

Görüşme Tarihi:  
Öğrencinin Adı- Soyadı:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ  
RİSKLİ GEBELİK ve BAKIM DERSİ GEBE DEĞERLENDİRME FORMU

**1.TANITICI BİLGİLER**

Adı-Soyadı :  
Yaşı :  
Eğitimi :  
Mesleği :  
Sağlık Güvencesi :  
Aile Tipi :  
Evlilik süresi :  
Gelir Düzeyi :  
Kan grubu :  
Eşi ile Akrabalık Durumu : ( ) yok ( ) 1. derece ( ) 2. Derece  
Medeni Durumu :

**EŞİNİN**

Yaşı :  
Eğitim düzeyi :  
Mesleği :  
Kan grubu :  
Sağlık Problemleri :

**2.MEVCUT GEBELİK ÖYKÜSÜ VE HASTANEYE YATIŞ NEDENİ**

SAT :  
TDT :  
Gebelik Haftası :  
Gebelik Sayısı :  
Yaşayan :  
Abortus :  
Küretaj :  
Para :  
Ölü doğum :  
Tanı:  
Yatışın kaçınıcı günü:  
Hastaneye geliş nedeni  
Şikayetleri:  
Şikayetlerin başlama zamanı:  
Belirti ve Bulguları:

Gebenin aldığı tıbbi tedavi:

**3. GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜ** (Bu problemler varsa, açıklamasını yazınız)

Problemler	Gebe kadın	Ailesi
Kalp ve damar hastalıkları	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Romatizma	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Astım	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Tüberküloz	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Diabet	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Kanser	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Konjenital hastalık&anomali	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Kalıtsal hastalık	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Kan hastalıkları	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Psikolojik problemler	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Konvülsif hastalıklar	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Troid hastalıkları	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
CYBH	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Hastaneye yatma	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Ameliyat	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
İlaç kullanma	: E ( ) H ( )	E ( ) H ( ).....
Diğer	:	.....

#### 4. OBSTETRİK ÖYKÜ

Gebeliğe Karşı Tutumu :

Gebeliğin Planlı Olma Durumu :

İlk pretanal kontrole gitme zamanı:

Aşağıdaki tabloyu ilk gebelik tarihinden başlayarak doldurunuz.

Gebelik Tarihi	Gebelik Süresi	Doğumu Kimin/Nerede Gerçekleştiği	Doğum Eyleminin Süresi	Doğum Şekli	Yenidoğanın Cinsiyeti	Yenidoğanın Yaşama Durumu
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Önceki Gebeliklerde Doğum Öncesi Kontrollere Gitme Durumu : ( )Evet ( ) Hayır

Tetanoz aşısı olma durumu : ( )Evet ( ) Hayır

Dozu : ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

Aşı yapılma zamanı : .....ay/yıl önce

**Önceki Gebeliklerde Yaşanan Problemler** (Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız).

Hipertansiyon : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Ödem : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Preeklampsi : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Eklampsi : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Gestasyonel Diyabet : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Rh uyuşmazlığı : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Hiperemesis gravidarum : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Enfeksiyon (vinal, üriner vb) : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Diğer (belirtiniz).....

**Önceki Doğumlarda Ortaya Çıkan Problemler** (Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız)

Hızlı doğum : ( ) Hayır ( ) Evet .....

Zor ve uzun doğum eylemi : ( ) Hayır ( ) Evet .....

Epizyotomi : ( ) Hayır ( ) Evet .....

Forseps/Vakum uygulaması : ( ) Hayır ( ) Evet .....

Sezaryen : ( ) Hayır ( ) Evet .....

İri bebek doğumu (4 kg üzeri) : ( ) Hayır ( ) Evet .....

Düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu : ( ) Hayır ( ) Evet .....

Preterm eylem : ( ) Hayır ( ) Evet .....

Postterm eylem : ( ) Hayır ( ) Evet .....

Ölü doğum : ( ) Hayır ( ) Evet .....

İlk 24 saatte ölen bebek : ( ) Hayır ( ) Evet .....

Anomalili /Problemlili bebek : ( ) Hayır ( ) Evet .....

Diğer:.....

**Önceki Doğum Sonu Dönemlerde Ortaya Çıkan Problemler** (Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız)

Kanama : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Enfeksiyon : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Tansiyon Problemi : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Meme problemleri : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Psikolojik problemler : ( ) Hayır ( ) Evet.....

Diğer : .....

## 5. JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

İlk menarş yaşı :

Menstruasyon süresi, sıklığı ve düzeni :

Dismenore hikayesi :

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

Geçirdiği jinekolojik cerrahi girişimler:

Yaptırdığı son jinekolojik muayene ve pap smear tarihi:

Muayene Zamanı:

Pap Smear sonucu:

Önceden Kullanılan Kontraseptif Yöntemler:

Kullandığı yöntem	Kullanma Süresi	Bırakma Nedeni
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

## 6.GEBENİN FİZİK MUAYENESİ

Boy:

Kilosu:

Gebelik Öncesi Kilosu:

BKİ:

Ateş:

Nabız:

Kan Basıncı:

Solunum:

Ağrı:

Baş Muayenesi:

Boyun Muayenesi:

Tiroid Muayenesi Değerlendirmesi:

Derinin Muayenesi

Stria Gravidarum:

Linea Nigra:

Geçirilmiş ameliyat izi:

Ödem:.....	Yeri :.....	
GODE	ŞİDDETİ	GÖSTERGE
Zor tespit ediliyor	Hafif	+1
5 mm'den az	Orta	+2
5-10 mm arasında	Şiddetli	+3
10 mm'den fazla	Çok şiddetli	+4

Abdomen Muayenesi

Leopold Manevraları

I. Manevra:

II. Manevra:

III. Manevra:

IV, Manevra:

### Meme Muayenesi

Memeler emzirmeye uygun mu :	( ) Hayır	( ) Evet(Açıklayınız.....)
Meme ucunda çatlak var mı :	( ) Hayır	( ) Evet(Açıklayınız.....)
Meme ucunda içe çöküklük var mı :	( ) Hayır	( ) Evet(Açıklayınız.....)
Memelerde dolgunluk var mı :	( ) Hayır	( ) Evet(Açıklayınız.....)
Memelerde ağrı ve hassasiyet var mı :	( ) Hayır	( ) Evet(Açıklayınız.....)

### Şimdiki Gebeliğiniz de aşağıda belirtilen sorunlardan herhangi biri var mı?

( ) Yorgunluk	( ) Solunum Sıkıntısı	( ) Çarpıntı
( ) Burun tıkanıklığı	( ) Kas krampları	( ) Sırt ağrısı/ Bel ağrısı
( ) Round Ligament Ağrısı	( ) Karpal Tunel Ağrısı	( ) Varikoz venler
( ) Baş ağrısı	( ) Diğer.....	

USG Sonucu :

NST Sonucu :

OGTT Sonucu:

### Laboratuvar Bulguları

#### Kan Analizi

WBC: .....RBC: .....PLT: ..... Hb: ..... Htc: .....  
KŞ: ..... Na: ..... K: .....Ca:.....Cl:.....

#### İdrar Analizi

Dansite : .....PH:..... Eritrosit:..... Lokosit:.....  
Glikoz:.....Keton:..... BUN:.....Kreatinin: .....Ürik asit: .....

### 7.GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Aşağıdaki problemler varsa ise yanına özelliğini açıklayınız)

#### A)Çevre Güvenliği

Gebenin düşme riski var mı?	( ) Hayır	( )Evet.....
Gebenin çevresinde sağlığını tehdit eden riskler var mı?	( ) Hayır	( )Evet.....

#### B)İletişim

Gebe sağlık personeli ile etkili bir iletişim kurabiliyor mu?	( ) Hayır	( )Evet.....
Gebe ihtiyaçlarını doğru şekilde ifade edebiliyor mu?	( ) Hayır	( )Evet.....
Gebe sizin söylediklerini anlayabiliyor mu?	( ) Hayır	( )Evet .....
Gebe de iletişim kurmasını engelleyecek herhangi bir durum var mı?	( ) Hayır	( )Evet.....

#### C)Solunum

Gebe etkili bir solunum gerçekleştirebiliyor mu?	( ) Hayır	( )Evet.....
Gebe de herhangi bir solunum problemi var mı?	( ) Hayır	( )Evet.....
Gebe Sigara içiyor mu?	( ) Hayır	( )Evet.....adet/gün

#### D)Yeme ve İçme

Gebe yeme ve içme aktivitesini bağımsız olarak gerçekleştirebiliyor mu?	( ) Hayır	( )Evet.....
Gebe çay/kahve tüketiyor mu?	( ) Hayır	( )Çay....fincan/gün ( )Kahve....fincan/gün
Gebe günde kaç öğün besleniyor?.....		.....bardak/gün
Gebenin genellikle tükettiği besin grupları neler?.....		.....
Günde ne kadar sıvı tüketiyor?.....		.....bardak/gün
Gebenin özel diyeti var mı?	( ) Hayır	( )Evet.....
Gebe alkol tüketiyor mu?	( ) Hayır	( )Evet.....

Gebe aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşıyor mu?

( ) Bulantı

( ) İştahsızlık

( ) Diş eti kanaması

( ) Kusma

( ) Hazımsızlık

( ) Diş çürüğü

( ) Mide yanması

( ) Mide ağrısı

( ) Aşerme

### E)Boşaltım

Gebe boşaltım fonksiyonunu bağımsız bir şekilde gerçekteştirebiliyor mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Gebe konstipasyon yaşıyor mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Gebe de diyare mevcut mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Gebe sık idrara çıkıyor mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Gebe de idrar kaçıрма durumu var mı?

( ) Hayır

( )Evet.....

Gebe de idrar yaparken yanma durumu var mı?

( ) Hayır

( )Evet.....

İdrar da kötü koku var mı?

( ) Hayır

( )Evet.....

Gebe de idrar sondası var mı?

( ) Hayır

( )Evet.....

### F)Kişisel Temizlik ve Giyinme

Bağımsız bir şekilde kişisel hijyen ve temizliğini gerçekteştirebiliyor mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

El Hijyeni

El yıkama sıklığı:

El yıkadığı durumlar:

Vücut Hijyeni

Banyo yapma Sıklığı:

Ağız Hijyeni

Diş fırçalama sıklığı:

Perine Hijyeni

Perineyi Temizleme Yöntemi:

İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:

Kullandığı iç çamaşırlarının özelliği:

### G)Vücut Isısını Kontrol

Oda sıcaklığı uygun mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Gebenin giydiği kıyafetler ortam ısısına uygun mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

### H)Hareket

Gebe bağımsız olarak hareket edebiliyor mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Gebenin hareketlerini kısıtlayıcı bir rahatsızlığı var mı?

( ) Hayır

( )Evet.....

Gebe hareket ederken ağrısı oluyor mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Gebe düzenli egzersiz yapıyor mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Gebe hangi egzersiz tipini ne sıklıkla yapıyor?.....

Gebelik sırasında aktivitelerin de bir değişiklik oldu mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

### I)Çalışma ve Eğlence

Gebe, gebeliğin iç hayatını etkilediğini veya etkileyeceğini düşünüyor mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Gebe, gebeliğin sosyal hayatını/ilışkilerini etkilediğini veya etkileyeceğini düşünüyor mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

### İ)Cinselliği İfade

Gebelik cinsel yaşantısını olumsuz etkiliyor mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Cinsel ilişki esnasında ağrı yaşanıyor mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Cinsel yaşamı ile ilgili herhangi bir problem yaşıyor mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Haftada kaç kez cinsel ilişki yaşıyor?.....

### J)Uyku

Gebe günde kaç saat uyuyor?.....

Gece uyuduktan sonra kendisini dinlenmiş hissediyor mu?.....

Gebelik uykusu alışkanlığında değişikliğe neden oldu mu?

( ) Hayır

( )Evet.....

Uyku ve gevşeme yöntemleri neler? .....

Gebenin uyku problemleri oluyor mu? ( ) Hayır

( ) Uykuya dalmada zorluk

( ) Sürekli uyku hali

( ) Uykuda bölünme ( ) Diğer (açıklayınız .....

**K)Ölüm**

Gebe de ölüm korkusu var mı?

( ) Hayır ( )Evet.....

Gebe de bebeğini kaybetme korkusu var mı?

( ) Hayır ( )Evet.....

**GEBEYE UYGULANAN İLAÇLAR**

<b>İlaç Kartı</b>	<b>İlaç Kartı</b>
Tarih: Hastanın Adı Soyadı: Uygulama Yolu: İlacın Adı: Dozu: Etken Maddesi: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin izlemesi Gerekenler:	Tarih: Hastanın Adı Soyadı: Uygulama Yolu: İlacın Adı: Dozu: Etken Maddesi: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin izlemesi Gerekenler:
<b>İlaç Kartı</b>	<b>İlaç Kartı</b>
Tarih: Hastanın Adı Soyadı: Uygulama Yolu: İlacın Adı: Dozu: Etken Maddesi: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin izlemesi Gerekenler:	Tarih: Hastanın Adı Soyadı: Uygulama Yolu: İlacın Adı: Dozu: Etken Maddesi: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin izlemesi Gerekenler: