0-6 YAŞ ÇOCUKLUK DÖNEMİ GÖRÜŞMELERİ	0-1 Ay (.....günlük)	2-6 Ay (.....aylık)	7-12 Ay (.....aylık)	13-18 Ay (.....aylık)	19-24 Ay (.....aylık)	25-59 Ay (.....aylık)
S.1. Nasılsınız, annelik nasıl gidiyor?	.....	.....	.....	.....	.....	.....
S.2. (.....) nasıl besleniyor, nelere dikkat ediyorsunuz?	☐ Anne sütü ☐ Diğer.....	☐ Anne sütü ☐ Diğer.....	☐ Anne sütü ☐ Diğer.....	☐ Anne sütü ☐ Diğer.....	☐ Anne sütü ☐ Diğer.....	.....
S.3. (.....) nin gelişimi için onunla birlikte yaptıklarınız çok önemli. (.....) ile oyun oynuyor, konuşuyor, ona masal anlatıyor, kitap okuyor musunuz?	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır
S.4. 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?)	☐ Hayır/1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri	☐ Hayır/1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri	☐ Hayır/1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri	☐ Hayır/1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri	☐ Hayır/1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri	☐ Hayır/1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri
S.5. Kullandığınız aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi?)	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır
S.6. Kendinizi son bir ay içinde çoğu zaman, günlük yaşamınızı kısıtlayacak kadar gergin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılanır hissettiniz mi?	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır
S.7. a-Ev işleriniz, çocuklarınızın bakımı, sıkıntınızı paylaşma gibi konularda eşinizden ve çevrenizden yeterli destek alabiliyor musunuz? (Kimlerden?) **Cevap hayır ise"b ve c" şıkkını sor.**	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır
b- Kimlerden destek alabilirsiniz?	.....	.....	.....	.....	.....	.....
c- Almak istediğiniz destekleri dile getiriyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır
S.8. 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?	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır

GÖZLEM

Annede/babada çocuğuyla ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilecek ağır ruhsal bozukluk (şizofreni vb.) veya mental retardasyon belirtileri olup olmadığını gözlemleyin.	☐ Var ..... ☐ Yok	☐ Var ..... ☐ Yok	☐ Var ..... ☐ Yok	☐ Var ..... ☐ Yok	☐ Var ..... ☐ Yok	☐ Var ..... ☐ Yok
Çocuğu tamamen soyun. Vücudunda yaygın morluk, pişik, kesi, yanık gibi olabilecek fiziksel istismar ya da ihmal belirtilerini gözlemleyin.	☐ Var ☐ Yok ☐ Gözlem yapılamadı	☐ Var ☐ Yok ☐ Gözlem yapılamadı	☐ Var ☐ Yok ☐ Gözlem yapılamadı	☐ Var ☐ Yok ☐ Gözlem yapılamadı	☐ Var ☐ Yok ☐ Gözlem yapılamadı	☐ Var ☐ Yok ☐ Gözlem yapılamadı

GELİŞİM BİLGİLERİ

Gelişim	Yaş sınırı	Gelişim	Yaş sınırı
Sese tepki	(10 gün).....	Desteksiz oturma	(9 ay).....
Yüze bakma	(25 gün).....	Tek kelime	(12 ay).....
Parlak cismi izleme	(2 ay).....	Yürüme	(16 ay).....
Agulama	(2.5 ay).....	Çift kelimeli cümle	(24 ay).....
Başını tutma	(3 ay).....	Merdiven çıkma	(24 ay).....
Anneyi tanıma	(6 ay).....	Merdiven inme	(36 ay).....

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:	3) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza:	5) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza:
2) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza:	4) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza:	6) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza:

Adı Soyadı:
Ünvanı:
Tarih:
İmza:

DÜZENLEYEN

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

İZLEMLER

Tarih	Yaşı Yıl	Yaşı Ay	Ağırlığı Kg	Ağırlığı Gr	Boyu cm.	Baş Çev. cm.	Göğüs Çev. cm.	Kol Çev cm.	Fontanel	Bulgular	Değerlendirme ve Tanı	İmza
../../....												
../../....												
../../....												
../../....												
../../....												
../../....												
../../....												
../../....												
../../....												
../../....												
../../....												
../../....												
../../....												
../../....												
../../....												

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Form No 006

BEBEK VE ÇOCUK İZLEME FİŞİ

Sosyal Güvence Drumu

Fişin Düzenlendiği Tarih

Cinsiyet

İL .....
İLÇE .....

KURUM .....
SAĞLIK EVİ .....

TC Kimlik No.

Muhtarlığı

Soyadı

Sokağı	
Ev No	
Telefon	

Adı	
Baba Adı	
Ana Adı	
Doğum Tarihi	
Kan Grubu	

Anne-Baba Akrabalık Derecesi

ANNENİN GEBELİK ÖYKÜSÜ

Doğum Tarihi	Öğrenim Durumu	Toplam Gebelik Sayısı	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı

BEBEĞİN DOĞUMU İLE İLGİLİ BİLGİLER

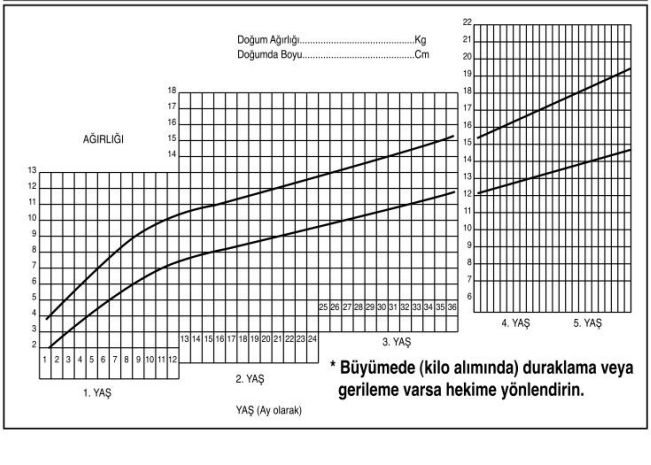
Doğum Ağırlığı	Doğuma Yardım Eden	Doğumun Yapıldığı Yer	Kan Uyuşmazlığı	Tanı Başlıkları (Doğum Komplikasyonları, Konjenital Defekt, Genetik Hastalık)	Riskli Durumlar

AŞILAR

	Hep B	DaBT-IPA-Hb	OPA	KKK	BCG				
I									
II									
III									
R/IV									
R R/V									

Ailevi Özellikler

Doğum Ağırlığı.....Kg
Doğumda Boyu.....Cm



*** Büyümede (kilo alımında) duraklama veya gerileme varsa hekime yönlendirin.**

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
FORM NO: 005

GEBE - LOHUSA İZLEME FİŞİ

TC Kimlik No:

Soyadı :

Adı :

Kurumu :.....
Sağlık Evi :.....

Eşinin Adı :
Eşinin Akrabalık D :
Doğum Tarihi :
Öğrenim Durumu :
İşi :
Evlenme Yaşı :
İlk Gebelik Yaşı :

Sıra No. :
Muhtarlığı :
Sokağı :
Ev No. :
Tlf. No.:

Düzenlendiği Tarih
...../...../.....

Boyu : .....cm

Kaçıncı Gebeliği	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Annenin Sistematik Hastalığı Varsa Yazınız	Pelvis Durumu	Kan Grubu Rh	Eşinin Kan Grubu - Rh	Bir Önceki Gebeliğin Sonlanma Tarihi	Bir Önceki Gebeliğin Sonucu, Yeri ve Biçimi	Doğumla İlgili Karar
							Uygun ☐ Dar ☐ Şüpheli ☐			.....gün ..... ay ..... yıl	Canlı Doğum ☐ Ölü Doğum ☐ Düşük ☐ Yer :..... Biçim :.....	Sağlık Evi ☐ Sağlık Ocağı ☐ Hastanede ☐

Gebelik Öncesi Kullandığı Koruyucu Yöntem	Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler				
	Gebelik Sonucu ve Tarihi	Doğum Nasıl Yapıldı?	Doğuma Yardım Eden	Doğan Bebek	Doğuştan Şekil Bozukluğu
RİA ☐ Hap ☐ Kondom ☐ Yok ☐ Diğer :	Düşük ☐ Ölü Doğum ☐ Canlı Doğum ☐ ...../...../.....	Spontan ☐ Vakum ☐ Sezaryen ☐ Forseps ☐	Hastane ☐ Hekim ☐ Ebe ☐ Diğer Sağ. Personeli ☐ Sağlık Pers. Yardımı Olmadan ☐	Cinsiyeti ☐ Kilosu ..... gr. Boyu .....cm. Geliş Biçimi : .... Çoğul Doğum ☐	Yok Var : .... Notlar : ....

Ebenin Adı, Soyadı :.....
Tarih :...../...../.....
İmzası :.....

Hekimin Adı, Soyadı :.....
Tarih :...../...../.....
İmzası :.....

Risk Durumu :.....
Son Adet Tarihi :.....
Beklenen Doğum Tarihi :.....

Tetanoz aşısının yapıldığı tarihler
1. Aşı :.....
2. Aşı :.....
3. Aşı :.....
4. Aşı :.....
5. Aşı :.....

İZLEME VE ÖĞÜTLER

Tarih	Gebelik Haftası	Ağırlık (Kg.)	Kan Basıncı (mmHg)	Ödem	Varis	Nabız/ dakika	İdrarda Protein	Hemo globin %	Çocuk Kalp Sesi (sayı/dak.)	Geliş Biçimi	Öğütler (Yan sütunlardaki ağırlık, kan basıncı, hemoglobin vb. normal mi?) (Geliş Biçimi, Hekime Sevk)	Sonraki İzleme Tarihi	İmza

LOHUSALIK DÖNEMİ İZLEMESİ

Tarih	Kan basıncı / mmHg	Nabız / dakika	Ateş	Açıklama,diğer inceleme ve öğütler	İmza

GEBE - BEBEK - ÇOCUK PSİKOSOSYAL İZLEME FORMU

GİRİŞ BÖLÜMÜ
(Bu bölüm yeni tespit edilen tüm olgularda, anne adayı/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?)	☐ Hayır/1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri	☐ Hayır/1-2 gün ☐ 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" şıkkını sor.**	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır
b- Kimlerden destek alabilirsiniz?	.....	.....
c- Almak istediğiniz destekleri dile getiriyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ 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?	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır
S.6. Gebelik sonrası kullanmayı düşündüğünüz aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi?)	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır
S.7. Kendinizi son bir ay içinde çoğu zaman, günlük yaşamınızı kısıtlayacak kadar gergin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılanır hissettiniz mi?	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ 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.	☐ Var ..... ☐ Yok	☐ Var ..... ☐ 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: