

BABA PSİKOSOSYAL İZLEME FORMU

Aile Sağlığı Birimi :

Aile Sağlığı Elemanı Adı Soyadı :

Baba Adayının/Babanın Adı Soyadı :

Baba Adayının/Babanın T.C. Kimlik No :

Gebenin/Annenin Adı Soyadı :

Çocuğun Adı Soyadı :

Adresi :

(.....) Bey, ben çocuğunuz altı yaşına gelene kadar sizinle birlikte çalışacağım. Amacım sizin ve çocuğunuzun sağlığını korumak, desteklemek. Çocuğunuzun sağlıklı gelişimine yardımcı olmak. Görüşmelerimiz sırasında bazı bilgileri kaydedeceğim. Bu sizinle görüştüklerimizi hatırlamama yardımcı olacak.

GEBELİK DÖNEMİ BABA GÖRÜŞMESİ	0-9 Ay (..... haftalık)
S.1. Eşinizin gebe olduğunu öğrendiğinizde neler hissettiniz?
S.2. Sizin ruh sağlığınız kendinizin, ailenizin sağlığı açısından önemli. Son bir haftada kendinizi aşırı mutsuz, hüzünlü, çökkün hissettiniz mi? Cevap evet ise (Kaç gün süre ile?)	<input type="checkbox"/> Hayır/1-2 gün <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri
S.3. Eşinizin gebelik dönemini kolay geçirmesi için ona destek olabiliyor musunuz, neler yapıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.4. Kendinizi son bir ay içinde çoğu zaman, günlük yaşamınızı kısıtlayacak kadar gergin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılanır hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.5. a- Sıkıntınızı paylaşma, değer verildiğinizi hissetme, bilgi alma gibi konularda eşinizden ve çevrenizden yeterli destek alabiliyor musunuz? (Kimlerden?) Cevap hayır ise "b ve c" şikkını sor.	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
b- Kimlerden destek alabilirsiniz?
c- Almak istediğiniz destekleri dile getiriyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.6. Gebelik sonrası kullanmayı düşündüğünüz aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi?)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.7. Evinizde sigara, alkol kullanan var mı? (Kim, ne, ne sıklıkta?)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

GÖZLEM

Babada/annede çocuğuyla ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilecek ağır ruhsal bozukluk (şizofreni vb.) veya mental retardasyon belirtileri olup olmadığını gözlemleyin.	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
--	--

DEĞERLENDİRME TABLOSU

Tarih	Normal Takip	Sık Takip	Hekime Yönlendirme	AİLE SAĞLIĞI ELEMANI NOTLARI:

Tarih	Hekime Yönlendirme Nedeni	Tarih	Hekim Değerlendirmesi	İmza	Sonuç

1) Hekimin Adı Soyadı : Tarih : İmza:

ÇOCUKLUK DÖNEMİ BABA GÖRÜŞMESİ	0-12 Ay (..... aylık)	13-59 Ay (..... aylık)
S.1. Baba olmak / Yeniden baba olmak nasıl bir duygu, neler hissediyorsunuz?
S.2. (.....)' nin bakımına katılıyor musunuz, neler yapıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.3. Sizin ruh sağlığınız kendinizin, ailenizin sağlığı açısından önemli. Son bir haftada kendinizi aşırı mutsuz, hüzünlü, çökkün hissettiniz mi? Cevap evet ise (Kaç gün süre ile?)	<input type="checkbox"/> Hayır/1-2 gün <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır/1-2 gün <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri
S.4. (.....)'nin gelişimi için onunla birlikte yaptıklarınız çok önemli. (.....) ile oyun oynuyor, konuşuyor, ona masal anlatıyor, kitap okuyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.5. Kendinizi son bir ay içinde çoğu zaman, günlük yaşamınızı kısıtlayacak kadar gergin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılanır hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.6. a- Sıkıntınızı paylaşma, değer verildiğinizi hissetme, bilgi alma gibi konularda eşinizden ve çevrenizden yeterli destek alabiliyor musunuz? (Kimlerden?) Cevap hayır ise "b ve c" şikkını sor.	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
b- Kimlerden destek alabilirsiniz?
c- Almak istediğiniz destekleri dile getiriyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.7. Kullandığınız aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi?)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.8. Evinizde sigara, alkol kullanan var mı? (Kim, ne, ne sıklıkta?)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

GÖZLEM

Babada/annede çocuğuyla ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilecek ağır ruhsal bozukluk (şizofreni vb.) veya mental retardasyon belirtileri olup olmadığını gözlemleyin.	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
--	---

DEĞERLENDİRME TABLOSU

Tarih	Normal Takip	Sık Takip	Hekime Yönlendirme	AİLE SAĞLIĞI ELEMANI NOTLARI:

Tarih	Hekime Yönlendirme Nedeni	Tarih	Hekim Değerlendirmesi	İmza	Sonuç

1) Hekimin Adı Soyadı : Tarih : İmza:

2) Hekimin Adı Soyadı : Tarih : İmza: