

PERİNATAL VE BEBEK ÖLÜMLERİ BİLGİ FORMU-2009- DOLDURMA KILAVUZU

GİRİŞ

Bebek ölümü “doğumdan sonraki 365 gün içinde tüm nedenlerle meydana gelen ölümler”, perinatal ölümler ise “ölü doğumlarla birlikte ilk 7 gün içerisinde meydana gelen ölümler” olarak tanımlanmaktadır.

22 hafta veya 500 gramın üzerinde doğan bebekler ve ölü doğumlarda bu form ile bildirilecek ve her bebek için (ikiz, üçüz vb içinde) ayrı form doldurulacaktır.

Aşağıda bebek ölümü sayısını ve nedenlerini belirlemeye yönelik hazırlanmış formun nasıl doldurulacağına ilişkin bilgiler bulunmaktadır.

Form hastane, sağlık ocağı, AÇSAP merkezleri, Aile Hekimliği Birimi, Toplum Sağlığı Merkezlerinde görev yapan hekimler tarafından doldurulacaktır.

Sağlık evi ve bağlı köylerde meydana gelen bebek ölüm vakaları için form, bağlı olunan sağlık ocağı hekimi tarafından doldurulacaktır. Aile hekimi de, kendisine bağlı tüm nüfusta meydana gelen bebek ölümlerini bildirmekle yükümlüdür.

Ölen bebek ile ilgili bilgiler sağlık kuruluşlarının kayıtlarından yararlanılarak ya da ölen bebeğin yakınlarından elde edilecek bilgilerle doldurulacaktır.

Bağlı olduğu il dışında bir ilde ölen bebekler için ölüm bildirim formu ölümün gerçekleştiği yerde doldurulacak ve bebeğin geldiği ile de bilgi verilecektir.

FORMUN DOLDURULMASI

“Formu gönderen”

Formun ilk bölümü düzenleyen kuruluşa yöneliktir.

Bu kısma ölümü tespit eden kuruluşun bulunduğu il, ilçe ve formu dolduran kuruluşun adı ve formun doldurulduğu tarihi; gün, ay, yıl olarak yazınız.

“Ölen Bebeğin”

Bu bölüm ölen bebeğe ilişkin tanımlayıcı bilgileri içermektedir.

Adı soyadı: Varsa bebeğin adı soyadını yazınız, bebeğe henüz ad konmamışsa “Bebek (Soyadı)” biçiminde doldurunuz.

T.C. Kimlik No: Varsa bebeğin kimlik numarasını yazınız.

Anne adı: Bebeğin annesinin adını yazınız.

T.C. Kimlik No: Annenin kimlik numarasını yazınız.

Baba adı: Bebeğin babasının adını yazınız.

T.C. Kimlik No: Babanın kimlik numarasını yazınız.

Doğum tarihi: gün, ay, yıl olarak yazınız.

Doğum saati: Doğumun gerçekleştiği saati yazınız.

Ölüm tarihi: gün, ay, yıl olarak yazınız.

Ölüm saati: Ölümün gerçekleştiği saati yazınız.

Defin tarihi: Defin tarihini yazınız.

Cinsiyeti: Erkek bebekler için “E”, kız bebekler için “K”, bilinmiyorsa “bilinmiyor” kutucuğunu işaretleyiniz.

Adres-Telefon: Bu alana ölen bebeğin ailesinin adresi ve aileye ulaşılabilecek bir telefon numarası yazınız.

Yukarıdaki bilgileri varsa nüfus cüzdanından tam olarak yazınız. Nüfus cüzdanı yok ise beyana dayalı olarak doldurunuz ve ayrıca beyana göre doldurulduğunu belirtiniz.

“Anne ve Gebeliğe Ait Bilgiler”

Gebeliğin Şekli: Gebeliğin normal yolla mı yoksa Üremeye Yardımcı Yöntemle mi olduğunu belirtiniz.

Gebeliğin süresi: Ölen bebeğin kaç haftalık iken dünyaya geldiğini belirtiniz. (Biliniyorsa annenin son adet tarihine göre hesaplayınız)

Doğum ağırlığı: Bebeğin doğumdaki ağırlığını gram cinsinden yazınız.

Bu gebelikte fetus sayısı: Fetus sayısı için “tek”, “ikiz”, “üçüz” “ seçeneklerinden birini seçiniz. Diğeri işaretlediyseniz, “sayıyı” belirtiniz.

Annenin bu doğumdaki yaşı: Ölen bebeğin doğumu sırasında annenin kaç yaşında olduğunu yazınız.

Annenin önceki gebelikleri: İlk gebelik ya da ölen bebeğin öncesinde annenin kaç canlı doğumu, kaç kendiliğinden ve isteyerek düşüğü, kaç ölü doğumu olduğunu yazınız. Bu bölümü eğer varsa kayıtlarınızdan, yoksa annenin beyanı ile doldurunuz. Beyana göre doldurdu iseniz bunu form üzerinde belirtiniz.

Annenin bir önceki gebeliği ile ölen bebeğin doğumu arasındaki süre: Annenin bir önceki gebeliğinin sonlanması ile bu gebeliğinin başlangıcı arasındaki süreyi ay ve/veya yıl olarak yazınız. (Örn. 2 ay 2 yıl veya 26 ay)

Anne-baba arasında akrabalık durumu: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz, akrabalık var ise yakınlık derecesini belirtiniz (1.derece, 2.derece vs.).

Anne-baba arasında kan uyumsuzluğu: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz, kan uyumsuzluğu var ise tipini belirtiniz (ABO uyumsuzluğu, Rh uyumsuzluğu vs.).

Annenin tetanoz aşıları:

Kadınların doğurganlık çağları boyunca tetanostan korunmaları için ise aşağıdaki takvime göre 5 doz Td almaları sağlanmalıdır.

Doğurganlık Çağı (15–49 Yaş) Kadınlar İçin Erişkin Difteri-Tetanoz Aşı Takvimi

<i>Doz Sayısı</i>	<i>Uygulama zamanı</i>	<i>Koruma Yüzdesi</i>	<i>Koruma Süresi</i>
<i>Td-1</i>	<i>Gebeliğin 4. ayında (ya da ilk karşılaşmada)</i>	<i>--</i>	<i>Yok</i>
<i>Td-2</i>	<i>Td 1'den en az 4 hafta sonra</i>	<i>% 80</i>	<i>1–3 Yıl</i>
<i>Td-3</i>	<i>Td 2'den en az 6 ay sonra</i>	<i>% 95</i>	<i>5 Yıl</i>
<i>Td-4</i>	<i>Td 3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte</i>	<i>% 99</i>	<i>10 Yıl</i>
<i>Td-5</i>	<i>Td 4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte</i>	<i>% 99</i>	<i>Doğurganlık çağı boyunca</i>

Yukarıda verilen takvime göre annenin aşı durumunu “tam aşı”, “eksik aşı” veya “hiç aşı yok” olarak işaretleyiniz.

Annenin gebelikteki izlem sayısı: Ölen bebeğin doğumundan önce annenin gebelik izlemlerinin sayısını yazınız. Bu bölümü eğer varsa kayıtlarınızdan, yoksa annenin beyanı ile doldurunuz.

İzlemin gerçekleştiği kurum: Ölen bebeğin doğumundan önce annenin gebelik izlemlerinin nerede yapıldığını, tam adını yazınız.

Belirlenen Sorunlar: Gebelikte formda belirtilen sorunlardan “Kan şekerinin yüksek olması”, “Hipertansiyon”, “Anemi”, “Proteinüri” belirlenmişse ilgili şıkkı, sorun yoksa da “sorun yok” bölümünü işaretleyiniz.

Annenin madde bağımlılığı var mı?: Annenin madde bağımlılığı varsa “evet”, yoksa “hayır” ı işaretleyiniz.

Madde bağımlılığı var mı?: “Annenin madde bağımlılığı var mı?” sorusuna “evet” yanıtı verilmişse bu soruda yer alan “sigara”, “alkol” ve “diğer-adını- belirtiniz.

Bebeğin doğum şekli: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Doğumun gerçekleştiği yer: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Sağlık kurumunda gerçekleşmişse kurumun tam adını, “diğer” se adını yazınız.

Yenidoğan Bebeğe Ait Bilgiler”

Gebeliğin sonlanma şekli: Uygun olan seçeneği belirtiniz. “Masere ölü doğum” ve “taze ölü doğum” açılımı tanımlar kısmında yer almaktadır.

Bebeğin canlandırmaya ihtiyacı oldu mu?: Bebeğe doğumdan sonra resüsitasyon/canlandırma girişimi yapıldı ise “Evet” seçeneğini, aksi halde “Hayır” seçeneğini işaretleyiniz.

Amniyon sıvısında mekonyum var mıydı?: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz. “Doğumun gerçekleştiği yer” bölümü “evde kendi kendine” seçeneği ile cevaplandırılmış ise, son iki soruyu annenin veya yakınlarının beyanlarına göre doldurunuz. Beyana göre doldurdu iseniz bunu form üzerinde belirtiniz.

Bebekte sarılık oldu mu?: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Fizyolojik olmayan sarılığın tanımları:

- İlk 24 saatte sarılığın gözlenmesi
- Term yenidoğanda total serum bilirubin düzeyinin yapay besleniyorsa 12 mg/dl, anne sütü alıyorsa 15 mg/dl den yüksek olması
- Total serum bilirubin düzeyinin günde 5 mg/dl den fazla artması
- Preterm yenidoğanda total serum bilirubin düzeyinin 15 mg/dl den yüksek olması
- Klinik sarılığın term bebekte 1 haftadan, preterm bebekte 2 haftadan uzun sürmesi
- Direkt bilirubin düzeyinin 1.5-2 mg/dl yi aşması.

Bebeğin izlemleri: Ölen bebek doğumundan sonra hasta olmaksızın veya hastalık nedeni ile doktor / ebe tarafından görüldü ise (“Bebek ve Çocuk izlem Protokolleri” kapsamında) ilgili seçenekleri işaretleyiniz.

İzlemin gerçekleştiği kurum: İzlemi yapan kurum ya da kurumların adlarını belirtiniz.

Belirlenen sorunlar: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Ölümün gerçekleştiği yer: Uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Sağlık Kuruluşunda gerçekleşti ise kurumun açık adını, “diğer”se de adını yazınız.

Tanı Listesi: Bebekte aynı anda birden fazla sorun ve hastalık olabilir ve bunlar bebek ölümünün ayrıntılı incelenmesinde yararlı olabilir, Bebek ölümü listede yer alan durumlardan hangisi ya da hangileri nedeniyle gerçekleştiyse o nedenleri işaretleyiniz. Birden fazla tanı seçilebilir, ayrıca noktalı yerlere de hastalığın adını yazınız.

Ölüm nedeni: Ölüm nedeni, ölüme neden olan temel durum olarak **tek bir neden halinde** yazılmalıdır.

Form doldurulduktan sonra kontrol edilerek tam olarak doldurulduğundan emin olunmalıdır.

- **Tanımlar:**

Masere ölü doğum: 22 hafta veya 500 gramın üzerindeki bebeklerde anne karnında ölümün ve maserasyonun gerçekleştiği ölü doğumlardır. (Maserasyon dokuların, su tarafından yumuşatılıp tahriş olması durumudur.)

Taze ölü doğum: 22 hafta veya 500 gramın üzerindeki bebeklerde doğum eylemi sırasında veya hemen öncesinde gerçekleşen ölümlerdir.

Prematürite: Bebeğin 37. gebelik haftasını tamamlamadan doğması durumudur.

- **Kısaltmalar:**

RDS: Respiratuar Distres Sendromu

ASYE: Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu

HİE: Hipoksik İskemik Ensefalopati

Formu dolduran kişi: Formu dolduran hekimin adı soyadı okunaklı biçimde yazılacaktır.

Kurumu/görevi: Çalıştığı kurum ve görevi yazılacaktır.

Kaşe ve imza: Formu dolduran kişinin kaşesi bu kısma basılacak, imzası bu kısma atılacaktır.

Kurum Amiri: Formu dolduran hekimin çalıştığı kurumun sorumlusu tarafından imzalanacak, adı soyadı okunaklı biçimde yazılacaktır.

Sağlık Müdürlüğü Sorumlu: Bu bölüm İl sağlık müdürlüğünden sorumlu kişi tarafından imzalanacak, adı soyadı okunaklı biçimde yazılacaktır.

Form doldurularak İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilecek, buradan da AÇSAP Genel Müdürlüğü'ne iletilecektir.