

BEBEK ÖLÜMÜ ÇALIŞMA FORMU

1. Anne- baba eğitim durumu

Anne: Okur yazar değil (), İlk (), Orta(), Lise(), Üniversite()

Baba: Okur yazar değil (), İlk (), Orta(), Lise(), Üniversite()

2. Evde yaşayanlar ve sayısı (Kişi sayısı ve evde yaşayanların kimler olduğu):

3. Evin reisi gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

HAYIR ()

EVET ()

4. Anne- baba arasında akrabalık var mı?

HAYIR () Akraba olmayanlarda aynı ya da yakın köy- kasabadan olup olmadıkları:

EVET () Akrabalık derecesi:

5. Hizmetlerin aileye ulaşmasında karşılaşılan sorunlar var mı? (gelenekler, aile büyüklerinin tutumu ve yargıları, sağlık personeline yaklaşım vb)(Evetse nedeni sorgulanacak)

HAYIR ()

EVET ().....

6. İkamet ettikleri yerde bir sağlık kuruluşu var mı?

YOK ()

Yoksa en yakın sağlık kuruluşuna yakınlığı ve ulaşım nasıl sağlanıyor?

VAR() TÜRÜ:.....

7. Gebelik süresince annenin takibi yapılmış mı?

HAYIR () NEDENİ:.....

EVET ()

Her bir izlem için ayrı ayrı doldurulmalıdır.

İzlem Zamanı (gebelik ayı)	İzlemin yapıldığı yer	İzlemi yapan sağlık personeli (Dr., Ebe, Hemşire vb.)

8. Annenin aşıları yapılmış mı?

HAYIR () NEDENİ:.....

EVET ()

9. Ölüm sebebi doğumsal anomali, genetik hastalık veya metabolik hastalık ise (Anne- baba tarafından benzer hikaye ve doğuştan anomalisi olan birey var mı?)

HAYIR ()

EVET () BELİRTİN:.....

10. Annenin daha önceki bebeklerinden ölen veya düşük var mı?

HAYIR ()

EVET () AÇIKLAYIN:..... Düşükse kaçınıcı ayında oldu?:.....

11. Annenin sigara, alkol, madde bağımlılığı var mı?

SİGARA (), ALKOL ()

MADDE BAĞIMLILIĞI () AÇIKLAYIN:.....

12. Bebeğin Beslenmesi;
 Sadece Anne Sütü İle
 Sadece Anne Sütü ve Su
 Anne Sütü ve Ek Gıdalar
 Anne Sütü Almıyor

Ne ile beslenmiş: Emzirme (), Biberon(), Kaşık(); Diğer () belirtin

13. Bebeğin yaşına- ayına göre uygun aşıları olup olmadığı

Tam aşıli () Eksik Aşıli () Hiç Aşısı Yok ()

14. Bebek yaşına ayına göre sağlık kurumunda izlemleri yapılmış mı?

HAYIR () NEDEN:.....

EVET ()

Her bir izlem için ayrı ayrı doldurulmalıdır

İzlem zamanı (bebek yaşı gün ay olarak yazılacak)	İzlemin yapıldığı yer	İzlemi yapan sağlık personeli (Dr., Ebe, Hemşire vb.)

15. Sağlık kayıtlarına göre bebeğin gelişimi yaşına (ayına) uygun muydu?

HAYIR () BELİRLENEN SORUNLAR:.....

EVET ()

16. Bakım beslenme vb. kaynaklı bir gelişim geriliği, ihmal var mıydı?

HAYIR ()

EVET () BELİRTİN:.....

17. Ölüme neden olan hastalık için birinci basamaktan bir üst kurumu sevki uygun görülmüş ise aile üst sağlık kurumuna bebeği götürmüş mü?

HAYIR () SEBEBİ NEDİR?:.....

EVET ()

18. Bebeğin doğumdan itibaren tespit edilmiş bir hastalığı var mı?

HAYIR ()

EVET () BELİRTİN:.....

19. Bebeğin doğumdan itibaren geçirilmiş bir operasyonu var mı?

HAYIR ()

EVET () BELİRTİN:.....

20. Bebek daha önce bir hastanede yatıp tedavi görmüş mü?

HAYIR ()

EVET () SEBEBİ NEDİR?:.....

21. Ölüme neden olan hastalık için birinci basamaktan bir üst kurumu sevki uygun görülmüş ise götürülüp götürülmediği sağlık personeline sorgulanmış mı?

HAYIR () SEBEBİ NEDİR?:.....

EVET ()

KARAR (Her bebek için tüm evraklar incelendiğinde; söz konusu ölümün mevcut koşullarla önlenip önlenemeyeceği görüşü (Sağlık Grup Başkanlığı):