T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Form No: 008

EBE ve HEMŞİRE
AYLIK ÇALIŞMA BİLDİRİSİ

ÜNVANI:.....
ADI:.....
SOYADI:.....

YIL:_____
AY:_____

KURUM:_____ SAĞLIK EVİ:_____

Günler	Gezilen Muhtarlık Adı	Tespit Sayıları					İzleme Sayıları					Başka Bölgeden Gelen				Bölgeden Ayrılan				Doğumları Yaptıranlar				Düşük Yapan	Bebek			FKÜ İçin Alınan Kan	Çocuk Ölümü	Anne Ölümü			Aile Planlaması Çalışmaları				Halk Eğitimi	
		15-49 Yaş Kadın	Gebe	Lohusa	Bebek(0-11 ay)	Çocuk(12-59 ay)	15-49 Yaş Kadın	Gebe	Lohusa	Bebek(0-11 ay)	Çocuk(12-59 ay)	Gebe	Lohusa	Bebek(0-11ay)	Çocuk(12-59 ay)	Gebe	Lohusa	Bebek(0-11 ay)	Çocuk(12-59 ay)	Hastane	Ebe	Diğ.Sağlık Pers.	S.P.Y. Olmadan		Canlı Doğan	Ölü Doğan	Ölen			Gebe	Doğum anında	Lohusa	Hap Dağ.Kişi	Dağıtılan Hap	Kond.Dağ.Kişi	Dağıtılan Kondom	Konu	Sean sayısı
TOPLAM																																							