(Logonuz Burada)

**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)**
PERİNATAL VE BEBEK ÖLÜMLERİ BİLGİ FORMU



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Formu gönderen*** | Il | : | Ilçe | : | |
| | Kurum | : | Tarih | :..../...../..... | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ***Ölen bebeğin*** | Adı Soyadı | : | Cinsiyeti | : • E • K • Bilinmiyor |
| | T.C. Kimlik No | : | Telefon | : |
| | Anne adı | : | Adres | : |
| | T.C. Kimlik No | : | | |
| | Baba adı | : | | |
| | T.C. Kimlik No | : | | |
| | Doğum tarihi | : ..../...../..... Saati:..... | Ölüm tarihi : | : ..../...../..... Saati:..... Defin tarihi: ..../...../..... |

***Anne ve Gebeliğe Ait Bilgiler***

Gebeliğin şekli : • Normal • Üremeye yardımcı yöntemle
Gebeliğin süresi :.....hafta Doğum ağırlığı:.....gram
Bu gebelik için fetus sayısı : • Tek • İkiz • Üçüz • Diğer .....
Annenin bu doğumdaki yaşı :.....
Annenin önceki gebelikleri : • İlk gebelik .....canlı doğum.....kendiliğinden düşük.....isteyerek düşük.....ölü doğum Annenin bir önceki gebeliği ile ölen bebeğin doğumu arasındaki süre: .....ay /.....yıl
Anne-baba arasında akrabalık durumu : • Yok • Var → Yakınlık derecesini belirtiniz:..... Anne-baba arasında kan uyuşmazlığı : • Yok • Var → Tipini belirtiniz: .....
Annenin tetanoz aşıları : • Tam aşılı • Eksik aşılı • Hiç aşısı yok
Annenin gebelikteki izlem sayısı: ..... İzlemin gerçekleştiği kurum:..... Belirlenen sorunlar : • Kan şekerinin yüksek olması • Hipertansiyon • Anemi • Proteinüri • Sorun yok Annenin madde bağımlılığı var mı? : • Hayır • Evet
Madde bağımlılığı varsa : • Sigara • Alkol • Diğer .....
Bebeğin doğum şekli : • Normal • Sezaryen
Doğumun gerçekleştiği yer : • Evde kendi kendine • Evde sağlık personeli ile • Sağlık kuruluşunda Kurumun adı: ..... • Diğer

***Yenidoğan Bebeğe Ait Bilgiler***

Gebeliğin sonlanma şekli : • Canlı doğum • Masere ölü doğum • Taze ölü doğum
Bebeğin canlandırma ihtiyacı oldu mu? : • Hayır • Evet
Amniyon sıvısında mekonyum var mıydı? : • Hayır • Evet
Bebekte sarılık oldu mu? : • Hayır • Fizyolojik sarılık • Patolojik sarılık
Bebeğin izlemleri: • Doğumdan hemen sonra • 48. saat • 15. gün • 41.gün • 2.ay • 3.ay • 4.ay • 6.ay • 9.ay İzlemin gerçekleştiği kurum: .....
Belirlenen sorunlar : • Büyüme geriliği • Gelişme geriliği • Kronik hastalıklar • Konjenital anomali

***Ölümün gerçekleştiği yer*** : • Evde • Sağlık kuruluşunda (Kurumun adını:.....) • Diğer

***Tanı Listesi (birden fazla tanı seçilebilir) (Noktalı yerlere hastalığın ismi belirtilecektir... )***

| | |
|---|---|
| 1. Prematüre-İmmatürite | |
| 2. Postmatürite | 24. Diğer Kalp Hastalıkları ..... |
| 3. İntrakranial Kanama | 25. Konjenital Anomaliler-Sendromlar ..... |
| 4. Doğum Travması ..... | 26. Nöromüsküler Hastalıklar ..... |
| 5. Hidrosefali | 27. Genetik Hastalıklar ..... |
| 6. Sepsis (Erken-Geç-Nosokomiyal) | 28. Metabolik Hastalıklar..... |
| 7. Nekrotizan Enterokolit | 29. Metabolik Bozukluklar ..... |
| 8. İntrauterin Enfeksiyonlar ..... | 30. Nörolojik Problemler ..... |
| 9. Menenjitler | 31. İmmün Yetmezlikler..... |
| 10. Hepatitler | 32. Endokrin Problemler ..... |
| 11. Ensefalit | 33. Böbrek Yetmezliği ..... |
| 12. Tetanos | 34. Diğer Renal Problemler .....(RTA....) |
| 13. ASYE (Viral-Bakeriyel-Nedeni Bilinmeyen) | 35. Malignansiler ..... |
| 14. İshalli Hastalıklar | 36. Kanama Bozukluğu |
| 15. Diğer Enfeksiyon Hastalıkları | 37. Hidrops Fetalis |
| 16. RDS | 38. Anemi ..... |
| 17. Pnömotoraks (Hava kaçağı sendromları) | 39. Malnütrisyon |
| 18. Perinatal Asfiksi ve HİE (diğer .....) | 40. Postoperatif Nedenler ..... |
| 19. Mekonyum Aspirasyonu Sendromu | 41. Kazalar ve Travma (ev içi ve ev dışı düşmeler, araç içi ve araç dışı trafik kazaları, suda boğulma) |
| 20. Pulmoner Hipertansiyon | 42. Diğer kazalar (yanıklar, zehirlenmeler) |
| 21. Diğer solunum sistemi problemleri ..... | 43. Ani Bebek Ölümü Sendromu |
| 22. Şok ..... | 44. Çocuk İhmal ve İstismarı |
| 23. Konjenital Kalp Hastalığı ..... | |

***Ölüm nedeni (tek neden yazılmalıdır):***.....

***Formun tam olarak doldurulduğundan emin olunuz***

Formu Dolduran Kişi (Adı Soyadı):.....Kurumu/Görevi:.....Kaşe ve imza: .....

Kurum Amiri (Ad-Soyad ve İmza) :..... Halk Sağlığı Müdürlüğü Sorumlu Kişi (Ad-Soyad ve İmza):.....