Müdürlüğünün 20/10/2015 tarih ve 131.02 sayılı yazısı ile anasınıfı, 1.sınıf ve 8.sınıf Öğrenci velileri tarafından doldurulması gereken veli bilgilendirme formları ekte gönderilmiştir.

Ekte gönderilen veli bilgilendirme formlarının; Halk Sağlığı personelleri okula gelmeden önce hazır bulundurulması gerektiğinden, müdürlüğünüzce anasınıfı, 1.sınıf ve 8.sınıf öğrenci velilerine doldurtularak okulda muhafaza edilmesi ve aşılama görev alacak sağlık personellerine gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Gereğini önemle rica ederim.

Ahmet ATABEY  
İlçe Milli Eğitim Müdürü

Ekler :

- 1- Yazı ( 2 Sayfa )
- 2- Form ( 2 Adet )

Dağıtım :

Tüm Okul Müdürlüklerine

.....

Güvenli Elektronik İmza  
Aşılı ile Aynıdır.  
26.10.2015

Cumaali KARABULUT  
Evrak Kayıt Memuru



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
DİYARBAKIR VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - SOĞUK  
ZİNCİR BİRİMİ  
20.10.2015 13:35 / 62960631 / 131.02 / 232  
00014436525

T.C. DİYARBAKIR VALİLİĞİ Milli Eğitim Müdürlüğü	
Gelen Evrakın Tarihli	
Sayısı	
Bölümü	Temel Eğitim Şb

Sayı 62960631/131.02  
Konu 2015-2016 Eğitim Öğretim  
Dönemi Ana Sınıfı ve Okul Aşı  
Uygulaması

İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE  
DİYARBAKIR

İtgi: 07.10.2015 tarihli ve 21001706//131.02/1395 sayılı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yazısı

Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında her eğitim ve öğretim döneminde rutin olarak ilköğretim 1. Sınıflara KKK (Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak) ve DaBT-İPA (Difteri-Boğmaca-Tetanoz-Polio) aşuları ile 8. Sınıf öğrencilerine Td (Tetanoz-Difteri) aşuları uygulanmaktadır.

Ülkemizde son dönemlerde Kızamık vakalarında artış görülmesi nedeniyle 2012-2013 ve 2013-2014 eğitim-öğretim döneminde anasınıflarına KKK aşısı uygulanmıştır. Bu nedenle;

- 2012-2013 ve 2013-2014 eğitim-öğretim döneminde anasınıfında KKK aşısı uygulanan çocuklardan 2014-2015 eğitim-öğretim döneminde 1. Sınıfa devam eden öğrencilere KKK aşısı UYGULANMAYACAKTIR.
- 2012-2013 ve 2013-2014 eğitim öğretim döneminde anasınıfında olup KKK aşısı uygulanmayan öğrencilere ise 1. Sınıfta KKK aşısı UYGULANACAKTIR.

Bunun yanı sıra 1. Sınıfta öğrenim gören öğrencilerin tümüne DaBT-İPA ve 8. Sınıf öğrencilerinin tümüne Td aşuları uygulanacaktır.

Ayrıca, Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ile elde edilen verilen güvenilir bir şekilde tek bir yerde toplanmasını sağlamak amacıyla Bakanlık düzeyinde Halk Sağlığı Bilgi Sistemi (HSBS) oluşturulmuş ve Müdürlüğümüze bağlı tüm Toplum Sağlığı Merkezlerinde uygulamaya başlanmıştır. Söz konusu uygulama okul aşılama çalışmalarını da kapsamakta olup, 2014-2015 eğitim-öğretim döneminde öğrencilere uygulanacak aşuların tamamı bu sisteme aktarılacaktır. Bu nedenle aşılama çalışmalarının sağlıklı yürütülebilmesi amacıyla,

BELGENİN ASLI  
ELEKTRONİK İMZALIDIR.  
20.10.2015  
İmza Adı Soyadı

**Fırat AKSOY**  
Evrak Kayıt Birimi

Bul.Hast.Kont.Prog.Şb.Müdürlüğü Soğuk Zincir Birimi  
Ferhat BASLAK Tel:412 2244121 e-posta: sogukzincir21@hotmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4a2ff17b-1f83-4195-8626-f9e6d7b3de4c kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

- Okul aşılamlarında yapılan çalışmaların sisteme aktarılabilmesi amacıyla 1. ve 8. sınıflara ait okul adı, sınıf, şube isim, soy isim ve TC. kimlik numaralarının bulunduğu bilgileri içeren listeler ivedilikle dijital ortamda hazırlanıp, İlçe Toplum Sağlığı Merkezlerine teslim edilmesi gerekmektedir.
- Aşı uygulamalarının kargaşaya ve karışıklığa mahal vermeden sağlıklı bir şekilde tamamlanması, ayrıca veri girişlerinin uygun koşullarda yapılabilmesi uygun bir oda bu amaçla hazırlanmalıdır.
- Müdürlüğümüze hazırlanan Veli Bilgilendirme Formlarının (Ek1-Ek2) en kısa sürede velilere ulaştırılarak, uygulanacak aşılarda öğrenci velileri bilgilendirilmelidir.
- Okul aşılamlarında görev alan sağlık personellerine okul müdürlükleri tarafından gereken kolaylığın sağlanması ve konunun ilgililere tebliğ edilerek aşı uygulamaları esnasında gereken hassasiyetin gösterilmesi hususunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**Dr. Fatih Mehmet ASLAN**  
**Halk Sağlığı Müdürü**

**EKLER:**

- 1- Ana Sınıfı ve 1.Sınıf Veli Bilgilendirme Formu
- 2- 8.sınıf Veli Bilgilendirme Formu

Bul.Hast.Kontl.Prog.Şb.Müdürlüğü Soğuk Zincir Birimi  
Ferhat BASLAK Tel:412 2244121 e-posta: sogukzincir21@hotmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4a2f717b-1f83-4195-8626-f9e6d7b3de4c kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**DIYARBAKIR HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ**

**2015-2016 EĞİTİM ÖĞRETİM DÖNEMİ OKUL AŞILAMALARI  
ANASINIFI VE 1. SINIF VELİ BİLGİLENDİRME FORMU**

Sayın Veli;

2015-2016 Eğitim Öğretim döneminde okul aşilamaları kapsamında aşı ekiplerimizce aşağıdaki aşilar uygulanacaktır.

**Anasınıfı öğrencilerine** KKK (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak) Aşısı,  
**1. Sınıf öğrencilerine** KKK (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak) Aşısı ve DaBT-İPA  
(Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio) Aşısı yapılacaktır.

Çocuğunuza 1 yaşından sonraki dönemde **KKK** (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak) Aşısı yapıldı mı?

Evet  Hayır  Hatırlamıyorum

Çocuğunuzun anaflaksi öyküsü, kronik bir hastalığı ve/veya sürekli kullandığı ilaç/ilaçları var mı?

Evet  Hayır

Varsa belirtiniz: .....

İlginize teşekkür ederiz.

Öğrenci Adı Soyadı: \_\_\_\_\_  
TC Kimlik No : \_\_\_\_\_  
Sınıfı : \_\_\_\_\_  
Okul Adı : \_\_\_\_\_  
Tarih : \_\_\_\_\_

Konu ile ilgili bilgilendirildim.  
Veli Adı Soyadı ve İmza:

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

2015-2016 EĞİTİM ÖĞRETİM DÖNEMİ OKUL AŞILAMALARI  
8. SINIF VELİ BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın Veli,

Çocuğunuza 2015-2016 Eğitim Öğretim Yılı'nda aşı ekiplerimizce okul aşıları kapsamında:  
**Td (Tetanoz, Difteri) Aşısı** yapılacaktır.

Çocuğunuzun anafeksi öyküsü, kronik bir hastalığı ve/veya sürekli kullandığı  
ilaç/ilaçları var mı?

Evet

Hayır

Varsa belirtiniz: .....

İlginize teşekkür ederiz.

Öğrenci Adı Soyadı :  
TC Kimlik No :  
Sınıfı :  
Okul Adı :  
Tarih :

Konu ile ilgili bilgilendirildim.  
Veli Adı Soyadı ve İmza: