

AİLE İZLEM FORMU-I

Formun Doldurulma Tarihi:...../...../20..

Görüşülen kişinin Adı Soyadı:		Öğrencinin Adı Soyadı:	
Adresi		Numarası	
Telefon Numarası		Telefon Numarası	

Evde Yaşayan Kişi Sayısı	
Aile Tipi	Çekirdek Geniş Parçalanmış

Aile Bireyleri	Adı ve Soyadı	Yaşı	Öğrenim Durumu	Mesleği	Halen Yaptığı İş
Baba					
Anne					
Çocuklar (büyükten küçüğe) (.....) (.....) (.....) (.....)					
Diğer Aile Bireyleri (.....) (.....)					

Sosyal Güvence Durumu	Yok Var SGK Özel Sigorta Yeşil Kart Diğer (belirtiniz.....)
Ailenin Aylık GelirimilyonTL.

Oturulan Konutun Özellikleri	
Konut Tipi	Apartman Gecekondu
Evin mülkiyeti	Kendilerine ait Kira
Evdeki Oda Sayısı	
Isınma Tipi	Kalorifer Soba Diğer (belirtiniz...)
İçme- Kullanılan Suyun Kaynağı	Şebeke suyu Damacana Diğer (belirtiniz.....)
Tuvaletin Yeri-Tuvalet Tipi	Evin İçinde Evin Dışında
Mutfak, Banyo, Tuvalet gibi Sulu Alanların Özellikleri	
Evsel atıkların toplama ve zararsız hale getirilme yöntemi	
Konut ile ilgili genel yorumunuz	

Ailede bulunan 15 yaş üzeri evli ya da evlenmiş kadınların doğurganlık ile ilgili özellikleri		
	I.(Adı Soyadı.....)	II. (Adı Soyadı.....)
Yaptığı Canlı Doğum Sayısı		
Yaptığı Ölü Doğum Sayısı		
Yaptığı Kendiliğinden Düşük Sayısı		
Yaptığı İsteyerek Düşük Sayısı		
Hiç evde doğum yapmış mı?	Evet ise kaç kez.... Hayır	Evet ise kaç kez..... Hayır

Halen Doğum Kontrol Yöntemi Kullanıp-Kullanmadığı	Evet ise kullandığı yöntemi belirtiniz..... Hayır ise nedenini belirtiniz.....	Evet ise kullandığı yöntemi belirtiniz..... Hayır ise nedenini belirtiniz.....
Halen Gebe mi?	Evet ise kaç aylık..... Hayır	Evet ise kaç aylık..... Hayır
Halen Lohusa mı?	Evet Hayır	Evet Hayır

Ailede bebek ölümü olmuş mu?	Evet ise nedenini belirtiniz..... Hayır
Ailede anne ölümü olmuş mu?	Evet ise nedenini belirtiniz..... Hayır
Ailede yaşlı ölümü olmuş mu?	Evet ise nedenini belirtiniz..... Hayır
Ailede başka ölüm olmuş mu?	Evet ise kim ve nedenini belirtiniz..... Hayır

Ailede halen hasta olan kişi/kişiler var mı?	Evet ise kimde ve ne olduğunu belirtiniz Hayır
Ailede kronik bir hastalığı olan kişi/kişiler var mı?	Evet ise kimde ve ne olduğunu belirtiniz..... Hayır
Sürekli ilaç kullanımı var mı?	Evet ise kim kullanıyor ve hangi ilaç/ilaçlar olduğunu belirtiniz..... Hayır

Ailede engelli birey var mı?	Evet ise kimde ve ne olduğunu belirtiniz Hayır
------------------------------	--

Ailenin öncelikle gittiği, tercih ettiği sağlık kuruluşu hangisidir? Aile Hekimliği/ASM AÇSAP Devlet Hastanesi Tıp Fakültesi Hastanesi		Özel Hastane Özel poliklinik Diğer ise ne olduğunu belirtiniz:.....
Ayda kaç kez sağlık kuruluşuna başvuru yapılmaktadır?		

Ailede tıp dışı yöntemlerde (üfürükçü, kırıkçı-çıkıkçı, bitkisel ilaçlar vb.) şifa arama eğilimi var mıdır?	Evet ise ne olduğunu belirtiniz Hayır
---	---

AİLE İZLEM DANIŞMANININ
Adı Soyadı İmzası