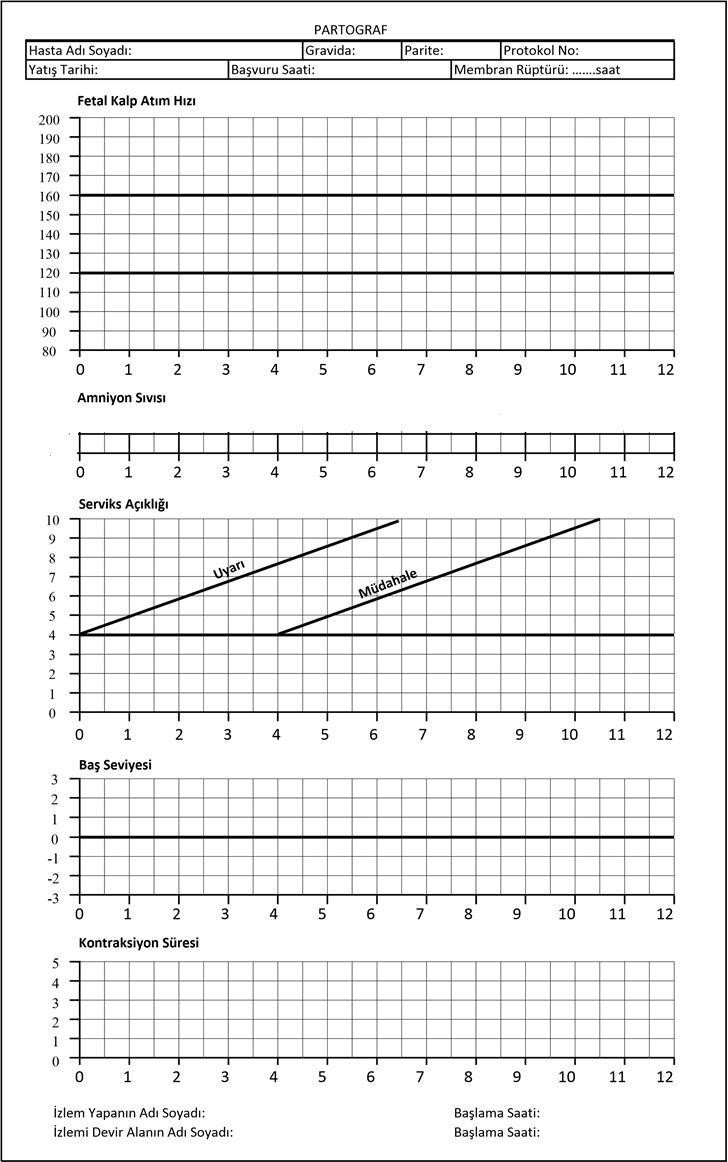
|  |  |
| --- | --- |
| **DOĞUM İZLEM FORMU\***  \*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. | |
| VAKA NO |  |
| Görüşme Tarihi |  |
| Hastaneye Yatış Tarihi |  |
| Tanısı |  |
| 1. **TANITICI BİLGİ** | |
| Adı Soyadı |  |
| Yaşı |  |
| Kilosu |  |
| Kan Grubu |  |
| Eşinin Kan grubu: |  |
| Gebelik Sayısı: |  |
| Canlı Doğum Sayısı: |  |
| Düşük Sayısı: |  |
| Daha önce doğum yapmışsa doğum şekli: |  |
| SAT: |  |
| Gebelik Haftası: |  |
| Gebelikte Kullandığı İlaçlar: |  |
| Gebelikte Geçirdiği Hastalıklar: |  |
| Herhangi bir şeye allerjisi var mı:? |  |
| Dilatasyon: |  |
| Önde Gelen Kısım: |  |
| Amnion Kesesinin Durumu: |  |
| Tansiyon: |  |
| Nabız: |  |
| Ateş: |  |
| Solunum: |  |
| **USG Sonucu:** |  |
| **NST** |  |
| **OCT** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Problemler** | **Gebe** | **Birinci Derece Yakınlar** |
| Hastaneye yatma |  |  |
| Ameliyat |  |  |
| Cinsel yolla bulaşan hastalık |  |  |
| Kalp ve damar hastalıkları |  |  |
| Tüberküloz |  |  |
| Diyabet |  |  |
| Konvülsif hastalıklar |  |  |
| Tiroid problemleri |  |  |
| Psikolojik problemler |  |  |
| Enfeksiyonlar |  |  |
| Hematolojik problemler |  |  |
| Çoğul doğumlar |  |  |
| Konjenital hastalık ve anomali |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **LABORATUVAR BULGULARI** | | | |
| **TARİH** | **KAN** | **İDRAR** | **ULTRASON** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **C-TIBBİ TEDAVİ: (Eylem süresince kullanılan ilaçlar)** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D- EYLEMDEKİ RİSKLİ DURUMLAR** | | |
| **RİSKLİ DURUM** | **VAR** | **YOK** |
| Anormal prezentasyon |  |  |
| Çoğul gebelik |  |  |
| Hidroamnios |  |  |
| Mekonyumlu Amnion mai |  |  |
| Erken membran rüptürü |  |  |
| Ablatio plasenta/plasenta previa |  |  |
| Uzamış eylem |  |  |
| Hızlı doğum eylemi |  |  |
| Ateş |  |  |
| Duygusal/psikolojik problemler |  |  |
| Anormal Kanama |  |  |
| Diğer |  |  |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **E- DOĞUM EYLEMİNDE YAŞANAN PROBLEMLER**  (Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız) | | |
| **YAŞANAN PROBLEM** | **VAR** | **YOK** |
| Hızlı doğum |  |  |
| Zor ve uzun doğum eylemi |  |  |
| Müdahaleli Doğum Eylemi Epizyotomi Forseps/Vakum uygulaması Sezaryen |  |  |
| İri bebek doğumu (4 kg ve üzeri) |  |  |
| Düşük doğum aağırlıklı bebek doğumu |  |  |
| Doğum pozisyonu (Baş, makat, vb.) |  |  |
| Preterm eylem |  |  |
| Postterm eylem |  |  |
| Çoğul doğum |  |  |
| Ölü doğum |  |  |
| Doğum sonrası ölen bebek |  |  |
| Anomaiili/problemli bebek |  |  |
| **Diğer** |  |  |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **F- PLASENTANIN DOĞUM SAATİ** | | |  | |
| **MÜDAHALE VAR MI?** | | | **EVET** | **HAYIR** |
| **FUNDUS** | Kıvamı | **LOŞİA** | Miktar | |
| Seviyesi | Koku | |
| Masaj | Ped sayısı: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **G-YENİDOĞAN** | | | |
| Doğum Tarihi | | Saati: | |
| Cinsiyeti | Kilosu | | Boyu: |
| APGAR (1. Dakika): | | APGAR (5. Dakika): | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **H-APGAR DEĞERLENDİRMESİ** | | | | |
| Solunum | | Kalp Atımı | | |
| Refleksler | Rengi | | Kas Tonusu: | |
| Müdahale var mı? (Aspirasyon vs.): | |  | | |
| Ten tene temas uygulandı mı? | | EVET | | HAYIR |
| HAYIR, ise AÇIKLAYINIZ | |  | | |
| Emzirmeye Başlama Saati | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANNENİN YAŞAM BULGULARI** | | | | |
| **TARİH/SAAT** | **ATEŞ** | **NABIZ** | **SOLUNUM** | **TANSİYON** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  **EBE BAKIM PLANI FORMU** | | | | | |
| **Öğrencinin Adı Soyadı:** |  | | **Bakım Alan Kişinin Adı Soyadı:** | | |
| **Tarih:** |  | |
| **FSÖ** | **Tanı** | **Beklenen Sonuçlar (NOC)** | **Planlanan Ebelik Girişimleri** | **Uygulanan Girişimler (NIC) (+/-)** | **Değerlendirme** |  |
| **ALAN** |  |  |  |  |  |

Sorumlu Öğretim Üyesi/Klinik Sorumlu Ebesi

İmza