

Öğrencinin Adı Soyadı:
No:

Hastane adı:
Klinik:

DOĞUM EYLEMİ VERİ TOPLAMA FORMU

TANITICI BİLGİLER

Adı Soyadı:
Yaşı:
Kan Grubu:
Medeni Durumu:
Eğitimi:
Mesleği:
Sağlık Güvence Durumu:
Aile Tipi (Birlikte Yaşadığı Kişiler):
Gelir Düzeyi:
Evlilik Süresi:
Eşi ile Akrabalık Durumu:
Akrabalık Derecesi:

Görüşme Tarihi:
Hastaneye Yatış Tarihi:

Eşinin

Yaşı: Eğitim Düzeyi: Mesleği: Kan Grubu:
Önemli Sağlık Problemleri:

TIBBİ ÖYKÜ

Aşağıdaki problemlerin gebe kadın ya da birinci derece yakınlarında (anne, baba, kardeş) görülme durumu:
(Bu problemler varsa, açıklamasını yazınız/problem yoksa ilgili sütunu boş bırakınız.)

Problemler	Kendisi	Birinci Derece Yakınlar
Hipertansiyon		
CYBH		
Kalp ve damar hastalıkları		
Tüberküloz		
Diyabet		
Konvülsif hastalıklar		
Tiroid problemler		
Psikolojik Problemler		
Enfeksiyonlar		
Hematolojik problemler		
Çoğul doğumlar		
Konjenital hastalık&anomali		
Diğer		

JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

Siklusun özelliği

İlk menarş yaşı:
Menstruasyon süresi, sıklığı ve düzeni:
Dismenore hikayesi:

Son jinekolojik muayene ve pap-smear tarihi

Muayene zamanı:
Pap-smear sonucu:

Geçirilen jinekolojik enfeksiyonlar

Tanı:
Tedavi:

Geçirilen jinekolojik girişimler

Tanı:
Tedavi:

Kullandığı Kontraseptif Yöntemler

Kullanılan yöntem:
Kullanma süresi:

SİSTEMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Genel görünüm	Baş: Boyun: Gövde: Ekstremiteler: Deri bütünlüğü: Alerji durumu:
Gastrointestinal sistem	Bulantı () Kusma () Gaz () Regürjitasyon () Hazımsızlık () İshal () Kabızlık ()
Kardiyovasküler sistem	Aritmi () Taşikardi () Varis () Tromboflebit () Ödem () Hemoroid () Ödem () Diğer....
Solunum Sistemi	Solunum sıkıntısı () Takipne () Bradipne () Balgam () Öksürük () Renk (.....)
Genito-üriner Sistem	İnkontinans () Dizüri () Pollaküri () Poliüri () Hematüri () Noktüri () Abdominal distansiyon () Abdominal ağrı-kramp () Vajinal kanama () Diğer..... İdrar katateri: Var () Yok () İdrar miktarı: 1 saatlik: ml 24 saatlik : ml Defekasyon alışkanlığı (gün):
Sinir Sistemi	Görme (normal, myop, hipermetrop, diğer.....): İşitme (yeterli, yetersiz vb.): Bilinç durumu: Açık () Koopere () Stupor () Senkop () Kullandığı yardımcı araçlar:
Kas-İskelet Sistemi	Üst Ekstremiteler: Alt Ekstremiteler: Mobilize olam durumu: Aktivite kısıtlılığı: Kullandığı yardımcı araç-gereçler:
Psikososyal durum	İletişim durumu: Psikolojik iyilik hali: Sosyal destek durumu: Endişe/korku/travma durumu:
Uyku düzeni	Yeterli ve rahat uyku () Gereğinden fazla uyuma () Yetersiz ve kalitesi uyku ()

İLACLAR

Kullanılan ilaçlar				
İlacın adı	Etken maddesi	Kullanım amacı	Dozu	Uygulama yolu

ALIŞKANLIKLAR

Boy: _____	Kilosu: _____	Gebelik öncesi kilosu: _____	Şimdiki kilosu: _____
Beslenme Durumu:			
Öğün sayısı (gün) _____	Ağırlıklı olarak tüketilen besinler: _____	Egzersiz alışkanlığı: _____	

Alışkanlıklar	Tüketilen miktar/gün	Kullanım süresi
Sigara		
Madde		
Alkol		
Çay/kahve/kafein		

HİJYENİK UYGULAMALAR

El yıkama sıklığı:	Banyo yapma sıklığı	Diş fırçalama sıklığı:
Perine Hijyeni		
Mesane ve/veya barsak boşaltımından sonra perineyi temizleme yöntemi (taharetlenme):		
İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:		
Kullandığı iç çamaşırlarının özelliği (pamuklu, sentetik, naylon):		
İç çamaşırlarını temizleme şekli:		
Menstrual Hijyeni		
Kullanılan pedin özelliği:		
Ped değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:		
Ped değiştirme sıklığı:		
Menstruasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:		

GEBELİK ÖYKÜSÜ

Doğum zamanı	Doğum yapılan gebelik haftası	Doğum şekli	Doğumda veya doğum sonu dönemde komplikasyon yaşama durumu	Yenidoğanın cinsiyeti	Yenidoğanın sağlık durumu

Gebelikte Riskli Durumlar			
Gebelikte Gelişen Sağlık Sorunları	Başlama Zamanı	Hastaneye Başvurma Zamanı	Alınan Tedavi
Kalp Hastalığı			
Diyabet			
Anemi			
Enfeksiyon hastalıkları			
Böbrek Hastalığı			
Rh uyumsuzluğu			
Plasenta previa			
Ablatio plasenta			
EMR			
PIH			
Hiperemezis gravidarum			
Prematür eylem			
Düşük Tehdidi			
Mol Hidatiform			
Oligo hidroamnios / Polihidroamnios			
Diğer			

TRAVAY İZLEM FORMU

SAT:

GRAVİDA:

PARİTE :

ABORTUS:

YAŞAYAN:

Travay Odasına Geliş Saati:

İndüksiyon Alma Durumu / Başlangıç Saati:

Saat	T.A	Nabız	Ateş	Solunum	Kontraksiyonlar			F.K.H	Serviks		Fikse (F) Mobil (M)	Solüsyon Cinsi	Dakika Damla Sayısı	Şişe seviyesi	Giden Sıvı
					Süre	Sıklık	Şiddet		Dilatasyon	Silinme					

DOĞUM ŞEKLİ: Spontan () Müdahaleli ()

DOĞUM TARİHİ VE SAATİ:

YENİDOĞANIN CİNSİYETİ: Kız () Erkek ()

DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR

Kontraksiyonların başlama tarihi:/...../..... Kontraksiyonların başlama saati:..... Show (nişane): atılmış <input type="checkbox"/> atılmamış <input type="checkbox"/> Kanama: var <input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> Membranlar: açılmış <input type="checkbox"/> açılmamış <input type="checkbox"/> Amniotik sıvının özelliği:..... Leopold manevraları Fundus yüksekliği:.....cm hf Fetüsün pozisyonu:..... Fetüsün prezantasyonu:..... Angajman:..... Kontraksiyonların Özelliği: Normal <input type="checkbox"/> Hipotonik <input type="checkbox"/> Hipertonik <input type="checkbox"/>	İndüksiyon var <input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> (Kullanılan uterotonik ve miktarı):..... Perine temizliği ve vulvanın hazırlığı: Yapıldı <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Kişisel hijyen gereksinimi: sağlandı <input type="checkbox"/> sağlanmadı <input type="checkbox"/> Mesane kontrolü: sağlandı <input type="checkbox"/> sağlanmadı <input type="checkbox"/> Barsak kontrolü ve lavman: yapıldı <input type="checkbox"/> yapılmadı <input type="checkbox"/> İntravenöz sıvı: var <input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> Oral sıvı/besin alımı var <input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> Emosyonel durum:
---	--

DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR

İkinci evrenin başlama saati:..... İkinci evrenin başladığını gösteren işaretler: <input type="checkbox"/> Silinme ve dilatasyon tamamlanması <input type="checkbox"/> Kontraksiyonların süre ve şiddetinin artması <input type="checkbox"/> İkınma hissinin başlaması <input type="checkbox"/> Rektum üzerindeki basının artması <input type="checkbox"/> Perinenin taçlanması <input type="checkbox"/> Diğer Doğuma ilişkin açıklamalar:.....	Araç-gereçlerin hazırlığının kontrolü: yapıldı <input type="checkbox"/> yapılmadı <input type="checkbox"/> /..... Doğumdan hemen sonra ten tene temasın başlatılması sağlandı <input type="checkbox"/> sağlanamadı <input type="checkbox"/> Doğumda yapılan müdahaleler: <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Epizyotomi <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Fundal basınç <input type="checkbox"/> Forseps İkinci evrenin bitiş saati:.....
---	--

YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Doğum saati:..... Bebeğin cinsiyeti: Apgar skoru: 1.dk..... 5.dk..... Aspirasyon : yapılmadı <input type="checkbox"/> yapıldı <input type="checkbox"/> /..... O ₂ verilmesi : verilmedi <input type="checkbox"/> verildi <input type="checkbox"/> /..... Boy:.....cm Kilo:.....gr Baş çevresi:.....cm Göğüs çevresi:.....cm	Fontanelerin değerlendirilmesi: normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> /..... Anomali: var <input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> Bebeğin giydirilmesi ve vücut ısısının kontrolü: yapıldı <input type="checkbox"/> yapılmadı <input type="checkbox"/> /..... Erken beslenmenin sağlanması: sağlandı <input type="checkbox"/> sağlanmadı <input type="checkbox"/> /..... Bağışıklama : sağlandı <input type="checkbox"/> sağlanmadı <input type="checkbox"/>
---	--

DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR

<input type="checkbox"/> Plasentanın ayrıldığını gösteren işaretler: <input type="checkbox"/> Umblikal kordun boyunun uzaması <input type="checkbox"/> Uterusun fundusunun umblikus hizasına yükselmesi <input type="checkbox"/> Ani vajinal kanama olması <input type="checkbox"/> Uterusun küre şeklini alması <input type="checkbox"/> Plasentanın vajinada palpe edilmesi Plasentanın doğumu ve bütünlük kontrolü: yapıldı <input type="checkbox"/> yapılmadı <input type="checkbox"/> Uterotonik uygulanması: yapıldı <input type="checkbox"/> yapılmadı <input type="checkbox"/> /..... Kullanılan uterotonik ve miktarı:..... Başlama zamanı:	Umblikal kordun kontrolü: (2 arter 1 ven) yapıldı <input type="checkbox"/> yapılmadı <input type="checkbox"/> Fundus kontrolü ve masajı: yapıldı <input type="checkbox"/> yapılmadı <input type="checkbox"/> Kanama kontrolü: yapıldı <input type="checkbox"/> yapılmadı <input type="checkbox"/> Perine temizliği: yapıldı <input type="checkbox"/> yapılmadı <input type="checkbox"/> Perinenin onarımı: yapıldı <input type="checkbox"/> yapılmadı <input type="checkbox"/>
---	---

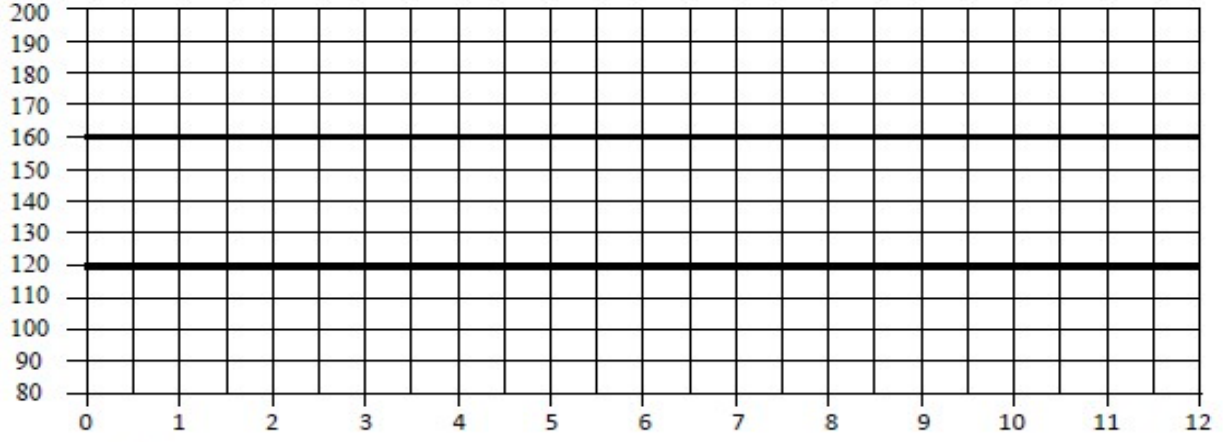
DOĞUMUN DÖRDÜNCÜ EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR

Perine bakımı : yapıldı <input type="checkbox"/> yapılmadı <input type="checkbox"/> Üşümenin engellenmesi: sağlandı <input type="checkbox"/> sağlanamadı <input type="checkbox"/> Dinlenmenin sağlanması: sağlandı <input type="checkbox"/> sağlanamadı <input type="checkbox"/> Ağrı kontrolü : sağlandı <input type="checkbox"/> sağlanamadı <input type="checkbox"/> Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi ve emzirmenin başlaması: sağlandı <input type="checkbox"/> sağlanamadı <input type="checkbox"/>

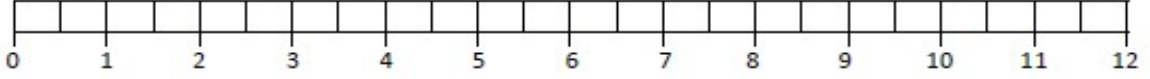
PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü:saat	

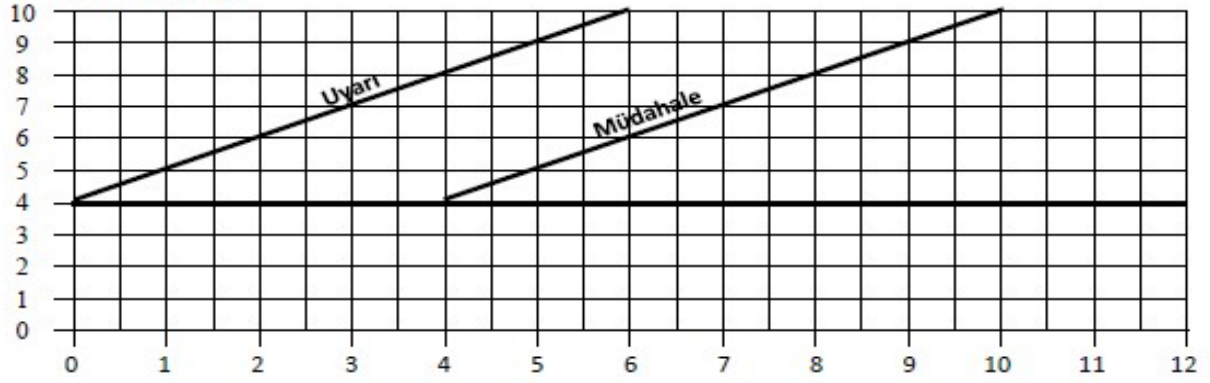
Fetal Kalp Atım Hızı



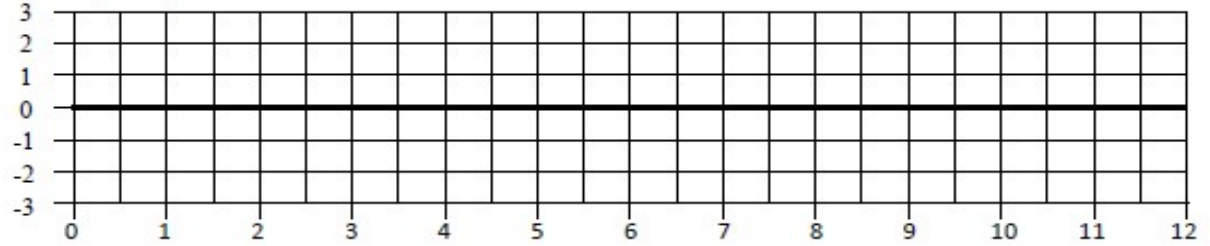
Amniyon Sıvısı



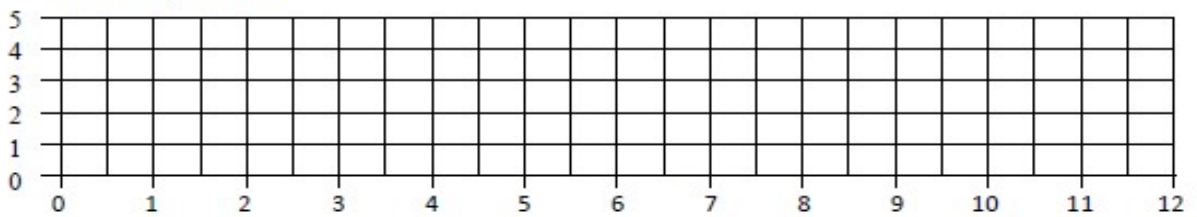
Serviks Açıklığı



Baş Seviyesi



Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:
Başlama Saati:

LABORATUAR BULGULARI

Kan Değerleri	Mevcut Değer	Normal Değer	Referans değerinden Yüksek/Düşük	Düşüklük veya Yüksekliğin Anlamı
WBC				
Eozinofil				
Nötrofil				
Bazofil				
Lenfosit				
Monosit				
HGB				
HTC				
PLT				
PCT				
RBC				
RDW				
Na+				
K+				
Cl				
HCO ₃				
Ca				
P				
Mg				
Açlık Glukoz				
Tokluk Glukoz				
HbA1c				
BUN				
Kreatin				
Üre				
Ürik Asit				
GFR				
Total Kolesterol				
HDL				
LDL				
Trigliserid				
LDH				
SGOT/AST				
SGPT/ALT				
Total protein				
Albumin				
Total Bilirubin				
Direkt Bilirubin				
PT				
PTT				
INR				
CRP				
Sedimantasyon				
Prokalsitonin				
İdrar Dansite pH Lökosit Eritrosit Protein Keton Glukoz Kültür/Antibiyogram				
DİĞER				

Günlük Yaşam Aktivitelerine Göre Hastanın Mevcut Potansiyel Ebelik Tanıları		
G.Y.A	Tanımlayıcı Girişimler	Ebelik Tanıları
Çevre güvenliğinin sağlanması		
İletişim		
Solunum		
Yeme-içme		
Eliminasyon		
Kişisel temizlik ve giyinme		
Beden ısısını kontrol		
Hareket		
Çalışma/boş zamanını değerlendirme		
Cinselliğini ifade etme		
Uyku		
Ölüm		

EĞİTİM VE DANIŞMANLIK

Bilgilendirme Konusu	Bilgilendirme İhtiyacı	Eğitim ve Danışmanlık Sağlanma Durumu
Nefes ve gevşeme egzersizleri		
Doğum pozisyonları		
Doğum ağrısında nonfarmakolojik yöntemler		
İkinme egzersizleri		
Loşia takibi		
Epizyotomi/insizyon bakımı		
Emzirme		
Ebeveyn olma		
Doğum sonu kişisel bakım		
Doğum sonu beslenme		
Doğum sonu egzersiz		
Doğum sonu cinsellik		
Aile planlaması		
Yenidoğan bakımı		
Diğer		

EBELİK BAKIM PLANI

TARİH	EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLAMA	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME

TARİH	EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLAMA	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME

TARİH	EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLAMA	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME

TARİH	EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLAMA	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME

TARİH	EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLAMA	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME

TARİH	EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLAMA	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME

TARİH	EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLAMA	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME

TARİH	EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLAMA	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME

TARİH	EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLAMA	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME

TARİH	EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ	PLANLAMA	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME