Gebeler için "Teratolojik Danışma" Başvuru Formu

Anne Adayına ait genel Bilgiler

Anne adayının adı-soyadı:	**Son adetin başlangıç tarihi:**
Başvuru yeri ve tarihi:	Ultrasonografi (USG) çekim tarihi:
Anne adayının T.C. No:	USG'e **göre (CRL) gebelik haftası:**
Doğum yeri ve Tarihi:	Gebelik sayısı: Canlı doğan: Erkek: **Kız**:
Eğitimi: [ ] İlk, [ ] Orta, [ ] Lise, [ ] YO, [ ] Fakülte	**Ölü doğum: Düşük sayısı: Kürtaj sayısı:**
Mesleği/İşi :	Gebe e-mail adresi:
Eşlerde Akrabalık:	Gebe Tel. No:

Eşine ait genel Bilgiler

Eşinin Doğum yeri ve Tarihi:	**Eşinin** alışkanlıkları: [ ] Sigara, [ ] Alkol, [ ] Diğer:
Eşinin **eğitimi:** [ ]İlk, [ ]Orta, [ ]Lise, [ ]YO, [ ]Fakülte	Eşinin **kronik hastalığı:**[ ]Diabet, [ ]Epilepsi, [ ]Diğer:
Eşinin mesleği/işi:	**Eşinin** Tel.No:

Anne Adayına ait diğer Bilgiler

Gebenin kronik hastalıkları: [ ] Astım, [ ] Diabet, [ ] Epilepsi, [ ] Hipertansiyon, [ ] Diğer:

Gebenin akut hastalığı: [ ] Sistit, [ ] Tonsillit, [ ] ÜSYE, [ ] Gingivit, [ ] Diğer:

Gebenin **ilaç alım nedeni**: [ ] Ateş, [ ] Baş ağrısı, [ ] Karın ağrısı, [ ] Öksürük, [ ] Diğer:

Anne adayına ait ilaç kullanım Bilgileri

Anne adayının kullandığı ilaçların ismi, şekli, miktarı	Günlük Doz	**İlacın başlangıç- bitiş tarihi**

Anne adayına ait Röntgen çekim ve Madde Kullanım Bilgileri

Röntgen/sintigrafi çekilmiş ise nedeni: [ ] Ateş, [ ] Baş ağrısı, [ ] Karın ağrısı, [ ] Öksürük, [ ] Diğer;

Çekilen grafilerin/sintigrafinin tipi ve çekim bölgesi	**Poz sayısı**	Röntgen/Sintigrafi çekim tarihi

Anne adayının alışkanlıkları: [ ] Alkol, [ ] Sigara, [ ] Diğer

Folik asit: [ ] Alıyorum, başlama tarihi:	Multivitamin: [ ] Alıyorum, başlama tarihi:

Anne adayının korku/endişe durumu, ilk Dr. önerisi ve etkisi

Korku/Endişe: [ ] var, [ ] yok, [ ] çok az, [ ] hiç yok

Korku/Endişe nedeni: [ ] Gebelik, [ ] İlaç kullanımı, [ ] Röntgen çekimi, [ ] Ailevi, [ ] Diğer:

İlk Dr. önerisi: [ ] Bebek etkilenmez, [ ] Sakat olabilir, [ ] Sakat da/normal de olabilir, [ ] Bebek kesin sakat olur.

Korku/Endişe: [ ] Azaldı, [ ] Arttı, [ ] Değişmedi, [ ] Çok azaldı, [ ] Çok arttı, [ ] Hiç değişmedi

İlk Dr.un kurumu: [ ]Muayenehane,[ ]Poliklinik, [ ]Özel Hast.[ ]Devlet Hast.[ ]Devlet Üniversite Hast.[ ]Özel Üniversite Hast.

İletmek istediğiniz bir notunuz varsa lütfen bu kısma yazınız:

Not: Başvuru formunu online doldurup GÖNDER butonuna basınız. Ya da boş formu indirip elle doldurduktan sonra fotoğrafını çekip, info@gebetam.com adresine veya 0544 457 0621 no'lu whatsapp hesabına gönderebilirsiniz