

İL BEBEK ÖLÜMLERİNİ İNCELEME KURULU ÇALIŞMA FORMU

Bebegın 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-Bakteriyel-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 tanımlar 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.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Hane halkı-toplumsal faktörler | Komisyonca ayrıca sorgulanmalıdır. |
| 1. Anne-baba eğitim durumu | <u>Anne:</u> Okur-yazar değil () İlk () Orta () Lise () Üniversite () <u>Baba:</u> Okur-yazar değil () İlk () Orta () Lise () Üniversite () |
| 2. Evde yaşayanlar ve sayısı (Kişi sayısı ve evde yaşayanların kimler olduğu): | |
| 3. Evin reisi gelir getiren bir işte çalışıyor mu? Hayır () Evet () | |
| 4. Anne-baba arasında akrabalık var mı? (Evetse akrabalık derecesi) ? Hayır () Akraba olmayanlarda aynı ya da yakın köy-kasabadan olup olmadıkları sorulacaktır. Evet () | |
| 5. Sosyal güvenceleri var mı? Yeşil kart vb Hayır () Evet () | |
| 6. Hizmetlerin aileye ulaşmasında karşılaşılan sorunlar var mı? (gelenekler, aile büyüklerinin tutum ve yargıları, sağlık personeline yaklaşım vb) (Evetse nedenlerinin sorgulanması gerekmektedir.) Hayır () Evet () | |
| 7. Diğer (Varsa komisyonca tespit edilen diğer durumlar) | |

Komisyon kararı:

b) 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:

2. 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:

3. 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) |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4. Annenin aşıları yapılmış mı?

Hayır () Nedeni?

Evet ()

5. Gebelik süresince bebek açısından şüpheli bir durum (genetik hastalıklar, intrauterin enfeksiyonlar, amniosentez, üçlü tarama testi gibi) olmuş mu?

Hayır ()

Evet () Belirtin:

6. 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:

7. Annenin daha önceki bebeklerinden ölen veya düşük var mı?

Hayır ()

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bakım, beslenme vb kaynaklı bir gelişim geriliği, ihmal var mıydı? Hayır () Evet () Belirtin: |
| 17. Doğumundan itibaren tespit edilmiş bir hastalığı var mı? Hayır () Evet () Belirtin: |
| 18. Doğumundan itibaren geçirilmiş bir operasyonu var mı? Hayır () Evet () Belirtin: |
| 19. Daha önce bir hastanede yatıp tedavi görmüş mü? Hayır () Evet () Sebebi nedir: |
| 20. Ölümüne neden olan hastalık için birinci basamaktan bir üst kuruma sevki uygun görülümüşse, aile üst sağlık kurumuna bebeği götürmüş mü? Hayır () Sebebi nedir?: |
| 21. Ölümüne neden olan hastalık için birinci basamaktan bir üst kuruma sevki uygun görülümüşse, götürülüp götürülmediği sağlık personeline sorgulanmış mı? Hayır () Sebebi nedir?: |
| 22. Hasta yenidoğan ise ve hastanede kaybedilmişse; Hastanenin; Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi: Var () Yok () Yenidoğan uzmanı: Var () Yok () Müdahale için gerekli cihazlar: Var () Yok () |
| 23. Hasta yenidoğan harici ve hastanede kaybedilmişse; Çocuk uzmanı: Var () Yok () Yoğun Bakım Ünitesi: Var () Yok () Müdahale için gerekli cihazlar: Var () Yok () |
| 24. Hastanede kaybedildi ise kaç gün hastanede yattı? Belirtin. |
| 25. Hastanın ölüm sürecinde bir hastaneden başka bir hastaneye sevki var mı? Yok () Var () Sevk nedeni nedir?..... |
| 26. Sevk nasıl gerçekleşti? Ambulans ve sağlık personeli ile () Sağlık personeli olmaksızın ambulans ile () Ambulans olmaksızın ailenin kendi imkânları ile () |
| 27. Sevk ambulansla yapılmışsa, ambulans; Tam donanımlı ambulanstı () Tam donanımlı olmayan nakil ambulansı () |
| c) 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.