

..... Üniversitesi Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi
Çocuk Koruma Birimi

ÇOCUK İHMALİ MUAYENE FORMU

Çocuğun

Muayeneyi Yapanın

Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı:

Cinsiyeti:

Uzmanlığı:

TC Kimlik No:

Tarih / Saat:

Problemin Tanımı (ihmalin türü)*

Gerekçe (İhmalin neden raporlandığına dair uzman görüşü)**

* İhmalin olası türleri:

- Fiziksel ihmal (beslenme, giyim, kişisel hijyen ve bakımlarının yetersiz olması; sağlıksız, bakımsız, yeterince temiz olmayan, kaza yönünden riskler taşıyan evde yaşama; küçük yaşta evde yalnız ya da denetimsiz bırakma; vb.)
- Tıbbi ihmal (koruyucu sağlık hizmetlerinden yoksun bırakma; tedavi edici sağlık hizmetlerinden yoksun bırakma; vb.)
- Eğitimin ihmali
- Duygusal ihmal (yeterli duygusal yakınlık ve destek sağlanmaması; psikolojik ihtiyaçların karşılanmaması; sosyal gelişim gereksinimlerinin karşılanmaması, sosyal gelişimin olumsuz etkilenmesi; vb.)

** Hayatı tehdit edebilir, mevcut bir hastalığın seyrini kötüleştirebilir veya bir hastalığa neden olabilir, aşılama eksikliği hayatı tehdit eden bir hastalık riskini arttırabilir.

Tıbbi Özgeçmiş

Doğum Öncesi

Normal gebelik İstenmeyen gebelik Komplikeşyonlu gebelik İzlem dışı gebelik

Gebelikte ateşli hastalık Var Yok Röntgen Var Yok

Gebelik öyküsü bilinmiyor

Doğum

Doğum nerede gerçekleşmiş?

Doğum kim tarafından yaptırılmış?

- Doktor
 Ebe
 Diğer

Komplikasyon?

Süre: hafta

Ağırlık: gr

Doğum şekli?

Müdahaleli doğum?

C/S

Hemen ağlamış

- Evet
 Hayır

..... dakika mor kalmış

Canlandırma uygulanmış

Doğum Sonrası			
Beslenme	.... ay anne sütü almış	Ek gıdalara aylıkken geçilmiş	Diğer
Gelişimi	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Gecikmiş	
	Oturma .....ay	Konuşma .....ay	Yürüme .....ay Tuvalet eğitimi .....ay
Aşılı	<input type="checkbox"/> Tam aşılı	<input type="checkbox"/> Eksik aşılı	<input type="checkbox"/> Aşısız

Geçirdiği akut hastalık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Geçirdiği kronik hastalık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Kullanmakta olduğu ilaç(lar)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Hastaneye yatma öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Cerrahi girişim öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Geçmişte yaralanma ya da zehirlenme öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
		Var ise: <input type="checkbox"/> Kaç kez?
		<input type="checkbox"/> Ne ile?
		<input type="checkbox"/> Sonucu
Alkol veya sigara dahil bağımlılık yapan bir madde kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Alkol veya sigara gibi bağımlılık yapan maddeleri bırakmak amacıyla herhangi bir tedavi girişimi var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Kendine zarar verme öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
İntihar girişimi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Ebeveynlerde ruhsal problem öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Ebeveynlerde alkol / madde bağımlılığı öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Ebeveynler arası aile içi şiddet öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Ebeveynlerin çocukluk çağı fiziksel istismar öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var

Fizik Muayene Bulguları

Genel durum:			
Bilinç durumu:			
Vücut Isısı: °C	Kan Basıncı: .....mmHg	Nabız : / dk.	
Solunumu Sayısı:	Vücut Ağırlığı: Kg.....Persentil	Boy : cm.....Persentil	
Cilt		Baş - Boyun	
Turgor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış	Fontanel	<input type="checkbox"/> Kapalı <input type="checkbox"/> Açık Boyutları
Tonus	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış	Lenfadenopati	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Peteşi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Tiroid	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ele geliyor
Ekimoz	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Pupiller	<input type="checkbox"/> İzokorik <input type="checkbox"/> Anizokorik
Döküntü	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Işık refleksi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Sarılık	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Konjunkt / sklera	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
		Dış kulak yolu	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
		Kulak zarları	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
		Tonsiller	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipertrofik
		Orofarenks	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hiperemik
Solunum Sistemi			
Deformasyon	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
Retraksiyon	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
Ral	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
Ronküs	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		

Kardiovasküler Sistem			Abdomen		
Ritm	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	Karın görünümü	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Distantü <input type="checkbox"/> Çökük
Ek ses	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Defans	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Üfürüm	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Hassasiyet	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Tril	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Kitle	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
AFN	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Asit	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Ekstremiteler			Traube	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı
Deformasyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Karaciğer	<input type="checkbox"/> Ele gelmiyor	<input type="checkbox"/> Ele geliyor
Hassasiyet	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Dalak	<input type="checkbox"/> Ele gelmiyor	<input type="checkbox"/> Ele geliyor
Isı artışı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var			
Şişlik	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var			

Nörolojik Sistem Muayenesi

Genitoüriner Sistem				
Kız	Pubik Kılanma Evresi	.....	Erkek Pubik Kılanma Evresi	.....
	Meme Gelişimi	.....	Skrotum	.....
	İlk adet yaşı	.....	Testis	.....
	Son Adet Tarihi	.....	Penis	.....
	Adetler Düzenli mi?	.....	Meme	.....
	Adetler Arası Sapma	.....	
	Adet Kanamasında Ağrı	.....	
	Akıntı	.....	

Laboratuvar ve Radyolojik Tetkikler	
Yapılan Tetkik	Sonuç

Radyolojik Tetkikler (gerekli olduğu durumda)	
Radyoloji	Sonuçlar
Direkt Grafi	
USG	
BT	
MRG	

FOTOĞRAF / Kolposkopik İnceleme (gerekli olduğu durumda)

Konsültasyon

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kadın doğum | <input type="checkbox"/> Radyoloji |
| <input type="checkbox"/> Dermatoloji | <input type="checkbox"/> Erişkin psikiyatrisi |
| <input type="checkbox"/> Beyin cerrahisi | <input type="checkbox"/> Diğer |
| <input type="checkbox"/> Ortopedi | |

Sonucu:

Tanı ve Değerlendirme