

# NEONATAL TETANOS VAKA DEĞERLENDİRME FORMU

## KONTROL LİSTESİ

Aşağıdaki dört sorundan ilk üçünün yanıtı even ise bu yeni doğanın, Neonatal Tetanos yönünden incelemesi gerekmektedir. Durumu en kısa sürede İl Sağlık Müdürlüğü'ne bu formu doldurarak bildirin. Ayrıca, "Neonatal Tetanos Vaka İnceleme ve Bildirim Formu" nun eksiksiz olarak doldurun ve il sağlık müdürlüğü'ne bildirin.

- |  |     |
|--|-----|
| 1. ) Bebek doğduktan sonra ilk 2 gün normal emdi ve ağladı mı?     | E/H |
| 2. ) Yaşamın 3-28. günleri arasında emme zorluğu oldu mu?          | E/H |
| 3. ) Yaşamın 3-28. günleri arasında katılık / konvulsiyon oldu mu? | E/H |
| 4. ) Bebek doğduktan sonra 3-28. günleri arasında öldü mü?         | E/H |

İncelenecek olan Neonatal Tetanos vakasının:

Adı Soyadı:

Ev Adresi:

doğum Tarihi:

Değerlendirmeyi yapan Sağlık Kuruluşunun Adı:

Değerlendirmeyi yapan: