**İL BEBEK ÖLÜMLERİNİ İNCELEME KURULU ÇALIŞMA FORMU**

**Bebeğin Adı-Soyadı-T.C.Kimlik No:**

**Annenin Adı-Soyadı-T.C.Kimlik No:**

**Nüfusa Kayıt Tarihi:**

**1- ÖLÜM NEDENLERİ**

Aşağıda belirtilen ölüm nedenlerinden temel ölüm nedeni, son ölüm nedeni ve ara ölüm nedenleri tüm bebekler için tespit edilecektir. Noktalı yerlere hastalığın ismi belirtilecektir.

|  |
| --- |
| 1. Prematüre-İmmatürite 2. Postmatürite 3. İntrakranial Kanama 4. Doğum Travması ................................................... 5. Hidrosefali 6. Sepsis (Erken-Geç-Nosokomiyal) 7. Nekrotizan Enterokolit 8. İntrauterin Enfeksiyonlar ........................ 9. Menenjitler 10. Hepatitler 11. Ensefalit 12. Tetanos 13. ASYE (Viral-Bakeriyel-Nedeni Bilinmeyen) 14. İshalli Hastalıklar 15. Diğer Enfeksiyon Hastalıkları 16. RDS 17. Pnömotoraks (Hava kaçağı sendromları) 18. Perinatal Asfiksi ve HİE (diğer ...............................) 19. Mekonyum Aspirasyonu Sendromu 20. Pulmoner Hipertansiyon 21. Diğer solunum sistemi problemleri …………………… 22. Şok ........................... 23. Konjenital Kalp Hastalığı ................... 24. Diğer Kalp Hastalıkları ...................... 25. Konjenital Anomaliler-Sendromlar .......................... 26. Nöromüsküler Hastalıklar ............................... 27. Genetik Hastalıklar ................. 28. Metabolik Hastalıklar................................ 29. Metabolik Bozukluklar ............................... 30. Nörolojik Problemler ......................... 31. İmmün Yetmezlikler......................... 32. Endokrin Problemler ........................... 33. Böbrek Yetmezliği ............. 34. Diğer Renal Problemler ..................(RTA....) 35. Malignansiler ................................ 36. Kanama Bozukluğu 37. Hidrops Fetalis 38. Anemi .......................... 39. Malnütrisyon 40. Postoperatif Nedenler ................................ 41. Kazalar ve Travma (ev içi ve ev dışı düşmeler, araç içi ve araç dışı trafik kazaları, suda boğulma) 42. Diğer kazalar (yanık, zehirlenmeler) 43. Ani Bebek Ölümü Sendromu 44. Çocuk İhmal ve İstismarı |

|  |
| --- |
| **Bebeğin Ölüm Nedeni** (Yukarıda yer alan ölüm nedenlerinden temel ölüm, son ölüm nedeni ve ara ölüm nedenleri yazılacaktır.)**:**  Temel ölüm nedeni (Tek bir neden yazılacaktır):  Son ölüm nedeni (Tek bir neden yazılacaktır):  Ölüme götüren ara nedenler (Diğer tanılar yazılabilir): |

**2- ÖLÜMÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Bebek Ölümleri Bilgi Formu’ndaki bilgilerin tam ve doğru oldukları kontrol edildikten sonra Komisyonca aşağıdaki bölüme geçilmesi gerekmektedir. Aşağıdaki faktörler ve Komisyonun tespit ettiği diğer hususlar araştırılarak ölümü etkileyen faktörlerinde yer alacağı bir karar verilmesi ve alınan kararın rapora eklenmesi gerekmektedir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Hane halkı-toplumsal faktörler** | | Komisyonda ayrıca sorgulanmalıdır. |
| 1. Anne-baba eğitim durumu | | Anne:  Okur-yazar değil ( ) İlk ( ) Orta ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) |
| Baba:  Okur-yazar değil ( ) İlk ( ) Orta ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) |
| 1. Evde yaşayanlar ve sayısı (Kişi sayısı ve evde yaşayanların kimler olduğu): | | |
| 1. Evin reisi gelir getiren bir işte çalışıyor mu?   Hayır ( )  Evet ( ) | | |
| 1. Anne-baba arasında akrabalık var mı? (Evetse akrabalık derecesi) ?   Hayır ( )  Akraba olmayanlarda aynı ya da yakın köy-kasabadan olup olmadıkları sorulacaktır.  Evet ( ) ......................................................................................... | | |
| 1. Sosyal güvenceleri var mı? Yeşil kart vb   Hayır ( )  Evet ( ) | | |
| 1. Hizmetlerin aileye ulaşmasında karşılaşılan sorunlar var mı? (gelenekler, aile büyüklerinin tutum ve yargıları, sağlık personeline yaklaşım vb) (Evetse nedenlerinin sorgulanması gerekmektedir.)   Hayır ( )  Evet ( ) ........................................................ | | |
| 1. Diğer (Varsa komisyonca tespit edilen diğer durumlar) | | |
| **Komisyon kararı:** | | |
| 1. **Sağlık hizmeti ve personeli ile ilgili faktörler** | | |
| 1. İkamet ettikleri yerde bir sağlık kuruluşu var mı?   Yok ( )  Yoksa en yakın sağlık kuruluşuna yakınlığı ve ulaşım nasıl sağlanıyor? .....................................  Var ( )  Türü: ........................................... | | |
| 1. İkamet ettiği yerde sağlık personeli var mı? (hekim, hemşire, ebe vb)   Yok ( )  Yoksa sağlık personeli ile nasıl ve nerede temas kurulabiliyor?  Var ( )  Hangi sağlık personeli: | | |
| 1. Gebelik süresince annenin takibi yapılmış mı?   Hayır ( ) Nedeni?:.................................................  Evet ( )  Her bir izlem için ayrı ayrı doldurulmalıdır.:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | İzlem zamanı (gebelik ayı) | İzlemin yapıldığı yer | İzlemi yapan sağlık personeli (doktor, ebe, hemşire vb) | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | | |
| 1. Annenin aşıları yapılmış mı?   Hayır ( ) Nedeni? ...................................................  Evet ( ) | | |
| 1. Gebelik süresince bebek açısından şüpheli bir durum (genetik hastalıklar, intrauterin enfeksiyonlar, amniosentez, üçlü tarama testi gibi) olmuş mu?   Hayır ( )  Evet ( ) Belirtin: ....................................... | | |
| 1. Ölüm sebebi doğumsal anomali, genetik hastalık veya metabolik hastalık ise (anne ve baba tarafında) benzer hikaye ve doğuştan anomalisi olan birey var mı?   Hayır ( )  Evet ( ) Belirtin: ..................... | | |
| 1. Annenin daha önceki bebeklerinden ölen veya düşük var mı?   Hayır ( )  Evet ( ) Açıklayın: ..............................................................  Düşükse kaçıncı ayında oldu? .............................. | | |
| 1. Annenin kronik hastalığı veya ilaç kullanımı var mı?   Hayır ( )  Evet ( ) Açıklayın: .............................................................. | | |
| 1. Annenin sigara, alkol, madde bağımlılığı var mı?   Sigara ( ) Alkol ( )  Madde Bağımlılığı ( ) Belirtin: ............................................................ | | |
| 1. Anne gebeliği sırasında bir hastalık geçirdi mi?   Hayır ( )  Evet ( ) Açıklayın: .............................................................. | | |
| 1. Gebeliğin şekli?   Normal ( )  Üremeye yardımcı yöntemle ( ) | | |
| 1. Çoğul gebelik mi?   Hayır ( )  Evet ( ) Belirtin:...................................... | | |
| 1. Bebeğin beslenmesi; | ( ) Sadece anne sütü ile | |
| ( ) Sadece anne sütü ve su | |
| ( ) Anne sütü ve ek gıdalar | |
| ( ) Anne sütü almıyor | |
| Ne ile beslenilmiş; Emzirme ( ) Biberon ( ) Kaşık ( )  Diğer-ne ile olduğunu belirtiniz- ( ) | |
| 1. Bebeğin yaşına-ayına göre uygun aşıları olup olmadığı araştırılmalıdır.   Tam aşılı ( ) Eksik aşılı ( ) Hiç aşısı yok ( ) | | |
| 1. Bebek yaşına-ayına göre sağlık kurumunda izlemleri (Bebek İzlem Protokolleri kapsamında) yapılmış mı?   Hayır ( ) Neden: ............................................................  Evet ( )  Her bir izlem için ayrı ayrı doldurulmalıdır.:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | İzlem zamanı (Bebek yaşı: gün, ay olarak) | İzlemin yapıldığı yer | İzlemi yapan sağlık personeli (doktor, ebe, hemşire vb) | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | | |
| 1. Sağlık kayıtları göre bebeğin gelişimi yaşına (ayına) uygun muydu?   Hayır ( ) Belirlenen sorunlar:..............................................................  Evet ( )  Bakım, beslenme vb kaynaklı bir gelişim geriliği, ihmal var mıydı?  Hayır ( )  Evet ( ) Belirtin: ............................................................... | | |
| 1. Doğumundan itibaren tespit edilmiş bir hastalığı var mı?   Hayır ( )  Evet ( ) Belirtin: ............................................................... | | |
| 1. Doğumundan itibaren geçirilmiş bir operasyonu var mı?   Hayır ( )  Evet ( ) Belirtin: ............................................................... | | |
| 1. Daha önce bir hastanede yatıp tedavi görmüş mü?   Hayır ( )  Evet ( ) Sebebi nedir: ............................................................... | | |
| 1. Ölüme neden olan hastalık için birinci basamaktan bir üst kuruma sevki uygun görülmüşse, aile üst sağlık kurumuna bebeği götürmüş mü?   Hayır ( ) Sebebi nedir?: ...............................................................  Evet ( ) | | |
| 1. Ölüme neden olan hastalık için birinci basamaktan bir üst kuruma sevki uygun görülmüşse, götürülüp götürülmediği sağlık personelince sorgulanmış mı?   Hayır ( ) Sebebi nedir?: ...............................................................  Evet ( ) | | |
| 1. Hasta yenidoğan ise ve hastanede kaybedilmişse;   Hastanenin;  Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi: Var ( ) Yok ( )  Yenidoğan uzmanı: Var ( ) Yok ( )  Müdahale için gerekli cihazlar: Var ( ) Yok ( ) | | |
| 1. Hasta yenidoğan harici ve hastanede kaybedilmişse;   Çocuk uzmanı: Var ( ) Yok ( )  Yoğun Bakım Ünitesi: Var ( ) Yok ( )  Müdahale için gerekli cihazlar: Var ( ) Yok ( ) | | |
| 1. Hastanede kaybedildi ise kaç gün hastanede yattı? Belirtin. | | |
| 1. Hastanın ölüm sürecinde bir hastaneden başka bir hastaneye sevki var mı?   Yok ( )  Var ( ) Sevk nedeni nedir?....................................... | | |
| 1. Sevk nasıl gerçekleşti?   Ambulans ve sağlık personeli ile ( )  Sağlık personeli olmaksızın ambulans ile ( )  Ambulans olmaksızın ailenin kendi imkânları ile ( ) | | |
| 1. Sevk ambulansla yapılmışsa, ambulans;   Tam donanımlı ambulanstı ( )  Tam donanımlı olmayan nakil ambulansı ( ) | | |
| 1. **Diğer faktörler** | | |
| **Komisyon kararı:** | | |

**NOT: Her bir bebek için “Temel Ölüm Nedeni-Ara Ölüm Nedeni-Son Ölüm Nedeni” belirtilmelidir. Ayrıca hazırlanacak raporda; söz konusu ölümün, mevcut koşullarla önlenip önlenemeyeceğinin ve ölümün hangi koşullarda önlenebileceğini içeren görüşlerinizin de yer alması gerekmektedir.**