|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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):…………………………………………