

ÇPGD PROGRAMI RİSKLİ OLGU FORMU

İhbar tarihi :

İhbar nedeni:

Merkez ekip ihbarı alan:

Ev ziyareti: Yapılmış Yapılmamış

Gidildiğinde merkez ekip ev ziyareti tarihi:

Aile Hekimi muayenesi-tanıları: Yapılmış Aile Hekiminin tanıları:

Merkez ekip ev ziyareti yapan:

Aile Hekimliği Birimi		Olgunun adı-soyadı Doğum tarihi TC Kimlik No	
Olgunun aile hekimi		Adresi Telefonu	
Olgunun aile sağlığı elemanı/ ebe/hemşiresi		Ailenin göç durumu	

Olgu türü: Gebe Bebek Çocuk

Olgunun son 3 kilosu ve boyu:

Tarih:	1.kilo ve boy:	Tarih:	2.kilo ve boy:
Tarih:	3.kilo ve boy:	Hb:Tarih:	

ÇPGD görüşmesindeki riskler: Percentil eğrisinde problem..... Temel ihtiyaçları karşılayamama.....
 Ruhsal hastalıklar/Ank.Dep.Psikoz)..... Gelişim Bilgileri Tablosunda problem.....
 İhmal ve istismar..... Kullandığı AP yöntemi.....
 Aile içi şiddet..... Diğer.....

Evde yaşayan kişi sayısı:

Sağlık Güvencesi	<input type="checkbox"/> SSK	<input type="checkbox"/> Bağ-kur	<input type="checkbox"/> Emekli Sandığı	<input type="checkbox"/> Yeşil Kart	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Yok
Evin durumu	<input type="checkbox"/> Kira.....	<input type="checkbox"/> Kendilerinin	<input type="checkbox"/> Ücretsiz oturuyorlar.....			

Olgunun kısa hikayesi:

Sağlık ocağı tarafından sağlanan destekler

- Beslenme eğitimi desteği
 Beslenme broşürü
 Uyarıcı eğitimi desteği
 Aile planlaması eğitimi desteği
 Diğer eğitim destekleri (hijyen, aşı vb.):.....
 Emniyet Müdürlüğü-Jandarmaya bildirim
 SHÇEK'e bildirim
 Çocukları Koruma Şubesi'ne bildirim
 İlçe Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfına yönlendirme
 Diğer destekler.....

Merkez ekibinden talep edilenler

- Düzenli besin desteği
 İlaç desteği
 Uyarıcı materyali desteği.....
 Tıbbi destek.....
 Merkez ekibi değerlendirme desteği.....
 Diğer destekler.....

BESİN DESTEĞİ TAKİP BÖLÜMÜ

Tespit-İzlem	Tarih	Kilo	Boy	Baş Çevresi	Hb	Muayene Sonucu	Hekimin İmzası
İlk tespit							
1. ay izlemi							
2. ay izlemi							
3. ay izlemi							
4. ay izlemi							
5. ay izlemi							
6. ay izlemi							

Besin desteği tamamlandıktan bir ay sonraki hekim değerlendirmesi

Aile Sağlığı Elemanının /Ebe/Hemşiresinin

Adı Soyadı:

İmzası:

Aile Hekiminin

Adı Soyadı:

İmzası:

