

Gebeler için "Teratolojik Danışma" Başvuru Formu

Anne Adayına ait genel Bilgiler

ÖRNEKTİR

Anne adayının adı-soyadı: Sevgi SOLMAZ	Son adet başlangıç tarihi: 01.05.2023
Başvuru yeri ve tarihi: Istanbul/Bağcılar, 15.06.2023	Ultrasonografi (USG) çekim tarihi: 10.06.2023
Anne adayının T.C. No: 123 456 789 01	USG'e göre (CRL) gebelik haftası: 5 hafta 3 gün
Doğum yeri ve Tarihi: Fatih/Istanbul, 01.01.2000	Gebelik sayısı: 4 , Canlı doğan: Erkek: 1 Kız: 1
Eğitimi: [] İlk, [] Orta, [] Lise, [+] YO, [] Fakülte	Ölü doğum: yok , Düşük sayısı: 1 Kürtaj sayısı: yok
Mesleği/İşi : Muhasebeci, ev hanımı	Gebe e-mail adresi: xyz@w.com
Eşlerde Akrabalık: yok	Gebe Tel. No: 0555 555 55 55

Eşine ait genel Bilgiler

Eşinin Doğum yeri ve Tarihi: Ankara/Polatlı, 03.05.1997	Eşinin alışkanlıkları: [+] Sigara, [] Alkol, [] Diğer:
Eşinin eğitimi: [] İlk, [] Orta, [] Lise, [+] YO, [+] Fakülte	Eşinin kronik hastalığı: [] Diabet, [] Epilepsi, [] Diğer:
Eşinin mesleği/İşi: İktisatçı/Bankada çalışıyor	Eşinin Tel.No: 0555 555 55 55

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
Aspirin tablet 500 mg	3x1	01.06.2023- 10.06.2023
Gripin kaşe 100 mg	1x1	13.06.2023
Novalgine Ampul 20 mg	1x1	15.06.2023
Devalgine vajinal ovül 20 mg	2x1	15.06.2023-20.06.2023

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
Akciğer grafisi ön-arka ve yan	2 poz	15.06.2023
Beyin Tomografisi	1 kez	17.06.2023

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

Folik asit: [+] Alıyorum, başlama tarihi: **15.05.2023** Multivitamin: [+] Alıyorum, başlama tarihi: **15.05.2023**

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

Korku/Endişe: [+] var, [] yok, [] çok az var, [] 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 basacağınız gibi, boş formu indirip elle doldurduktan sonra fotoğrafını çekip, info@gebetam.com e-mail veya **0544 457 0621 no'lu whatsapp** hesabına gönderebilirsiniz

