

BAKIM PLANI HAZIRLANMASI

- Gebe hastalarda bakım planı hazırlayacak öğrenciler; bakım planı formu, tanılama formu, gebe izlem formunu dolduracaktır.
- Doğumhane biriminde staj yapan öğrenciler; bakım planı formu, tanılama formu, doğum eylemi izlem formu, doğum öncesi muayene formu, epizyotomi izlem formunu dolduracaktır.
- Doğum sonu kliniklerde staj yapan öğrenciler; bakım planı formu, tanılama formu, postpartum ve yenidoğan izlem formunu dolduracaktır.
- Gebe olmayan diğer hastalarda bakım planı hazırlayacak öğrenciler; tanılama formu, Kadın hasta değerlendirme formunu dolduracaktır.

GİBTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
HASTA BAKIM PLANI TANILAMA ve DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı, Numarası:

Değerlendirme Tarihi:

HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Hastanın Adı Soyadı :	Yattığı Klinik :
	Yatış Tarihi :
	Hastanın tıbbi tanısı:
HASTANIN ÖYKÜSÜ	
Hastaya Ait Hekim İstemi ve Hastanın sürekli kullandığı ilaçları:	



T.C.
GAZİANTEP İSLAM BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM EYLEMİ SÜRECİ VE YENİDOĞAN İZLEM FORMU

Adı-Soyadı	
Yaşı	
Eşinin Adı Soyadı	
SGK	
Aile Hekimi	
Eğitim Durumu (kendisi ve eşinin)	
Mesleği (kendisi ve eşinin)	
Kaçıncı doğumu	
Kan grubu (kendisi ve eşinin)	
Eşlerarası akrabalık durumu	
Boyu/Kilosu/ BKI/ Aldığı Toplam Kilo	
G/ P/ A/ Y	
SAT/ tahmini doğum tarihi	
Gebelik haftası	
Bir önceki gebelik ve ya doğuma ilişkin bilgi	
Geleneksel uygulamalar	

DOĞUMUN I. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR

Kontraksiyonların başlama tarihi ve saati	
Poş	
Amniotik sıvının özelliği	
Kanama kontrolü	
Show (nişane)	
Leopold manevraları	
Fundus yüksekliği	
Fetüsün pozisyonu	
Fetüsün prezentasyonu	
Angajman	
Doğum ağrılarıyla baş etme durumu	

Perine temizliği ve vulvanın hazırlanması					
Kişisel hijyen gereksinimi					
Mesane kontrolü					
Barsak kontrolü ve lavman					
İntravenöz sıvılar					
Pozisyon verme					
Emosyonel durum					
Birinci devreyle ilgili etik problemler					
ÇKS.....	() Normal () Bradikardi () Taşikardi				
Annenin Vital Bulguları: TA: Nabız: Ateş: Solunum: Saat:					
Kontraksiyon Takibi					
Süre	Sıklık	Şiddet	Özellik	Normal Hipotonik Hipertonik Yalancı Doğ.Ağ.	Silinme- Dilatasyon

DOĞUMUN II. EVRESİNDE YAPILAN EBELİK UYGULAMALARI

İkinci evrenin başlama saati	
İkinci evrenin başladığını gösteren işaretler	
Annenin masaya alınması pozisyon verme	
Doğuma ilişkin açıklamalar	
İkinci evrenin egzersizlerinin yaptırılması	
Perine temizliği	
Araç-gereçlerinin hazırlığının kontrolü	
Bebeğin doğumundan sonra gereken malzemelerin hazırlanması	
Bebek başının doğumundan sonra solunum yollarının açıklığının sağlanması	
Göbek kordonunun klemlenmesi ve kesilmesi	
Anne bebek ilişkisinin başlatılması	
İkinci evrenin bitiş saati	
İkinci evreye ilişkin etik durumlar	

DOĞUMUN III. EVRESİNDE YAPILAN EBELİK UYGULAMALARI

Plasentanın ayrıldığını gösteren işaretler	
Plasentanın doğumu ve kontrolü	
Umbilikal kordun kontrolü	
Fundus kontrolü ve masajı	
Kanama kontrolü	
Perine temizliği	
Perinenin tamirinde yardım	

YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

APKAR SKORU	
1.dk	
5.dk	
Aspirasyon ve oksijen verilmesi	
Umbilikal kord bakımı	
Göz bakımı	
Boy/Kilo tayini	
Baş/Göğüs çevresi	
Fontanelerin değerlendirilmesi	
Bebeğin giydirilmesi ve vücut ısısının kontrolü	
Yaşam bulgularının kontrolü	
Erken beslenmenin sağlanması	

DOĞUMUN IV. EVRESİNDE YAPILAN EBELİK UYGULAMALARI

Perinenin kurulanıp steril ped konulması	
Annenin odaya alınması	
Üşümenin engellenmesi	
Yaşam bulgularının kontrolü: TA: Nabız: Ateş: Solunum: Saat:	
Fundus kontrolü ve masajı	
Kanama takibi/ ped kontrolü	
Ağızdan bol sıvı verilmesi	
Dinlenmenin sağlanması	
Ağrı için uygulamalar ve gerektiğinde analjezik verilmesi	
Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

POSTPARTUM DÖNEMDE YAPILAN EBELİK UYGULAMALARI

Yaşam bulgularının: TA: Saat:	Nabız:	Ateş:	Solunum:
Uterus involüsyonu			
Kanama kontrolü fundus masajı			
Loşanın özellikleri			
Perine temizliği			
Meme bakımı ve muayenesi			
Üriner sistemin değerlendirilmesi			
GİS değerlendirilmesi			
Beslenme			
Uyku, dinlenme			
Doğum sonu ambulasyon ve egzersizler			
Psikolojik değişimler			
Eğitim Gereksinimleri			
Bu dönemle ilgili yaşanan etik Problemler			

GÖZLEM VE YORUMLAR:



T.C.
GAZİANTEP İSLAM BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ MUAYENE FORMU

-Adı Soyadı	
Yaşı	
Boy/Kilosu/ BKİ/ Aldığı Toplam Kilo	
SGK	
Aile Hekimi	
Son Adet Tarihi	
Tahmini Doğumu Tarihi	

Vital Bulguları: TA: (140/90 altında olması)

N:

A:

S:

Abdominal Muayene:

Manevraları		
I. Leopold Manevrası		
Fundus Yüksekliği	... Hafta	
II. Leopold Manevrası		
Pozisyon	D1	
	D2	
Situs	Transfers	
	Longitudinal	
	Oblik	
III. Leopold Manevrası		
Önde Gelen Kısım (Prezentasyon)	Baş	
	Makad	
IV. Leopold Manevrası		
V. Leopold Manevrası		
Karın Çevresi (110 cm üstünde?)		

Vajinal Muayene:

Dış Genital Organlar	
Vajinal Durum	
Vajinal Akıntı Durumu	
Kollum Durumu	
Konjugata diogonalis	Ulaşılamadı () Ulaşıldı/ cm
Servikal Dilatasyon	
Efasman	
Amniotik Mayi ve Rengi	
Godell belirtisi	
Hegar belirtisi	
Chadwick belirtisi	
Ballotman (iç/dış)belirtisi	
ÇKS	

Anormal Bulgular İle İlgili Detaylar	Yapılanlar / Öneriler



T.C.
GAZİANTEP İSLAM BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ
EPİZYOTOMİ İZLEM FORMU

İzlem tarihi :
İzlem saati :

ANNENİN:

Adı-Soyadı	
Yaşı	
Eşinin Adı Soyadı	
SGK	
Aile Hekimi	
Eğitim Durumu (kendisi ve eşinin)	
Mesleği (kendisi ve eşinin)	
Kaçıncı doğumu	
Daha önceki doğumlarında epizyotomi var mı? Açıklayınız	
Daha önceki doğumlarında yırtık oluşmuş mu? Yırtık varsa kaçınıcı derecede	() Evet () Hayır
Epizyotomi yapılma nedeni (endikasyonu)	
Epizyotominin çeşidi	() Median () Lateral () Medio-Lateral
Epizyotominin zamanı	
Epizyotomi açılışında ve onarımında anestezi kullanıldı mı?	
Lokal anestezi kullanıldıysa ne yapıldı?	
Epizyotomi tamiri nasıl yapıldı?	
Stur atmada kullanılan iplik çeşidi	
İlk 1-4 saat içinde yaptığınız epizyotomi takibi	
Evde epizyotomi bakımı hakkında verilen eğitimler	



T.C.
GAZİANTEP İSLAM BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ
GEBE İZLEM FORMU

Adı-Soyadı			
Yaşı			
Eğitim durumu			
Meslek (kendi ve eşi)			
Son adet tarihi/ Muhtemel doğum tarihi			
Gebelik haftası			
Kan Grubu /Rh faktörü (kendi ve eşi)			
Eşinde genetik hastalık varlığı			
Gebelik öncesi Ağırlık: Şuan ki Ağırlık:	Boy:	Gebelik öncesi BKİ:	Gebelikte alınan toplam kilo:

Özgeçmiş

Kalp Hast.	Renal Hast.	Epilepsi	Allerji	Sigara içme
Diabetes Mellitus	Psikiyatrik Hast.	Anemi	Operasyon	Alkol Kull.
Akc. Hast.	Jinekolojik Hast.	Tbc	Hipertansiyon	Diğer

Doğurganlık Öyküsü (Önceki Gebelikleri)

Gravida	Matür	Abortus sayısı	Ölü doğum	Konjenital anomali
Primigravida	Prematür eylem	Kürtaj sayısı	Doğum şekli	Gebelik kompl
Multigravida	Postmatür eylem	Yaşayan çocuk	Doğum süresi	Çoğul gebelik

Hayati Bulgular

T.A.								
Nb								
Solunum								
Ateş								

Fizik Muayene:

Notlar:

Notlar:

Göz:	Boğaz:
Diş:	Kalp:
Deri:	Akciğer:
Meme:	Böbrek:
Meme ucu:	Ciltteki değişiklikler
Fundus yüksekliği:	Süt ve süt ürünleri tüketimi
Pozisyon:	8 bardak su:
Prezentasyon:	Varis varlığı
ÇKS	Ödem varlığı
Fetal Hareketler:	Gebeliğini isteme:
Kanama:	Anksiyete:
Guatr var mı?	Diğer:

Fizyolojik Değişimlere Bağlı Sık Gelişen Rahatsızlıklar

Fizyolojik değişikliklere ilişkin sorunlar	Evet, var (Trimestr)	Sorunlara ilişkin öneriler / yapılanlar
Bulantı	I. II. III.	
Kusma	I. II. III.	
Burun tıkanıklığı	I. II. III.	
Burun kanaması	I. II. III.	
Yorgunluk	I. II. III.	
Sık İdrara Çıkma	I. II. III.	
Göğüslerde hassasiyet	I. II. III.	
Mide yanması	I. II. III.	
Konstipasyon	I. II. III.	
Kas krampları	I. II. III.	
Varikoz venler	I. II. III.	
Nefes darlığı	I. II. III.	
Ayaklarda Ödem	I. II. III.	
Üriner sis. enf.	I. II. III.	
Genital sis. Enf.	I. II. III.	
Sırt ağrısı	I. II. III.	
Baş Ağrısı	I. II. III.	
Hemoroid	I. II. III.	
Pityalizm	I. II. III.	
NST	I. II. III.	
Pika	I. II. III.	

Laboratuvar Tahlil Sonuçları

İdrarda:		Kanda:	
Renk		A.K.Ş.	
Albümin		Lökosit	
Glikoz		Eritrosit	
Sedimantasyon		Hemoglobin	
pH		Hematokrit	
Protein			

Vaginal Smear tetkiki:.....

Diğer testler

T.O.R.C.H.(Toksoplazma, Rubella, Sitomegalovirüs (CMV), Herpes Simpleks Virüs)

Sifiliz testi

HIV

Hepatit B virüsü taraması

Chlamydia taraması

Bakteriüri aranması

Afp taraması

Glukoz tolerans testi

idrarda keton

İkili ve üçlü tarama testleri

Amniosentez

GEBENİN FİZİKSEL BAKIM İHTİYACI

Çalışma hayatı:		
Beslenme ve diyet :		
Deri hijyeni/ Banyo:		
Meme bakımı:		
Emzirme eğitimi:		
Diş bakımı:		
Dinlenme ve uyku:		
Giyimi :		
Seyahat:		
Cinsel ilişki:		
Kötü alışkanlıkları:		
Ekzersiz ve aktivite:		
Doğum hazırlığı:		
Tetanoz aşısı yapma durumu		
Doz Sayısı	Uygulama Zamanı	Koruma Süresi
Tetanoz 1	Gebeliğin 4. ayında	Yok
Tetanoz 2	Tetanoz 1'den en az 4 haft.sonra	1-3 yıl
Tetanoz 3	Tetanoz 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
Tetanoz 4	Tetanoz 3'ten en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
Tetanoz 5	Tetanoz 4'ten en az bir yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca
Başka herhangi bir aşı yaptırma durumu		
Doğum öncesi eğitim ihtiyacı		
Destek sistemleri		
Yaşam koşulları		
Diğer :		

İlaç Alımı (SAT'den itibaren)	Doz	Başlangıç	Son
Vitaminler			
Demir ilacı			
Diğer			

Anormal Bulgular İle İlgili Detaylar	Yapılanlar / Öneriler

**GİBTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ RİSKLİ GEBELİK
VE BAKIM DERSİ KLİNİK UYGULAMA VERİ TOPLAMA FORMU**

A-TANITICI BİLGİLER

Adı-Soyadı: **Görüşme tarihi:**
Yaşı: **Hastaneye Yatış tarihi:**
Eğitimi: **Evlilik süresi:**
Eşinin eğitimi: **Ebe:**
Kan grubu: **Tıbbı tanı:**

B-GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

Mevcut sağlık sorununun ortaya çıkışı ve tedavi süreci ile ilgili öyküsü (Hasta, hasta dosyası vb.)

Aldığı Tedavi	Beklenen Etkiler	Yan etkiler

Geçmiş Tıbbi öyküsü

<input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon
<input type="checkbox"/> Diyabet	<input type="checkbox"/> Diğer

Obstetrik Öykü: G P A Y

Önceden Geçirdi Jinekolojik Operasyonlar / Girişimler. Açıklayınız.	
<input type="checkbox"/> Tupligasyon.....	<input type="checkbox"/> Cryo.....
<input type="checkbox"/> Histerektomi.....	<input type="checkbox"/> Sezeryan.....
<input type="checkbox"/> Ooferektomi.....	<input type="checkbox"/> Koterizasyon.....
<input type="checkbox"/> Laparoskopi.....	<input type="checkbox"/> Diğer.....

Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanıyor musunuz?	
<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (Açıklayınız).....
Kullandığımız bu yöntemler ilgili herhangi bir problem yaşıyor musunuz?	
<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (Açıklayınız).....

Sağlık Davranışları	Evet	Hayır
Pap smear	()	()
Kendi Kendine Meme Muayenesi	()	()
Kendi Kendine Vulva Muayenesi	()	()
Mamografi	()	()

Sağlığınızı Etkileyen Olumsuz Alışkanlıklarınız
Sigara () Alkol () Diyet () Diğer ()
Herhangi bir maddeye (ilaç, besin polen vb.) karşı alerjiniz var mı?
() Hayır () Evet (Açıklayınız.).....

C-FİZİKSEL MUAYENE

Yaşam Bulguları

Ateş:

Nabız:

Solunum:

Kan Basıncı:

Memeler

Görünüm	() Simetrik () Asimetrik
Nodül	() Var () Yok

Menarş Yaşı	
Menstrual Siklus	Süresive Sıklığı :
Menstruasyonda kullandığınız ped özellikleri	
Menstruasyonda kullandığınız pedi değiştirme sıklığınız:	
Menstruasyon sırasında hijyen ve banyo alışkanlığınız:	
Menstruasyon sırasında cinsel ilişki:	
Taharetlenme Şekliniz:	

Menopoz Yaşınız:	
Menopozal dönemde yaşadığınız Fiziksel değişiklikler/sorunlar:	
Menopozal dönemde yaşadığınız psikososyal değişiklikler/sorunlar:	

Son bir yıldır üreme sağlığı ile ilgili olarak aşağıdaki yakınmaları yaşama durumunuzu ve yakınmanın süresini belirtiniz.

		Açıklama			Açıklama
<input type="checkbox"/>	Yakınma Yaşamıyorum		<input type="checkbox"/>	Cinsel İlişki Sırasında Ağrı	
<input type="checkbox"/>	Perine Bölgesinde Lezyon / Kitle		<input type="checkbox"/>	Vajinismus	
<input type="checkbox"/>	Perine Bölgesinde Kaşıntı		<input type="checkbox"/>	Cinsel İstekte Azalma	
<input type="checkbox"/>	Anormal Akıntı		<input type="checkbox"/>	Post koital kanama / ağrı	
<input type="checkbox"/>	Pelvik İnflamatuvar Hastalık		<input type="checkbox"/>	İnfertilite	
<input type="checkbox"/>	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon		<input type="checkbox"/>	Prementruel Şikayetler	
<input type="checkbox"/>	Menopoza bağlı vazomotor Şikayetler		<input type="checkbox"/>	Dismenore	
<input type="checkbox"/>	Osteoporoz		<input type="checkbox"/>	Metroraji	
<input type="checkbox"/>	Postmenopozal Kanama		<input type="checkbox"/>	Menoraji/Hipermenore	
<input type="checkbox"/>	İnkontinans		<input type="checkbox"/>	Oligomenore	
<input type="checkbox"/>	Desensus-prolapsusa bağlı şikayetler		<input type="checkbox"/>	Polimenore	
<input type="checkbox"/>	Pelvik Ağrı		<input type="checkbox"/>	Hipomenore	

Beslenme Durumu

Kilo:.....	Boy:.....	BKİ:.....
Günlük yaşamınızda 1 günde kaç öğün beslenirsiniz?		
Hastalığınız /sağlık sorunuz nedeniyle beslenmenizde herhangi bir değişiklik/sorun oldu mu?		
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Nedenini açıklayınız).....		

Üriner boşaltımla ilgili aşağıdaki yakınmaları yaşama durumunuzu ve yakınmanın süresini belirtiniz.

<input type="checkbox"/> Ağrı.....	<input type="checkbox"/> Güçlük.....
<input type="checkbox"/> Yanma	<input type="checkbox"/> Damla damla idrar
<input type="checkbox"/> İdrarı tutamama.....	<input type="checkbox"/> Gece idrara çıkma.....
<input type="checkbox"/> Sık idrara çıkma.....	<input type="checkbox"/> İdrarda bulanıklık.....
<input type="checkbox"/> İdrar kokusunda değişim.....	<input type="checkbox"/> Diğer.....
<input type="checkbox"/> Hematüri.....	

Barsak boşaltımıyla ilgili olarak aşağıdaki yakınmaları yaşama durumunuzu ve yakınmanın süresini belirtiniz.

<input type="checkbox"/> yakınma yaşamıyor.....	<input type="checkbox"/> karında kramp.....
<input type="checkbox"/> bağırsakta parazit.....	<input type="checkbox"/> aşırı barsak gazı.....
<input type="checkbox"/> rektumda kanama.....	<input type="checkbox"/> kabızlık.....
<input type="checkbox"/> ishal.....	<input type="checkbox"/> Diğer

Uyku / Dinlenme

Günde kaç saat uyursunuz?.....	
Uykudan sonra kendinizi iyi dinlenmiş olarak hissediyor musunuz?	
<input type="checkbox"/> Hayır nedenini açıklayınız.....	<input type="checkbox"/> Evet

Alt Ekstremiteler

	Sağ Bacak		Sol Bacak	
Tromboflebit Belirtisi	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Ödem	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Varis	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok

Laboratuar bulguları

Tarih	Hemoglobin	Kan elektrolitleri	İdrar ve gaita ile ilgili laboratuar sonuçları

Ebenin Gözlem ve Yorumları:



RİSKLİ GEBELİKLER ve BAKIM DERSİ UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU

A- PROFESYONEL DAVRANIŞLAR(Her madde 5 puan üzerinden değerlendirilecek)	30
Uygulamaya devam etme ve çalışma saatlerine uyma	
Kişisel görünüm, üniforma düzeni	
Karar verme yeteneği	
Eleştirilere karşı tutumu	
Eksikleri fark etme	
Hatalarını düzeltmek için çaba gösterme	
B- KİŞİLERARASI İLİŞKİLER(Her madde 4 puan üzerinden değerlendirilecek)	12
Bakım verdiği hasta/sağlıklı birey ve ailesi ile sağlıklı ve güven verici ilişki kurma	
Sağlık ekibi üyeleri ile uyumlu ve saygılı ilişki kurma	
Eğitmcilerle sağlıklı ilişki kurma	
C- SAĞLIK EĞİTİMİ VE ARAŞTIRMA (Her madde 3 puan üzerinden değerlendirilecek)	9
Bakım verdiği birey ve ailesinin sağlık eğitimi gereksinimlerini belirleme	
Sağlık eğitimi planlama, uygulama	
Sağlık eğitiminde uygun teknik ve araçları kullanabilme	
D- UYGULAMA BECERİLERİ (Her madde 7 puan üzerinden değerlendirilecek)	49
(Ders için gerekli olan uygulamaları yapma becerisi)	
Yaşam bulgularını değerlendirme	
Güvenli ilaç hazırlama ve uygulama	
Kliniğe özgü bakım uygulamalarını yapabilme	
Kliniğe özgü tedavi uygulamalarını yapabilme	
Hasta takibi yapabilme	
Hastaya gerekli eğitimi verebilme	
Verilen sorumlulukları yapabilme becerisi	
TOPLAM PUAN	

Klinik Eğiticinin Adı-Soyadı:

Öğrencinin Adı-Soyadı:

Tarih:

Öğrenci Numarası:



T.C.
GAZİANTEP İSLAM BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ

NORMAL POSTPARTUM DÖNEMİ KADIN İZLEM FORMU

Adı-Soyadı:	Doğum yaptığı tarih:
Yaşı:	Doğum yaptığı saat:
Kan Grubu:	G: P: A: Y: D&C:

Hayati Bulgular

T.A.					
Nb					
Solunum					
Ateş					

Uterusun İnvölüsyon Değerlendirilmesi

Doğumdan hemen sonra	
Doğumdan 6 saat sonra	
1. gün	
3. gün	

Loşia Özellikleri:

	Loşia Rubra/Cruenta	Loşia Seroza	Loşia Alba
Az miktar			
Orta miktar			
Çok miktar			

Perineal /İnsizyon Bölgesi

Kanama kontrolü	
Hematom Durumu	
Epizyotomi/insizyon	Normal () Bozulmamış () Kuru ()
Ekimoz	
Ödem	
Konjesyon	
Perine Bakımı	
Hemoroid Durumu	

Diğer

Fundus Masajı	
Üriner Sistem Değerlendirilmesi/	



T.C.
GAZİANTEP İSLAM BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ

İlk Miksiyon	
Defekasyon Durumu	
Meme bakımı ve muayenesi	Memeler Yumuşak () Kızarıklık () Engeçlenme () Hassas/ağrılı () Küçük () Büyük () Meme Ucu Çatlak () Normal () Büyük () Küçük () İçe çökük () Dışa çıkık () Düz ()
Emzirme eğitimi	
Doğum sonu ambulasyon	
Doğum sonu egzersizleri	
Psikolojik Durum	
Beslenme Durumu	
Uyku ve Dinlenme	
Vücut Bakımı ve Banyosu	
Cinsellik eğitimi	
Aile planlaması eğitimi	
Eğitim ihtiyacı	

Tromboflebitis Tanılaması

Renk değişikliği (color)	Ödem (tumor)	Lokal ısı farklılığı	Varis	Eritem (rubor)	Hassasiyet	Ağrı (dolor)

Yapılanlar (Human's bulgusu + ise):

HASTA BAKIM PLANI

Hastanın Adı-Soyadı:

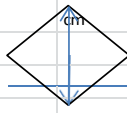
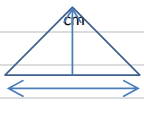
Tarih :

Klinik:

Konulan Tanı	Tanıyı Destekleyici Bulgular	Hedefler/ Beklenen Hasta Sonucu	Girişimler / Uygulama	Değerlendirme
Tanı:	Etiyolojik Faktörler: Belirti ve Bulgular:			



T.C.
GAZİANTEP İSLAM BİLİM
VE TEKNOLOJİ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ
YENİDOĞAN İZLEM FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı:		Tarih :	
Hastane		Protokol no :	
ANNEYE İLİŞKİN BİLGİLER			
Annenin Adı Soyadı :			
Gebelik Sayısı : Doğum Sayısı : Abortus : Yaşayan Çocuk Sayısı :			
Doğum Şekli : () Vaginal () Vakum () Sezaryen/Endikasyonu belirtiniz			
DOĞUMA İLİŞKİN BİLGİLER			
• Doğuma ilişkin Problem Gözlendi mi ? : () Hayır () Evet ise			
() Kordon Komplikasyonu () Plasente Anomalisi () Doğum Travması			
• Bebeğe Ait Anomali → Reanimasyon : () Gerekti () Geremedi			
• Doğumun Günü : Saati :			
YENİDOĞANIN RİSK FAKTÖRÜ :			
YENİDOĞAN'A AİT BİLGİLER		APGAR 1.Dakika 5.Dakika	
Cinsiyeti (Tek, ikiz...) (Kız) () Erkek		Solunum :
1- Boyu..... cm	5- Beden Isısı °C	Kalp Atımı :
2- Kilo..... gr	6- Baş Çevresi cm	Refleks :
3- Nabız Sayısı..... /dk	7- Göğüs Çevresi..... cm	Rengi :
4- Solunum Sayısı..... /dk		Kas Tonüsü :
I.YENİDOĞANIN REFLEKSLERİ (+, - olarak belirtiniz)			
1-Moro ()	3-Arama ()	5-Yakalama ()	7- Emikleme ()
2-Tonik -Boyun ()	4-Emme ()	6-Adım Atma ()	8- Babinski ()
II.YENİDOĞANIN FİZİK MUAYENESİ			
ÇİLT : () Normal () Verniks Kazeosa () Lanugo () Ekimoz () Peteşi () Milia () Mongol Lekesi () Akrosiyanoz () Eritema Toksikum () Diğer			
BAŞ : () Normal () Sefal Hematom () Kaput Suksadenum			
			() Normal () Normal () Çökme () Çökme () Bombeleşme () Bombeleşme
			
() Makrosefali () Mikrocefali () Diğeri			
GÖZ : () Normal () Konjiktivit () Ödem () Akıntı () Subkonjektival Kanama () Diğer.....			
KULAK : () Normal () Göz Hizasında () Ödem () Akıntı () Diğer.....			
BURUN : Burun deliklerinin açıklığı Basık burun kökü (Down sendromlu bebek görünümü) Tıkanıklık () Akıntı () Burun kanatlarının solunuma katılması ()			
BOYUN : () Normal () Tortikolis () Kızarıklık () Ekimoz () Hematom () Diğer.....			
AĞIZ : () Normal () Yarık Dudak () Yarık Damak () Kurt Ağız () Pamukçuk () Diğer.....			
GÖĞÜS : () Normal () Şişlik () Dolgunluk () Akıntı Simetri () Diğer.....			
KARIN : () Normal () Göbek Kordununda Enfeksiyon () Göbek Kordununda Kanama () Karın çevresi () Normal () Ödem () Hematom () Döküntü () Diğer.....			
KALÇA : () Normal () Şişlik () Ödem () Hematom () Diğer.....			
ÜREME ORGANLARI () Normal () Akıntı () Fimozis () Testisler Skrotuma İnmiş () Diğer..... () Vaginal akıntı () Labial Ödem			
ANÜS : () Normal () Anal Atrezi () Ödem () Hematom () Diğer.....			
UMBLİKAL KORD () Akıntı () Kızarıklık () Kanama () Isı artışı () Umbilikal herni			
GÖBEK BAKIMI : () Yapılmadı () Yapıldı Yapılma Saati.....			
EK BİLGİLER :			
İzlemi Yapan Öğrencinin Adı Soyadı		İzlem esnasında sorumlu Ebe-Öğr.Gör.Adı Soyadı	
İmza :		İmza :	
Tarih :		Tarih :	

