

Tarih : / / 20

Dosya No :

Ad Soyad :

Yaş:

Doğum Tarihi :

/

/

E

K

HASTA DOSYASI	Anamnezi Alan Dr.	Konsültan Dr.	Konsültan Branş:
FORM – P1	Hasta TC Kimlik No:	Hasta İletişim:	Hasta Adres:
<b>Şikayet</b>			
<b>ANAMNEZ</b>			
<b>Dosya Bilgileri</b>	MRG:		
	Göz Muayenesi:	İşitme Testi:	
	EKO:	USG:	
	Metabolik Tarama:	Genetik:	
	Diğer Tetkikler:		
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>Prenatal</b>	İlaç Enfeksiyon Amniyon Mayi IU Hareketler USG	Genetik
	<b>Natal</b>	yaşında annenin G Y , haftalık ile doğmuş. DDA	Morarma Zor Doğum
	<b>Postnatal</b>	YBU Öyküsü Konvülzyon Hipotoni Geç. Ameliyat	İdrar/Ter Kokusu
		Baş kontrolü Desteksiz Oturma Yürüme Konuşma	Gerileme
	Ek Bulgu:		
<b>Soygeçmiş</b>	Anne Yaş	Baba Yaş:	Akrabalık Aynı Köy
	G1:	G2:	G3: G4: G5:
<b>FİZİK MUAYENE</b>	Boy: cm p VA: cm p BÇ: cm p Kulaç: cm Üst/Alt: cm / cm		
<b>Dismorfik</b>			
<b>Nörolojik</b>			
<b>Ekstremiteler</b>			
<b>Genital</b>			
<b>AİLE AĞACI</b>	Ailede Etkilenmiş Birey Sayısı	Ailede Bilinen Ek Hastalık	
<b>BULGULAR</b>	Fotoğraf	Onam Formu	Kan Örneği Genetik Danışma Özel Eğitim Raporu
<b>ÖN TANI</b>			
<b>PLAN</b>			
	!		