



Hayat  
bir hediye  
ise...

...keyifle  
yaşansın!

# Astımlı Çocuk Takip Defteri





Muayene tarihi:	_ _ _ _  .  _ _ _ _  .  _ _ _ _ _ _ _ _  Gün Ay Yıl
Gestasyon yaşı:	
Doğum şekli:	
Doğum kilosu:	
İlk atak tarihi:	_ _ _ _  .  _ _ _ _  .  _ _ _ _ _ _ _ _  Gün Ay Yıl

### Çocukta görülen şikayetler

Öksürük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var

Son 12 ayda geçirilen atak sayısı |\_|\_|\_|\_|

### Ara dönemde görülen semptomlar

Öksürük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Horlama	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var

### Daha önce aşağıdaki tanılardan birini aldı mı?

Otit	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Pnömoni	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Atopik dermatit / Ekzema	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Alerjik rinit	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet

### Anne ya da baba aşağıdaki tanılardan birini aldı mı?

Astım	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Anne	<input type="checkbox"/> Baba
Ekzema	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Anne	<input type="checkbox"/> Baba
Alerjik rinit	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Anne	<input type="checkbox"/> Baba

## Ebeveyn tarafından doldurulacak

Son kontrolden bu yana çocuğunuz soğukalgınlığı geçirdi mi?  Hayır  Evet Evet ise kaç kez |\_\_|

### Bu hastalıkta ve sonrasında aşağıdakilerden hangisi görüldü?

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Aktivite kısıtlanması	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

### Son kontrolden bu yana soğukalgınlığı olmaksızın çocuğunuzda aşağıdakiler görüldü mü?

#### Gündüz

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Aktivite kısıtlanması	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

#### Gece

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Uyanma	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __

Nefes açıcı ilaç kullandı mı?  Hayır  Evet Evet ise kaç kez |\_\_|

İlaçlarını düzenli kullandı mı?  Hayır  Evet

## Çocuk tarafından doldurulacak

İlaçlarımı düzenli kullandım



Evde sigara içiliyor mu?  Hayır  Evet Evet ise kim içiyor?

## Hekim tarafından doldurulacak

Muayene tarihi:	_ _ _  .  _ _ _  .  _ _ _ _ _  Gün Ay Yıl
-----------------	--

### Fizik Muayene

Boy	_ _ _  cm Persantil
Kilo	_ _  .  _ _ _  kg Persantil
Muayenedeki patolojik bulgular	
Yapılan tetkikler	
Tedavi planı	
	
Bir sonraki randevu tarihi:	

## Ebeveyn tarafından doldurulacak

Son kontrolden bu yana **çocuğunuz soğukalgınlığı geçirdi mi?**  Hayır  Evet Evet ise kaç kez |\_\_|

### Bu hastalıkta ve sonrasında aşağıdakilerden hangisi görüldü?

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Aktivite kısıtlanması	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

### Son kontrolden bu yana soğukalgınlığı olmaksızın çocuğunuzda aşağıdakiler görüldü mü?

#### Gündüz

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Aktivite kısıtlanması	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

#### Gece

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Uyanma	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __

**Nefes açıcı ilaç kullandı mı?**  Hayır  Evet Evet ise kaç kez |\_\_|

**İlaçlarını düzenli kullandı mı?**  Hayır  Evet

## Çocuk tarafından doldurulacak

**İlaçlarımı düzenli kullandım**



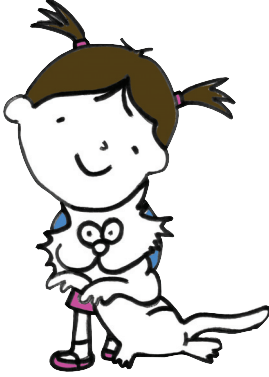
**Evde sigara içiliyor mu?**  Hayır  Evet Evet ise kim içiyor?

## Hekim tarafından doldurulacak

Muayene tarihi:

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  
Gün Ay Yıl

### Fizik Muayene

Boy	__ __ __ __ cm Persantil
Kilo	__ __ __ . __ __ __ __ kg Persantil
Muayenedeki patolojik bulgular	
Yapılan tetkikler	
Tedavi planı	
	
Bir sonraki randevu tarihi:	

## Ebeveyn tarafından doldurulacak

Son kontrolden bu yana çocuğunuz soğukalgınlığı geçirdi mi?  Hayır  Evet Evet ise kaç kez |\_\_|

### Bu hastalıkta ve sonrasında aşağıdakilerden hangisi görüldü?

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Aktivite kısıtlanması	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

### Son kontrolden bu yana soğukalgınlığı olmaksızın çocuğunuzda aşağıdakiler görüldü mü?

#### Gündüz

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Aktivite kısıtlanması	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

#### Gece

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Uyanma	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __

Nefes açıcı ilaç kullandı mı?  Hayır  Evet Evet ise kaç kez |\_\_|

İlaçlarını düzenli kullandı mı?  Hayır  Evet

## Çocuk tarafından doldurulacak

İlaçlarımı düzenli kullandım



Evde sigara içiliyor mu?  Hayır  Evet Evet ise kim içiyor?



## Hekim tarafından doldurulacak

Muayene tarihi:

\_\_ \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  
Gün Ay Yıl

### Fizik Muayene

Boy	__ __ __ cm Persantil
Kilo	__ __ . __ __ __ kg Persantil
Muayenedeki patolojik bulgular	
Yapılan tetkikler	
Tedavi planı	
	
Bir sonraki randevu tarihi:	

## Ebeveyn tarafından doldurulacak

Son kontrolden bu yana çocuğunuz soğukalgınlığı geçirdi mi?  Hayır  Evet Evet ise kaç kez |\_\_|

### Bu hastalıkta ve sonrasında aşağıdakilerden hangisi görüldü?

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Aktivite kısıtlanması	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

### Son kontrolden bu yana soğukalgınlığı olmaksızın çocuğunuzda aşağıdakiler görüldü mü?

#### Gündüz

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Aktivite kısıtlanması	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

#### Gece

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Uyanma	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __

Nefes açıcı ilaç kullandı mı?  Hayır  Evet Evet ise kaç kez |\_\_|

İlaçlarını düzenli kullandı mı?  Hayır  Evet

## Çocuk tarafından doldurulacak

İlaçlarımı düzenli kullandım



Evde sigara içiliyor mu?  Hayır  Evet Evet ise kim içiyor?

## Hekim tarafından doldurulacak

Muayene tarihi:

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  
Gün Ay Yıl

### Fizik Muayene

Boy	__ __ __ __ cm Persantil
Kilo	__ __ __ . __ __ __ __ kg Persantil
Muayenedeki patolojik bulgular	
Yapılan tetkikler	
Tedavi planı	
Bir sonraki randevu tarihi:	



## Ebeveyn tarafından doldurulacak

Son kontrolden bu yana çocuğunuz soğukalgınlığı geçirdi mi?  Hayır  Evet Evet ise kaç kez |\_\_|

### Bu hastalıkta ve sonrasında aşağıdakilerden hangisi görüldü?

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Aktivite kısıtlanması	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

### Son kontrolden bu yana soğukalgınlığı olmaksızın çocuğunuzda aşağıdakiler görüldü mü?

#### Gündüz

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Aktivite kısıtlanması	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

#### Gece

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Uyanma	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __

Nefes açıcı ilaç kullandı mı?  Hayır  Evet Evet ise kaç kez |\_\_|

İlaçlarını düzenli kullandı mı?  Hayır  Evet

## Çocuk tarafından doldurulacak

İlaçlarımı düzenli kullandım



Evde sigara içiliyor mu?  Hayır  Evet Evet ise kim içiyor?

## Hekim tarafından doldurulacak

Muayene tarihi:

□□□□ . □□□□ . □□□□□□  
Gün Ay Yıl

### Fizik Muayene

Boy	□□□□ cm Persantil
Kilo	□□□ . □□□□ kg Persantil
Muayenedeki patolojik bulgular	
Yapılan tetkikler	
Tedavi planı	
	
Bir sonraki randevu tarihi:	

## Ebeveyn tarafından doldurulacak

Son kontrolden bu yana çocuğunuz soğukalgınlığı geçirdi mi?  Hayır  Evet Evet ise kaç kez |\_\_|

### Bu hastalıkta ve sonrasında aşağıdakilerden hangisi görüldü?

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Aktivite kısıtlanması	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

### Son kontrolden bu yana soğukalgınlığı olmaksızın çocuğunuzda aşağıdakiler görüldü mü?

#### Gündüz

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Hırıltı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Aktivite kısıtlanması	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

#### Gece

Öksürük	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __
Uyanma	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Evet ise kaç kez tekrarladı  __  kaç gün sürdü  __

Nefes açıcı ilaç kullandı mı?  Hayır  Evet Evet ise kaç kez |\_\_|

İlaçlarını düzenli kullandı mı?  Hayır  Evet

## Çocuk tarafından doldurulacak

İlaçlarımı düzenli kullandım



Evde sigara içiliyor mu?  Hayır  Evet Evet ise kim içiyor?

## Hekim tarafından doldurulacak

Muayene tarihi:

\_|\_|\_|\_| . |\_|\_|\_|\_| . |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Gün Ay Yıl

### Fizik Muayene

Boy	_ _ _ _  cm	Persantil
Kilo	_ _ _  .  _ _ _ _  kg	Persantil
Muayenedeki patolojik bulgular		
Yapılan tetkikler		
Tedavi planı		
Bir sonraki randevu tarihi:		



Hayat  
bir hediye  
ise...

...keyifle  
yaşansın!

