

 MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFA SULTAN HASTANESİ	PRENATAL TANI ÜNİTESİ ANAMNEZ FORMU			
KHD.FR.30	07.02.2019	Revizyon No	Revizyon tarihi	1/1

ADI-SOYADI:

ADRES:

TELEFON:

GÖNDEREN DOKTOR:

YAŞ:

KAN GURUBU:

KAN GRUBU(EŞİ):

SAT:

AKRABA EVLİLİĞİ:

GEBELİK HAFTASI:

GELİŞ NEDENİ:

ÖNCEKİ GEBELİKLER: G P A C Y

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

ÖYKÜSÜ

HT/Preeklampsi:

Diabet:

Kalp hastalığı:

Karaciğer hastalığı:

Böbrek hastalığı:

Tromboemboli:

Tiroid hastalığı:

Epilepsi:

Alkol:

Sigara:

İlaç: