

GEBE - BEBEK - ÇOCUK PSİKOSOSYAL İZLEME FORMU

GİRİŞ BÖLÜMÜ

(Bu bölüm yeni tespit edilen tüm olgularda, anne aday/anne ile ilk görüşmede uygulanacaktır.)

(.....) Hanım, ben çocuğunuz altı yaşına gelene kadar sizinle birlikte çalışacağım. Amacım sizin ve çocuğunuzun sağlığını korumak, desteklemek. Çocuğunuzun sağlıklı gelişimine yardımcı olmak. Görüşmelerimiz sırasında bazı bilgileri kaydedeceğim. Bu sizinle görüştüklerimizi hatırlamama yardımcı olacak.

Kaç yıllık evlisiniz?

Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz? (Kimler?)

Siz ve eşiniz herhangi bir işte çalışıyor musunuz? (Hangi iş?) Anne : Baba:

Ailenizin herhangi bir sağlık güvencesi var mı? (Hangisi?)

Ailede ya da sizde bedensel, zihinsel veya ruhsal bir hastalık var mı? (Kim, hastalık ne?)

Evinizde sigara, alkol kullanan var mı? (Kim, ne, ne sıklıkta?)

Ailenizin yiyecek, giyecek, yakacak gibi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor musunuz?

Gebeliğiniz siz ve eşiniz tarafından istenilen bir gebelik miydi?

GEBELİK DÖNEMİ GÖRÜŞMELERİ

	1. Görüşme (.....haftalık)	2. Görüşme (.....haftalık)
S.1. (.....) Hanım nasılsınız, gebeliğiniz nasıl gidiyor?
S.2. Gebelik döneminde beslenmeniz siz ve bebeğiniz için çok önemli. Nasıl besleniyor, nelere dikkat ediyorsunuz?
S.3. Sizin ruh sağlığınız kendinizin, ailenizin sağlığı açısından önemli. Son bir haftada kendinizi aşırı mutsuz, hüzünlü, çökkün hissettiniz mi? Cevap evet ise (Kaç gün süre ile?)	<input type="checkbox"/> Hayır/1-2 gün <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır/1-2 gün <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri
S.4. a-Ev işleriniz, çocuklarınızın bakımı, sıkıntınızı paylaşma gibi konularda eşinizden ve çevrenizden yeterli destek alabiliyor musunuz? (Kimlerden?) Cevap hayır ise”b ve c” şikkini sor.	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
b- Kimlerden destek alabilirsiniz?
c- Almak istediğiniz destekleri dile getiriyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.5. Eşiniz ve diğer yakınlarınız ile ilişkileriniz sizin ve çocuğunuzun sağlığı açısından önemli. Eşinizin ya da bir başkasının size, çocuklarınıza, eşyalara zarar verdiği, sizi tehdit ettiği ya da incittiği olur mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.6. Gebelik sonrası kullanmayı düşündüğünüz aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi?)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....
S.7. Kendinizi son bir ay içinde çoğu zaman, günlük yaşamınızı kısıtlayacak kadar gergin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılanır hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.8. Bebeğinize ne kadar süre ile sadece anne sütü vermeyi düşünüyorsunuz?

GÖZLEM

Gebede/babada çocuğuyla ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilecek ağır ruhsal bozukluk (şizofreni vb.) veya mental retardasyon belirtileri olup olmadığını gözlemleyin.	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
--	--	--

DEĞERLENDİRME TABLOSU

Tarih	Normal Takip	Sık Takip	Hekime Yönlendirme

AİLE SAĞLIĞI ELEMANI NOTLARI:

.....

.....

.....

.....

Tarih	Hekime Yönlendirme Nedeni	Tarih	Hekim Değerlendirmesi	İmza	Sonuç

1) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza:
2) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza:

