

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

Kurumu: :
Sağlık Evi: :

Düzenlendiği Tarih
.../.../.....

Boy:.....cm

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

Kaçıncı Gebeliği	Cahlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Annenin Sistemik 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 <input type="checkbox"/> Dar <input type="checkbox"/> Şüpheli <input type="checkbox"/>				Canlı doğum <input type="checkbox"/> Ölü doğum <input type="checkbox"/> Düşük Yer:..... Birçim:.....	Sağlık evi, <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağında <input type="checkbox"/> Hastanede <input type="checkbox"/>

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
RIA <input type="checkbox"/> Hap <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diğer:	Düşük <input type="checkbox"/> Ölü doğum <input type="checkbox"/> Canlı doğum <input type="checkbox"/>	Spontan <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Sezaryen <input type="checkbox"/> Forseps <input type="checkbox"/>	Hastane <input type="checkbox"/> Hekim <input type="checkbox"/> Ebe <input type="checkbox"/> Diğer Sağ. Personeli <input type="checkbox"/> Sağlık Pers. Yardımı Olumadan <input type="checkbox"/>	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> Kilosu.....gr. Boy.....cm Geliş Biçimi:	Yok <input type="checkbox"/> Var:..... Notlar:.....

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

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

