|  |  |
| --- | --- |
| indir |  **SAVUR PROF. DR. AZİZ SANCAR İLÇE DEVLET HASTANESİ**1-4 YAŞ ÇOCUK ÖLÜMLERİ BİLGİ FORMU (365 gününü tamamlayan - 4 yaş 11 ay 29 günlük dönemde ölen çocuklar) |
| **KODU** | **AS.FR.07** | **YAYIN TARİHİ** | **01.11.2018** | **REVİZYON TARİHİ** | **18.11.2021** | **REVİZYON NO** | **01** | **SAYFA SAYISI** | **01** |
| ***Formu gönderen*** | Il | : | Ilçe | : |
| Kurum | : | Tarih | :…./…../……. |
|  |
| ***Ölen çocuğun*** | Adı Soyadı | : | Cinsiyeti | :  E  K  Bilinmiyor |
| T.C. Kimlik No | : | Telefon | : |
| Anne adı | : | Adres (ikamet ettiği) | : |
| T.C. Kimlik No (Biliniyorsa) | :  |
| Baba adı | : |
| T.C. Kimlik No (Biliniyorsa) | : |
| Çocuğun Doğum Tarihi | : …./…../…….  | Çocuğun Ölüm Tarihi : | : …./…../…… Saati:….. Defin tarihi: …./…../…… |
| Ölümün Gerçekleştiği İl: |  | Çocuğun İkamet Ettiği İl ve İlçe: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ölümün gerçekleştiği yer*** | :  Evde |  Sağlık kuruluşunda (Kurumun adı:………………………………………………………..)  DiğeR |
| ***Ölüm nedeni (Kodlama, kısaltma vb yapılmayıp, açık bir şekilde yazılmalıdır):****…………………………………………………………………*………………………………………………………………*…………………………………………………………………………………………* ……….  |

***Formun tam olarak doldurulduğundan emin olunuz***

Formu Dolduran Kişi (Adı Soyadı):…………………………………………Kurumu/Görevi:………………………………………………………………..Kaşe ve imza:………………………….

Kurum Amiri (Ad-Soyad ve İmza) :………………………………………… Halk Sağlığı Müdürlüğü Sorumlu Kişi (Ad-Soyad ve İmza):…………………………………………