

PERİNATAL VE BEBEK ÖLÜMLERİ BİLGİ FORMU-2009

Formu gönderen	II : Kurum :	İlçe : 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	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 : Yok Var → Yakınlık derecesini belirtiniz:.....

durumu

Anne-baba arasında kan uyumsuzluğu : Yok Var → Tipini belirtiniz:

Annenin tetanoz aşılı : Tam aşı Eksik aşı Hiç aşısı yok

Annenin gebelikteki izlem sayısı: İzlemin gerçekleştiği

kurum:.....

Belirlenen sorunlar : Kan şekerinin yüksek olması Hipertansiyon Anemi Proteinüri Sorun yok

Annenin madde bağımlılığı : Hayır Evet

Madde bağımlılığı varsa : Sigara Alkol Diğer

Bebegin 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

Bebegin canlandırma ihtiyacı oldu mu? : Hayır Evet

Amniyon sıvısında mekonyum var mıydı? : Hayır Evet

Bebekte sarılık oldu mu? : Hayır Fizyolojik sarılık Patolojik sarılık

Bebegin 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....)

<ol style="list-style-type: none"> 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. Menenjitler 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Ölüm nedeni (tek neden yazılmalıdır):.....</p>	

Formun tam olarak doldurulduğundan emin olunuz

F o r m u D o l d u r a n K i Ő i (A d i

Soyadı):.....Kurumu/Görevi:.....

KaŐe ve imza:.....

Kurum Amiri (Ad-Soyad ve İmza) :..... Sağlık Müdürlüğü Sorumlu KiŐi (Ad-Soyad ve İmza):.....