

Görüşme Tarihi:
Öğrencinin Adı- Soyadı:

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

1. TANITICI BİLGİLER

Adı-Soyadı : EŞİNİN
Yaşı : Yaşı :
Eğitimi : Eğitim düzeyi :
Mesleği : Mesleği :
Sağlık Güvencesi : Kan grubu :
Aile Tipi : Sağlık Problemleri :
Evlilik süresi : Gebeliğe Karşı Tutumu:
Gelir Düzeyi :
Kan grubu :
Eşi ile Akrabalık Durumu: () yok () 1. derece () 2. Derece
Medeni Durumu :
Evlilik Süresi :

2. GEÇMİŞ TIBBİ ve OBSTETRİK ÖYKÜ

A) GEBE VE AİLESİNİN GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ

Bu problemler varsa, açıklamasını yazınız/problem yoksa ilgili sütunu boş bırakınız)

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 ().....
Konjenitalhastalık&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 ().....
Çoğul doğumlar	: E () H ()	E () H ().....
Hastaneye yatma	: E () H ()	E () H ().....
Ameliyat	: E () H ()	E () H ()
İlaç kullanma	: E () H ()	E () H ().....
Diğer	:

B) GEÇMİŞ OBSTETRİK ÖYKÜ

Gebelik Sayısı: Para :
Abortus : Yaşayan :
Küretaj : Ölü doğum :

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

Önceki Gebeliklerde Doğum Öncesi Kontrollere Gitme Durumu

Gitme sıklığı : () Düzenli () Düzensiz
Kontrollerin nerede yapıldığı : () Hastane () ASM
Kontrollerin kim tarafından yapıldığı: () Ebe () Hekim
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.....
Gestasyonel Diyabet : () Hayır () Evet.....
Rh uyumsuzluğu : () 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
Çoğul doğum : () 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 : () Hayır () Evet.....

Siklusun Özelliği

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

Önceden Kullanılan Kontraseptif Yöntemler

Kullandığı yöntem	Kullanma Süresi	Bırakma Nedeni
1		
2		
3		
4		
5		

3. ŞİMDİKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ

SAT :

TDT :

Şu andaki Gebelik Haftası :

Şu anki gebeliğinizde ortaya çıkan ya da mevcut herhangi bir hastalığınız var mı?

() Hayır () Evet (Adını yazınız).....

SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

A) Sağlık Algısı ve Sağlık Yönetimi

Gebeliğiniz süresince bugüne kadar sağlık kuruluşuna/sağlık personeline gittiniz mi?

() Hayır () Evet (Açıklayınız.....)

Gebeliğinizin kaçınıcı ayında gittiniz?.....

Sigara kullanıyor musunuz? () Hayır () Evet (miktar,süre.....)

Alkol kullanıyor musunuz? () Hayır () Evet (miktar,süre.....)

Alerjiniz var mı? () Hayır () Evet (Belirtiniz.....)

Pika alışkanlığınız var mı? () Hayır () Evet (Belirtiniz.....)

Gebeliğinizde tetanos aşısı yaptırdınız mı? () Hayır () Evet

Gebeliğinizde başka aşı yaptırdınız mı? () Hayır () Evet (Belirtiniz.....)

Gebeliğinizin başından itibaren aşağıdaki herhangi bir faktör ya da ajana maruz kaldınız mı?

- Viral enfeksiyonlar (sifiliz, cytomegalovirüs, rubella, toksoplazma, herpes simpleks tipII,)
 Radyasyon/x-ray
 Havayı yada suyu kirleten kimyasal madde
 İlaç kullanma
 Cerrahi girişim
 Diğer (Açıklayınız

Gebelikte tehlike belirtileri konusunda bilginiz var mı?

- Hayır Evet (Açıklayınız

B) Beslenme ve Metabolizma Fonksiyonu

Gebelik öncesi kilo/ boy..... Şu andaki kilo..... BKİ:.....

Bir gün boyunca yediğiniz yemekler aşağıdaki besin gruplarını içeriyor mu?

- Süt ve süt ürünleri Kurubaklagiller Ekmek ve tahıl grubu
 Meyve ve sebze Et ve et ürünleri Diğer.....

Günlük ne kadar sıvı alıyorsunuz? (.....bardak/gün)

Aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşıyor musunuz?

- Bulantı İştahsızlık Diş eti kanaması
 Kusma Hazımsızlık Diş çürüğü
 Mide yanması Mide ağrısı Aşerme
 Diğer (Açıklayınız

Aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı/ yaşıyor musunuz?

- Saç yapısında değişme Kepeklenme Deride kaşıntı
 Tırnaklarda kırılma Tırnak şeklinde değişim Lezyon
 Benlerin görünümünde değişim Siyanoz Diğer (açıklayınız

OGTT Sonucu:

Tiroid Muayenesi Değerlendirmesi:

C) Boşaltım Fonksiyonu

Barsak Boşaltımı

Boşaltım alışkanlığı:

Aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşıyor musunuz?

- Konstipasyon Hemoroid Gaz
 Rektal kanama Karın ağrısı Diğer (.....)

Üriner Boşaltım

İdrar Analizi

Dansite :PH:.....Dansite:.....
Eritrosit:.....Lokosit:.....Keton:.....
Glikoz:.....

Günlük idrar miktarı, özelliği:

Üriner boşaltım ile ilgili aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşıyor musunuz?

- İdrar yaparken yanma Sık idrar yapma İdrarda koku
 Diğer, (Açıklayınız.....)

D) Aktivite Egzersiz Fonksiyonu

Tansiyon :
Ateş :
Nabız :
Solunum :

Kan Analizi

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

Gebeliğiniz çalışma yaşantınızı/ev hayatınızı olumsuz etkiliyor mu?

- Hayır Evet (Açıklayınız.....)

Gebelik sırasında aktivitenizde herhangi bir değişiklik oldu mu?

- Hayır Evet (Açıklayınız.....)

Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

- Hayır Evet (Açıklayınız.....)

Aşağıda belirtilen sorunlardan herhangi biri var mı?

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

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

E) Uyku ve Dinlenme Fonksiyonu

Günde kaç saat uyuyorsunuz?.....

Gece uyuduktan sonra kendinizi nasıl hissediyorsunuz?.....

Gebeliğinizde uyku alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?

() Hayır () Evet (Açıklayınız.....)

Uyku ve gevşeme yöntemleriniz nedir? (Açıklayınız.....)

Uyku probleminiz oluyor mu?

() Hayır () Uykuya dalmada zorluk () Sürekli uyku hali

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

F) Biliş ve Algıma Fonksiyonu

Göz muayenesi: Görme sorunu : () Yok () Var.....

Göz kapaklarında ödem: () Yok () Var.....

Konjiktivada solukluk : () Yok () Var.....

Gebelik süresince sağlığınıza korumak ve geliştirmek için bilmek istediğiniz herhangi bir konu var mı?

Konular	Hayır	Evet
Ebeveynlik rolüne geçiş ve uyum	()	()
Trimestirlere göre fetal büyüme ve gelişme	()	()
Fetüs için çevresel tehlikeler	()	()
Gebelikte fiziksel değişimler	()	()
Gebelikte duygusal değişiklikler	()	()
Beslenme gereksinimi	()	()
Gebelikte öz bakım (hijyen,cinsellik, istirahat, sık görülen rahatsızlıklar vb.)	()	()
Gebelikte egzersiz	()	()
Gebelikte Tehlike Belirtileri	()	()
Doğum ve doğuma hazırlık	()	()
Emzirme danışmanlığı	()	()
Yenidoğanın bakımı	()	()
Doğum sonrası Annenin kendi bakımı	()	()
Doğum sonrası kontrasepsiyon	()	()
Diğer,açıklayınız.....		

G) Benlik Kavramı

Genel olarak gebeliğiniz ile ilgili duygularınız nedir?

Aileniz ve yakın çevrenizdeki kişilerin gebeliğinizle ilgili duyguları nedir? (eş, çocuklar, aile üyeleri)

Gebeliğinizde vücudunuzda meydana gelen fiziksel değişikliklere karşı tepkinizi nasıl tanımlarsınız?

Olumlu Olumsuz

Gebelik sırasında kişilik özellerinizin değiştiğini düşünüyor musunuz?

Hayır Evet, (Açıklayınız.....)

H) Rol ve İlişki Fonksiyonu

Bu gebeliği istediniz mi? Hayır Evet

Bu gebeliği planladınız mı? Hayır Evet

Kendinizi ebeveynlik rolüne hazır hissediyor musunuz? Hayır Evet

Çevrenizde bir ebeveyn olarak rol modeli aldığımız kimler var?

Ebeveynlik rolünü üstlenme yaşantınızda nasıl bir değişim yarattı?

Gebelik eşinizle ve çocuklarınızla ilişkilerinizi nasıl etkiledi?

Gebelik sosyal yaşamınızı ve ilişkilerinizi nasıl etkiledi?

I) Cinsellik Fonksiyonu

Genel olarak cinsel yaşamını değerlendirme durumu:

Gebelikte cinsel yaşamınızda değişiklik oldu mu?

Hayır Evet (Açıklayınız.....)

Cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir sorunuz var mı?

Hayır Evet (Açıklayınız.....)

Gebelikte cinsellik hakkında ne bilmek istersiniz?

Aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşıyor musunuz?

Üreme organları ve kasıklarda ağrı

Üreme organlarında kaşıntı

Anormal vajinal akıntı (sarı / yeşil renkte, çok ve kötü kokulu)

Vajinal kanama

Cinsel ilişki sırasında sorun (ağrı, kanama, korku vb)

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.....) |

USG Sonucu :

NST Sonucu :

J) Stres ve Baş Etme Fonksiyonu

Kendiniz ve bebeğinizle ilgili sizi endişelendiren bir şey var mı?

- () Hayır () Evet (Açıklayınız.....)

Gebeliğiniz süresince herhangi bir yaşam değişikliği oldu mu? (çevre değişikliği, işten ayrılma vb.)

Gebeliğiniz sırasında sizi etkileyecek önemli bir kayıp yaşadınız mı?

- () Hayır () Evet (Açıklayınız.....)

Sıkıntılı olduğunuz zaman genellikle ne yaparsınız?

Herhangi bir probleminiz olduğunda çevrenizde yardım alabileceğiniz birileri var mı?

Gebeliğiniz ile ilgili yaşadığınız endişeleri en fazla kiminle konuşuyorsunuz?

K) Deęerler ve İnançlar

Gelenekleriniz/ kültürünüz ve inançlarınıza göre gebelik/doğum/lohusalık döneminde yapmanız gereken davranışlar var mı?

() Hayır () Evet (*Açıklayınız.....*)

EBENİN DİĞER GÖZLEM VE NOTLARI:

SAPTANAN SORUNLAR	NEDENİ (Etyolojisi)	AMAÇ	PLANLANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA		DEĞERLENDİRME
				EVET	HAYIR	

Öğrencinin Adı/Soyadı:

Sınıfı:

Tarih:

--	--	--	--	--	--	--