

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
FORM NO:

15-49 YAŞ KADIN İZLEM Fişi

.....SAĞLIK OCAĞI  
.....SAĞLIK EVİ

SOYADI:

Adı: .....

Doğum Tarihi: .....

Öğrenimi: .....

Mesleği: .....

Sıra No: .....

Muhtarığı: .....

Sokağı: .....

Ev No: .....

Tif No: .....

Eşinin Adı: .....

Öğrenim Durumu: .....

Mesleği: .....

Akrabalık Derecesi: .....

Tetanoz Aşısının 1.Aşı: .....

4.Aşı: .....

Yapıldığı Tarih 2.Aşı: .....

5.Aşı: .....

3.Aşı:

ANNELİK BİLGİLERİ

Toplam Gebelik Sayısı	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayacak Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk sayısı

GÖÇ HALİNDE

Göç Tarihi:

Göç Ettiği Yer:

GÖÇ HALİNDE

Öüm Tarihi:

Ölüm Nedeni:

SİSTEMİK HASTALIKLARI

Sakat

Sakat Değil

SON GEBELİK BİLGİLERİ

Canlı Doğum

Ölü Doğum

Düşük

Sezeryor

Diğer

AP YÖNTEMİ KULLANMAMA NEDENİ

Gebelik-Emzikli

Eşi Başka Yerde

Kısırlık

Eşi İstemiyor

Kendisi İstemiyor

Diğer