

PERINATAL VE BEBEK ÖLÜMLERİ BİLGİ FORMU

Formu gönderen	İl	:	İlçe	:
	Kurum	:	Tarih	/...../.....

Ölen bebeğin	Adı Soyadı	:	Cinsiyeti	:	E	K	Bilmiyor
	T.C. Kimlik No	:	Telefon	:			
	Anne adı	:	Adres	:			
	T.C. Kimlik No	:					
	Baba adı	:					
	T.C. Kimlik No	:					
	Doğum tarihi	/...../.....	Saati:.....	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 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 uyumsuzluğu	:	Yok	Var → Tipini belirtiniz:				
Annenin tetanoz aşıları	:	Tam aşı	Eksik aşı	Hiç aşı yok			
Annenin gebelikteki izlem sayısı:		Izlem 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	

Yenidogan 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 izlemeleri:	Doğumdan hemen sonra	48. saat	15. gün	41.gün	2.ay	3.ay	4.ay
Izlemin gerçekleştiği kurum:							
Belirlenen sorunlar	:	Büyüme geriliği	Gelişme geriliği	Kronik hastalıklar	Konjenital anormali		

Ölümün gerçekleştiği yer : Evde

Sağlık kuruluşunda (Kurumun adını:.....)

Diğer

Tanı Listesi (birden fazla tanı seçilebilir) (Noktalı yerlere hastalığın ismi belirtilecektir...)

1. Prematüre-İmmatüre
2. Postmatüre
3. İntrakranial Kanama
4. Doğum Travması
5. Hidrosefali
6. Sepsis (Erken-Geç-Nosokomiyal)
7. Nekrotizan Enterokolit
8. İntruterin Enfeksiyonlar
9. Menenjitler
10. Hepatitler
11. Ensefalit
12. Tetanos
13. ASYE (Viral-Bakteriyel-Nedeni Bilinmeyen)
14. İshalı 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

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
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 İhmali ve İstismarı

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):.....