**Öğrencinin Adı-Soyadı:**

**A. BİREYSEL ÖZELLİKLER**

Adı Soyadı:

Tanı: Eşi ile Akrabalık Durumu:

Yaşı: Hastaneye Yatış Tarihi:

Eğitimi: Görüşme Tarihi:

Mesleği:

Sosyal Güvence Durumu:

Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler): **Eşinin:**

 Yaşı: Eğitimi:

Gelir Düzeyini Algılaması: Mesleği: Kan Grubu:

Evlilik Süresi: Sosyal güvencesi:

Kan Grubu:

Oturduğu Ev: Kendisinin ☐ Kira ☐ Gecekondu ☐ Apt. dairesi ☐

**B. GEBE KADIN VE AİLESİNİN GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ**

Aşağıdaki durumlardan herhangi biri sizde ya da ailenizden herhangi bir kişide oldu mu?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Gebe Kadın | Ailesi |
| Evet | Hayır | Evet | Hayır |
| Hastaneye yatma |  |  |  |  |
| Ameliyat…….. |  |  |  |  |
| CYBH |  |  |  |  |
| Kalp hastalığı |  |  |  |  |
| Hipertansiyon |  |  |  |  |
| Tüberküloz |  |  |  |  |
| Astım |  |  |  |  |
| Pnomoni |  |  |  |  |
| Ülser |  |  |  |  |
| Diyabet |  |  |  |  |
| Üriner sistem problemleri |  |  |  |  |
| Troid problemleri |  |  |  |  |

Düzenli olarak kullandığı ilaçlar ve diğer tedaviler (gebelik öncesi):

Gebelik Tarihi Gebelik süresi Gebeliğin sonlanma şekli

1

2

3

Önceki gebeliklerinde aşağıdaki problemlerinden biri oldu mu?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Evet | Hayır |
| Hastaneye yatma |  |  |
| Hipertansiyon |  |  |
| Ödem |  |  |
| Kanama |  |  |
| Enfeksiyon |  |  |
| Psikolojik problemler |  |  |
| Gestasyonel diyabetHiperemezis gravidarum |  |  |
| Diğer……… |  |  |

Önceki doğumlarınızda aşağıdaki problemlerden herhangi biri oldu mu?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Evet | Hayır |
| Kısa eylem <3 sa |  |  |
| Uzun eylem |  |  |
| Epizyotomi |  |  |
|  |  |  |
| Vakum uygulaması |  |  |
| İri bebek doğumu >4000gr |  |  |
| DDA bebek doğumu <2500gr |  |  |
| Prematüre |  |  |
| Postmatüre |  |  |
| Sezeryan |  |  |
| Çoğul doğum |  |  |
| Kanama |  |  |
| Psikolojik problemler |  |  |
| Diğer………. |  |  |

Menarş Yaşı:

Dismenore öyküsü:

Menstruasyonun süresi, sıklığı ve düzeni:

Geçirdiği ya da var olan jinekolojik problemler-yakınmalar (ağrı, akıntı, kaşıntı, kanama vb)

Geçirdiği jinekolojik cerrahi girişimler:

Yaptırdığı jinekolojik kontroller

Türü, tarihi:

Kontraseptif öyküsü:

Kullandığı yöntemler:

Süresi:

Yan etkileri/Bırakma nedenleri:

**C. GEBE KADININ GEÇMİŞ OBSTETRİK ÖYKÜSÜ**

Gebelik: Para: Abortus: Yaşayan: D&C: Ölü Doğum: Diğer:

Ölü doğum:

Problemli doğan bebek

Açıklama:

Önceki doğumlarınızda doğumdan sonra aşağıdaki problemlerden herhangi birisi oldu mu?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Evet | Hayır |
| Kanama |  |  |
| Enfeksiyon |  |  |
| Ateş |  |  |
| Hipertansiyon |  |  |
| Meme problemleri |  |  |
| Psikolojik problemler |  |  |
| Diğer…………………. |  |  |

Önceki gebeliklerinizde doğum öncesi kontrollere gittiniz mi?/kaç kez/nereye?

Önceki gebeliklerinizde kontrollerinizi hangi sağlık personeli yaptı?

Doktor: ☐ Ebe/Hemşire: ☐

Önceki çocuklarınızı nasıl beslediniz?

**D. GEBE KADININ ŞİMDİKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ**

Boy:

Gebelik Öncesi Kilo:

Şuan ki kilosu:

Yaşam Bulguları:

Ateş:Nabız: Sol: KB:

Laboratuar değerleri:

İdrar analizi

Kan analizi:

Varsa NST/USG ve diğer işlemlerin sonucu:

Son Adet Tarihi:

Tahmini Doğum Tarihi:

Şu andaki gebelik haftası:

Gebeliğin başlangıcından bu yana yaşadığı gebelik belirtileri ve yakınmaları:

**C. Leopold Manevraları**

Prezentasyonu:

BAŞ (....................) MAKAT (..................) DİĞER (..................)

Fundus:

Pozisyon:

Abdomenin değerlendirilmesi:

Linea nigra:

Sitria

Gebelik maskesi:

Geçirilmiş ameliyat izi/skar:

Memelerin değerlendirilmesi:

Emzirme açısından:

Meme muayenesi açısından:

ÇKS: normal ☐ hipoaktif ☐ Hiperaktif ☐

Fetal hareketlerin ilk hissedildiği hafta:

Fetal hareketlerin sıklığı (27. haftadan sonra 3 saat içinde en az 10 kez hareket etmelidir):

Gebe olduktan sonra herhangi bir hastalık geçirdiniz mi?

Tanı/Tedavi:

Gebe olduktan sonra herhangi bir ilaç kullandınız mı?

İlacın adı: Kullanım süresi:

Alışkanlıkları (miktar belirtiniz) Sigara ☐ Alkol ☐ Çay ☐ Kahve ☐ Diğer ☐

Bu gebeliğinizde belirtilen problemleri yaşadınız mı? (yaşanan şikayetleri yuvarlak içine alınız )

(Konstipasyon, idrar yaparken yanma, bulantı kusma, baş ağrısı, anormal vajinal akıntı, vajinal kanama, ayak ve bacaklarda ödem, kramp, aşerme, alerji, hemoroid, varis, ateş, duygusal problemler, diğer……….)

Bu gebeliğinizde sağlık kontrollerine gittiniz mi? (hangi aylarda, nereye)

Bu kontroller sırasında size ne gibi işlemler yapıldı?

Bu kontroller sırasında size gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi verildi mi? Neler?

Bu kontroller sırasında size herhangi bir aşı yapıldı mı?

Doğumunuzu nerede yapmayı düşünüyorsunuz?

Daha sonra kullanmayı düşündüğünüz bir aile planlaması yöntemi var mı?

**E. GEBELİĞİ ETKİLEYECEK SOSYOKÜLTÜREL DURUMLAR**

Gebelik planlanmış bir gebelik mi?

Gebeliğe ilk tepkiniz ne oldu?

Gebelik için şuanda ne gibi duygular yaşıyorsunuz?

Eş ve ailenizin gebeliğinize ilk tepkisi ne oldu?

Aileniz için planladığınız çocuk sayısı nedir?

Hastanın ailede kararlara katılma durumu:

Gebelik şuanki ya da gelecekteki yaşam aktivitenizi etkiliyor mu?

Gebelikle birlikte kendiniz ya da bebeğiniz için yaşadığınız herhangi bir endişe korku oldu mu? Halen var mı?

Herhangi bir problem olduğunda size destek olacak kişi ya da kurumlar var mı?

☐ Eş, ☐ Aile ☐ Komşular ☐ ☐ Akrabalar ☐ Toplumsal kurumlar

Gebelik doğum, lohusalık dönemi, bebek bakımı ve geneldeki sağlığınıza yönelik bildiğiniz/uyguladığınız geleneksel uygulama var mı?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Evet | Hayır |
| Pika |  |  |
| Loğusa kadına su vermeme |  |  |
| Loğusa kadının karnını sarma |  |  |
| Kundaklama |  |  |
| Emzirme için üç ezan bekleme |  |  |
| Bebeğe şekerli su verme |  |  |
| Bebeğin memelerini ovma |  |  |
| Bebeği tuzlama |  |  |
| Göbeğin düşmesi için geleneksel uygulamalar |  |  |
| Fizyolojik sarılığa yönelik geleneksel uygulamalar |  |  |
| Diğer……… |  |  |

**F. GEBELİK RİSKİNİN BELİRLENMESİ**

Bu gebeliğinizde aşağıdaki risk faktörlerinden herhangi biri oldu mu?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Evet | Hayır |
| Kalp hastalığı |  |  |
| Enfeksiyon hastalıkları |  |  |
| Diyabet |  |  |
| PIH  |  |  |
| Rh Uyuşmazlığı |  |  |
| Plasenta Previa |  |  |
| Ablasio plasenta |  |  |
| EMR |  |  |
| Hiperemezis gravidarum |  |  |
| Prematüre eylem |  |  |
| Düşük tehdidi |  |  |
| Mol Hidatiform |  |  |
| Ektopik Gebelik |  |  |
| Oligohidroamniyoz |  |  |
| Polihidroamniyoz |  |  |

Bu belirtiler gebeliğin hangi haftasında başladı?

Hastaneye ne zaman başvurdunuz?

Şuanda aldığı bakım/tedavi protokolü nedir?

**G. GEBE KADININ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Beslenme Şekli:

Günde kaç öğün ve ara öğün alıyor:

Yediği besinler:

Süt içiyor mu?/miktarı:

Uyku düzeni: Uyuyabiliyor☐ Uyuyamıyor ☐ Nedeni……………….

Hijyenik Uygulamalar:

 Banyo yapma şekli:

 Banyo yapma sıklığı:

Perine Hijyeni:

 Boşaltım sonrası perineyi temizleme yöntemi:

 İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:

 Kullandığı iç çamaşırlarının özelliği:

 İç çamaşırlarını temizleme şekli:

Boşaltım alışkanlığı:

Cinsel ilişki sıklığı:

**I. GEBEYE İLİŞKİN DİĞER GÖZLEM VE YORUMLARINIZ:**

………………………………………..………………………………………………………………………………………………

……………………………………….……………………………………………………………………………………………….

………………………………………….……………………………………………………………………………………………

**LABORATUAR ÇALIŞMALARI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Test** | **Normal değerler** | **Hastanın sonucu** | **Tarih** | **Hastaya ilişkin notlar** |
| Eritrosit (RBC) |  |  |  |  |
| Hemoglobin(HGB) |  |  |  |  |
| Hemotokrit(HTC) |  |  |  |  |
| Trombosit  |  |  |  |  |
| Lökosit(WBC) |  |  |  |  |
| Nötrofil  |  |  |  |  |
| Eozinofil  |  |  |  |  |
| Bazofil |  |  |  |  |
| Lenfosit  |  |  |  |  |
| Monosit  |  |  |  |  |
| Na+  |  |  |  |  |
| K+  |  |  |  |  |
| Cl  |  |  |  |  |
| HCO3  |  |  |  |  |
| Ca  |  |  |  |  |
| P |  |  |  |  |
| Mg  |  |  |  |  |
| **KAN ŞEKERİ**Açlık :Tokluk : |  |  |  |  |
| HbA1c |  |  |  |  |
| BUN  |  |  |  |  |
| Kreatin  |  |  |  |  |
| Amonyak  |  |  |  |  |
| Total Kolesterol  |  |  |  |  |
| HDL  |  |  |  |  |
| LDL  |  |  |  |  |
| Trigliserid  |  |  |  |  |
| LDH |  |  |  |  |
| SGOT/AST |  |  |  |  |
| SGPT/ALT |  |  |  |  |
| Total protein |  |  |  |  |
| Albumin |  |  |  |  |
| Total Bilirubin |  |  |  |  |
| Direkt Bilirubin |  |  |  |  |
| Ürik Asid |  |  |  |  |
| PT  |  |  |  |  |
| PTT  |  |  |  |  |
| INR |  |  |  |  |
| **İDRAR** Dansite pH Lökosit Eritrosit Kültür/Antibiyogram |  |  |  |  |

**İLAÇ FORMU**

 **Tarih:**

 **Öğr. Ebe Adı Soyadı:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. İlaç & Doz** |  | **Jenerik Adı:** |
| Uygulama Yolu: |  |
| Sınıf & Etki Mekanizması: |  |
| Hasta Bu İlacı Neden Alıyor? |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler: |  |
|  **2. İlaç & Doz** |  | **Jenerik Adı:** |
| Uygulama Yolu: |  |
| Sınıf & Etki Mekanizması: |  |
| Hasta Bu İlacı Neden Alıyor? |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler: |  |
|  **3. İlaç & Doz** |  | **Jenerik Adı:** |
| Uygulama Yolu: |  |
| Sınıf & Etki Mekanizması: |  |
| Hasta Bu İlacı Neden Alıyor? |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler: |  |
| **4. İlaç & Doz** |  | **Jenerik Adı:** |
| Uygulama Yolu: |  |
| Sınıf & Etki Mekanizması: |  |
| Hasta Bu İlacı Neden Alıyor? |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler: |  |
| **5. İlaç & Doz** |  | **Jenerik Adı:** |
| Uygulama Yolu: |  |
| Sınıf & Etki Mekanizması: |  |
| Hasta Bu İlacı Neden Alıyor? |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler: |  |
| **6. İlaç & Doz** |  | **J Jenerik Adı:** |
| Uygulama Yolu: |  |
| Sınıf & Etki Mekanizması: |  |
| Hasta Bu İlacı Neden Alıyor? |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler: |  |

**REVİZYON BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RevizyonNo | RevizyonTarihi | Revizyon Açıklaması |
| 0 | - | İlk yayın. |
|  |  |  |