

EK-1:

PERİNATAL VE BEBEK ÖLÜMLERİ BİLGİ FORMU

Formu gönderen	İl	:		İlçe	:	
	Kurum	:		Tarih	:/...../.....

Ölen bebeğin	Adı Soyadı	:		Cinsiyeti	:	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 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 gebelikcanlı 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 aşılı : Tam aşıllı Eksik aşıllı 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 Diğer Kurumun adı:

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
3. İntrakranial Kanama
4. Doğum Travması
5. Hidrosefali
6. Sepsis (Erken-Geç-Nosokomiyal)
7. Nekrotizan Enterokolit
8. İntrauterin Enfeksiyonlar
9. Menejitler
10. Hepatitler
11. Ensefalit
12. Tetanos
13. ASYE (Viral-Bakteriyel-Nedeni Bilinmeyen)
14. İshalli Hastalıklar
15. Diğer Enfeksiyon Hastalıkları
16. RDS
17. Pnömotoraks (Hava kaçağı sendromları)
18. Perinatal Asfiksi ve HİE (diğer
19. Mekonyum Aspirasyonu Sendromu
20. Pulmoner Hipertansiyon
21. Diğer solunum sistemi problemleri
22. Şok
23. Konjenital Kalp Hastalığı

24. Diğer Kalp Hastalıkları
25. Konjenital Anomaliler-Sendromlar
26. Nöromusküler Hastalıklar
27. Genetik Hastalıklar
28. Metabolik Hastalıklar.....
29. Metabolik Bozukluklar
30. Nörolojik Problemler
31. İmmün Yetmezlikler.....
32. Endokrin Problemler
33. Böbrek Yetmezliği
34. Diğer Renal Problemler(RTA....)
35. Malignansiler
36. Kanama Bozukluğu
37. Hidrops Fetalis
38. Anemi
39. Malnütrisyon
40. Postoperatif Nedenler
41. Kazalar ve Travma (ev içi ve ev dışı düşmeler, araç içi ve araç dışı trafik kazaları, suda boğulma)
42. Diğer kazalar (yanıklar, zehirlenmeler)
43. Ani Bebek Ölümü Sendromu
44. Çocuk İhmal ve İstismarı

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) :..... İl Sağlık Müdürlüğü Sorumlu Kişi (Ad-Soyad ve İmza):.....