

.....İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TARAMA VE TAKİP PROGRAMI

AYLIK TAKİP FORMU

İlçe: .....

Ay: ...../ 2018

Tablo1	Erkek	Kız
Tarama yapılan çocuk sayısı		
Risk tespit edilen çocuk sayısı		
*OSB tanısı alan çocuk sayısı		

Tablo2	Tanı Adı	Erkek	Kız
**Diğer tanı alma durumu			

**NOT:** Bu form, her ayın sonunda İlçe Sağlık Müdürlüğü OSB koordinasyon görevlisi tarafından doldurularak İl Sağlık Müdürlüğü OSB koordinasyon sorumlusuna iletilecektir.

\*Program kapsamında risk tespit edilen çocuklardan OSB tanısı alan çocukları ifade etmektedir.

\*\*Program kapsamında, OSB şüphesi ile 2./3. Basamağa yönlendirildiği halde OSB'den farklı tanı alanları ifade etmektedir (DEHB, Gelişimsel gerilik vb.). Her bir tanı ayrı satırda belirtilmelidir.



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Halk Sağlığı  
Genel Müdürlüğü

## 18-36 AY ÇOCUK DEĞERLENDİRME FORMU

.....Aile Sağlığı Merkezi

Tarih: ...../...../201..

Adı-Soyadı:

T.C. No:

Doğum Tarihi:

Cinsiyeti:

İrtibat Kişi/Tel:

### Değerlendirme:

İsmi söylendiğinde bakıyor mu?

Evet

Hayır

Göz teması kuruyor mu?

Evet

Hayır

Parmağınızla işaret ettiğiniz bir nesneye bakıyor mu?

Evet

Hayır

Tekrarlayıcı davranışları var mı?

Evet

Hayır

Konuşmasında gecikme var mı?

Evet

Hayır

*(12. aydan itibaren tek kelimededen oluşan anlamlı ifade, 24. aydan itibaren 2 kelimededen oluşan cümle kurması beklenir.)*

Aile Hekimi Görüşü:

.....

Aile Hekimi:

İmza/Kaşe