



KASTAMONU HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
.....TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ
.....AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

GEBE SAHA İZLEM DENETİM FORMU

Genel Sorular	*TC Kimlik No:	Denetim tarihi:/...../201....		
	*Ad Soyad:	Eşinin Adı Soyadı:		
	*Doğum Tarihi:/...../20....	Anne adı:		
	*Telefon No:	Baba adı:		
	*Adres Bilgileri:			
1-İzlem/aşı hizmeti aldınız mı?	1. <input type="checkbox"/> Evet	2. <input type="checkbox"/> Göç/Taşınmış	3. <input type="checkbox"/> Bulunamadı	
	4. <input type="checkbox"/> Hayır (Nedeni:.....) Lütfen Tutanak tutunuz!			
	5. <input type="checkbox"/> Gebelik süresi 16 haftanın altında			
2-İzlem/aşı değerlendirmesinde bilgi nereden alındı?	1. <input type="checkbox"/> Kendisi	2. <input type="checkbox"/> Yakını.....		
3- İzlem/aşı nerede yapıldı?	1. <input type="checkbox"/> Evde	2. <input type="checkbox"/> ASM'de	3. <input type="checkbox"/> Gezici Hizmette	4. <input type="checkbox"/>
4-Nasıl çağırıldınız?	1. <input type="checkbox"/> Ev ziyaretinde	2. <input type="checkbox"/> ASM'ye gittiğimde	3. <input type="checkbox"/> Gezici Hizmete geldiklerinde	4. <input type="checkbox"/> Telefon İle
5-Gebeliğinizden Aile Hekimi/Aile Sağlığı Elemanı nasıl haberdar oldu?				
1. <input type="checkbox"/> Ben ASM'ye giderek bildirdim				
2. <input type="checkbox"/> AH/ASE tespit etti	2.a) <input type="checkbox"/> ASM 'de	2.b) <input type="checkbox"/> Ev Ziyareti sırasında	2.c) <input type="checkbox"/> Gezici Hizmete	2.d) <input type="checkbox"/> Biliyorlardı
6-Son Adet Tarihiniz:.....				
7- Son gebelik izleminde aşağıdakilerden hangisi/hangileri yapıldı?	<input type="checkbox"/> Kan Basıncı	<input type="checkbox"/> Ödem	<input type="checkbox"/> İdrar tahlili	<input type="checkbox"/> ÇKS
	<input type="checkbox"/> Ağırılık	<input type="checkbox"/> Varis	<input type="checkbox"/> Kan Tahlili	<input type="checkbox"/> Diğer.....
8- Son gebelik izleminde eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
9- Son gebelik izleminde hangi eğitimler verildi?	<input type="checkbox"/> Beslenme	<input type="checkbox"/> Aile Planlaması	<input type="checkbox"/> İlaç Kullanımı	
	<input type="checkbox"/> Hijyen	<input type="checkbox"/> Doğum ve Hazırlık	<input type="checkbox"/> Hareket- İstirahat	
	<input type="checkbox"/> Giyim	<input type="checkbox"/> Bebek Bakımı	<input type="checkbox"/> Diğer	
	<input type="checkbox"/> Gebelik Şikayetleri	<input type="checkbox"/> Anne Sütü-Emzirme		
10-(Gebelik 16.haftadan büyükse sorulacak)Gebenin aşı kartı var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
11-Bir sonraki izlem için randevu verildi mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
12- Demir Preparatı kullanıyormu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
13- D-Vit Kullanılıyormu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		

* SAHAYA ÇIKILMADAN ÖNCE SAĞLIK-NET VE KDS VERİLERİNE GÖRE DOLDURULACAK

DÜZENLEYEN (Adı-Soyadı-İMZA)

DÜZENLEYEN (Adı-Soyadı-İMZA)