

**BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TARAMA VE TAKİP PROGRAMI**

**AYLIK TAKİP FORMU**

İlçe: .....

Ay: ...../ 2023

| 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.