

GEBE - BEBEK - ÇOCUK
..... AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ PSİKOSOSYAL İZLEME AYLIK BİLDİRİM FORMU

YIL:..... AY:.....

Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı nüfus:	
Program temel eğitimi almamış hekim sayısı	
Program temel eğitimi almamış ebe/hemşire sayısı	

	Gebe	Bebek	Çocuk	Baba
1.a Bu ay yapılan 1. psikososyal izlem sayısı				
1.b Bu ay yapılan 2. psikososyal izlem sayısı				
1.c Bu ay yapılan 3. psikososyal izlem sayısı				
1.d Av sonu mevcut durum (023 e göre)				

Tespit Edilen Risk Faktörleri	Gebe	Anne	Baba	Bebek	Çocuk
2.a Alkol bağımlılığı					
2.b Psikotik bozukluklar					
2.c Depresif bozukluklar					
2.d Anksiyete bozuklukları					
2.e Zeka geriliği					
2.f Kadına yönelik şiddet					
2.g Çocuk ihmali / istismarı					
2.h Gelişim bilgileri tablosuna göre gelişimsel gecikme bulunması					
2.i Gelişim geriliği tanısı					
2.j Beslenme yetersizliği*					
2.k Ailenin temel ihtiyaçlarını -yiyecek,giyecek,yakacak-karşılamadığını ifade ettiği olgulardaki beslenme yetersizliği**					

Müdahaleler	Sayı
3.a Sık izleme alınan olgu	
3.b İkinci basamağa yönlendirilen olgu	
3.c SHÇEK'e bildirilen olgu	
3.d Cumhuriyet Savcılığı'na / Emniyet güçlerine bildirilen olgu	
3.e Sosyal destek alınabilecek kurumlara yönlendirilen olgu	
3.f Düzenli besin desteği programına alınan olgu***	
3.g Millî Eğitim Müdürlüğü'ne yönlendirilen olgu***	

*Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı nüfusta bu ay beslenme yetersizliği tanısı konulan bütün gebe ve 0-6 yaş çocuklar istenmektedir.

**Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde hem Gebe-Bebek-Çocuk Psikososyal İzleme Formu Giriş Bölümünde bulunan "Ailenizin yiyecek, giyecek, yakacak gibi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor musunuz?" sorusuna hayır cevabı vermiş, hem de beslenme yetersizliği tanısı konmuş gebe ve 0-6 yaş çocuklar istenmektedir.

2.k satırında bulunan beslenme yetersizliği sayıları, diğer beslenme yetersizlikleri ile birlikte 2.j satırında da bulunmalıdır.

***Bu satırlar ilgili faaliyetleri yürüten iller tarafından kullanılacaktır.

Tespit edilen risk faktörü ve müdahaleler bir kez gösterilmeli.Takip edilen aylarda tekrar gösterilmemelidir.

Veri tekrarına yol açılmamalıdır.

Sorumlu Hekimin Adı-Soyadı:
Tarih:
İmza: