

EK-1:

## PERİNATAL VE BEBEK ÖLÜMLERİ BİLGİ FORMU

<b>Formu gönderen</b>	İl	:		İlçe	:	
	Kurum	:		Tarih	:	...../...../.....

<b>Ölen bebeğin</b>	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	:	...../...../.....	Saati:.....	Ölüm 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 gebelik .....canlı doğum.....kendiliğinden düşük.....isteyerek düşük.....ölü doğum

Annenin bir önceki gebeliği ile ölen bebeğin doğumu arasındaki süre: .....ay /.....yıl

Anne-baba arasında akrabalık durumu :  Yok  Var → Yakınlık derecesini belirtiniz:.....

Anne-baba arasında kan uyuşmazlığı :  Yok  Var → Tipini belirtiniz: .....

Annenin tetanoz aşılı :  Tam aşılı  Eksik aşılı  Hiç aşısı yok

Annenin gebelikteki izlem sayısı: ..... İzlemin gerçekleştiği kurum:.....

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

Annenin madde bağımlılığı var mı? :  Hayır  Evet

Madde bağımlılığı varsa :  Sigara  Alkol  Diğer .....

Bebeğin doğum şekli :  Normal  Sezaryen

Doğumun gerçekleştiği yer :  Evde kendi kendine  Evde sağlık personeli ile  Sağlık kuruluşunda  Diğer Kurumun adı: .....

**Yenidoğan Bebeğe Ait Bilgiler**

Gebeliğin sonlanma şekli :  Canlı doğum  Masere ölü doğum  Taze ölü doğum

Bebeğin canlandırma ihtiyacı oldu mu? :  Hayır  Evet

Amniyon sıvısında mekonyum var mıydı? :  Hayır  Evet

Bebekte sarılık oldu mu? :  Hayır  Fizyolojik sarılık  Patolojik sarılık

Bebeğin 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...)**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Prematüre-İmmatürite                       | 24. Diğer Kalp Hastalıkları .....   |
| 2. Postmatürite                               | 25. Konjenital Anomaliler-Sendromlar .....  |
| 3. İntrakranial Kanama                        | 26. Nöromusküler Hastalıklar .....  |
| 4. Doğum Travması .....                       | 27. Genetik Hastalıklar .....   |
| 5. Hidrosefali                                | 28. Metabolik Hastalıklar.....  |
| 6. Sepsis (Erken-Geç-Nosokomiyal)             | 29. Metabolik Bozukluklar .....   |
| 7. Nekrotizan Enterokolit                     | 30. Nörolojik Problemler .....  |
| 8. İntrauterin Enfeksiyonlar .....            | 31. İmmün Yetmezlikler.....   |
| 9. Menejitler                                 | 32. Endokrin Problemler .....   |
| 10. Hepatitler                                | 33. Böbrek Yetmezliği .....   |
| 11. Ensefalit                                 | 34. Diğer Renal Problemler .....(RTA....)   |
| 12. Tetanos                                   | 35. Malignansiler .....   |
| 13. ASYE (Viral-Bakteriyel-Nedeni Bilinmeyen) | 36. Kanama Bozukluğu  |
| 14. İshalli Hastalıklar                       | 37. Hidrops Fetalis   |
| 15. Diğer Enfeksiyon Hastalıkları             | 38. Anemi .....   |
| 16. RDS                                       | 39. Malnütrisyon  |
| 17. Pnömotoraks (Hava kaçağı sendromları)     | 40. Postoperatif Nedenler .....   |
| 18. Perinatal Asfiksi ve HİE (diğer .....     | 41. Kazalar ve Travma (ev içi ve ev dışı düşmeler, araç içi ve araç dışı trafik kazaları, suda boğulma) |
| 19. Mekonyum Aspirasyonu Sendromu             | 42. Diğer kazalar (yanıklar, zehirlenmeler)   |
| 20. Pulmoner Hipertansiyon                    | 43. Ani Bebek Ölümü Sendromu  |
| 21. Diğer solunum sistemi problemleri .....   | 44. Çocuk İhmal ve İstismarı  |
| 22. Şok .....                                 |   |
| 23. Konjenital Kalp Hastalığı .....           |   |

**Ölüm nedeni (tek neden yazılmalıdır):**.....

**Formun tam olarak doldurulduğundan emin olunuz**

Formu Dolduran Kişi (Adı Soyadı):.....Kurumu/Görevi:.....Kaşe ve imza:.....

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