|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| saglik-bakanligi-log-6dcef7a4e70da8cff952.jpg | **T. C.**  **SAĞLIK BAKANLIĞI**  **Silopi İlçe Devlet Hastanesi** | Yayın Tarihi:01.12.2011 |
| Revizyon Tarihi: 08.01.19 |
| Revizyon No:004 |
| Doküman No:SDH\DH.ÇZ\019  Sayfa No:1\1 |

**HASTANE DOĞUM BİLDİRİM FİŞİ**

**DOĞUM YAPAN ANNE İLE İLGİLİ BİLGİLER AÇIK EV ADRESİ:**

**ADI SOYADI:……………………………………………… SEMT:…………………………………………………….. BABA AD:…………………………………………………. MAH./KÖY:…………………………………………….. DOĞ.YERİ ve TARİHİ:……………………………….. SOKAK ADI NO:………………………………………. DOĞUM YAPTIĞI TARİH:…………………………. KAPI NO:………………………………………………… GEBELİK SÜRESİ(hafta olarak):……….......... İLÇESİ:……………………………………………………. CANLI DOĞUM SAYISI:…………………………… İL:…………………………………………………………. ÖLÜ DOĞUM SAYISI:……………………………… EV TEL NO:…………………………………………… DÜŞÜK KÜRTAJ SAYISI:……………………………**

**SON GEBELİK ARALIĞI (yıl olarak):…………..**

**Yukarıda kimliği ve açık adresi yazılı anne hastanemizde doğum yapmıştır. Bilgilerinize sunulur.**

**DOĞAN İLE İLGİLİ BİLGİLER:**

**CANLI DOĞUM/ÖLÜ DOĞUM : CANLI ÖLÜ ÇOĞUL DURUMLAR İÇİN(Gerekirse Daha Ekleyin)**

**CİNSİYETİ : KIZ ERKEK**

**AĞIRLIĞI :……………………………… Canlı Ölü**

**BOYU :……………………………..**

**BAŞ ÇEVRESİ :…………………………….. Erkek Kız**

**HEPATİT B AŞISI TARİHİ :…………………………….. …………………………………. ………………………..**

**KONGENİTAL ANOMALİ :……………………………. ................................... ………………………**

**………/…………/…………. ……/………/……..**