(Logonuz Burada)

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

Doküman Kodu: ÖPS.YD.012	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 2

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):.....