

NEONATAL TETANOS VAKA İNCELEME ve BİLDİRİM FORMU

Bu form aşağıda belirtilen tanıma uyan her yeni doğan için doldurulacaktır.

Hayatın ilk 2 günü normal emmesi ve ağlası olan
Yeni doğanın ölümü veya tetanosa benzer özellikler göstermesi

1. VAKA İLE İLGİLİ BİLGİLER:

İl : Adı Soyadı :
İlçe : Doğum tarihi :
Mahalle/Köy : Cinsiyeti : E / K

2. ANNE İLE İLGİLİ BİLGİLER:

Anne doğum öncesi bakımı (DÖB) aldı mı? Evet / Hayır
Anne DÖB dışında herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurmuş mu? Evet / Hayır
Başvurmuş ise, başvuru yeri, tarihleri ve nedeni:
Anne Tetanosa karşı aşılandı mı? Evet / Hayır / Bilinmiyor
Aşı durumu bilgi kaynağı nedir? Aşı kartı / Kayıtlar / anamnez
Annenin aldığı Tetanos Toksoid (TT) doz sayısı (tercihen annenin çocukluk çağı aşıları dahil):
Uygulanan son TT dozunun tarihi:

3. DOĞUM İLE İLGİLİ BİLGİLER:

Yeni doğan nerede doğdu? Hastane / Sağlık Ocağı / AÇSAP / Ev / Diğer:
Doğuma kim yardım etti? Hekim / Ebe-Hemşire / Köy ebesi / Diğer:
Göbek steril aletlerle kesildi mi? Evet / Hayır / Bilinmiyor
Göbet temiz tutuldu mu? Evet / Hayır / Bilinmiyor

4. VAKANIN KLİNİK BULGULARI:

Bulguların başlangıç tarihi:
Yaşamın ilk günü normal emdi ve ağladı mı? Evet / Hayır
3 – 28. günlerde emme zorluğu oldu mu? Evet / Hayır
3 – 28. ggünlerde bebegın vücudunda katılaşma / konvulsiyon oldu mu? Evet / Hayır
Yeni doğan öldü mü? Evet / Hayır
Öldü ise, Ölüm tarihi:
Diğer Bulgular:

5. TANI:

Yeni doğan bir sağlık kuruluşuna götürüldü mü? Evet / Hayır
Götürüldü ise sağlık kuruluşunun adı:
Konulan Tanı:
Açıklama:

Formun doldurulduğu tarih: İl Neonatal Tetanos Program Sorumlusu
Dolduran hekimin Adı, Soyadı: Adı, Soyadı:

İmza

İmza