|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOĞUM SONU İZLEM FORMU**  \*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. | | | | | | | |
| VAKA NO | |  | | | | | |
| Görüşme Tarihi: | |  | | | | | |
| Hastaneye Yatış Tarihi: | |  | | | | | |
| Tanısı: | |  | | | | | |
| **TANITICI BİLGİ** | | | | | | | |
| Lohusanın Adı Soyadı: | | |  | | Evlilik Süresi |  | |
| Yaşı | | |  | | Aile Tipi |  | |
| Eğitim Durumu | | |  | | Kan Grubu |  | |
| Çalışma Durumu | | |  | | Eşinin Kan grubu |  | |
| Sağlık Güvencesi | | |  | | Rh Uygunsuzluğu | Var ( ) Yok ( ) | |
| Gebelik Sayısı: | | |  | | Yaşayan Çocuk Sayısı: |  | |
| Canlı Doğum Sayısı: | | |  | | Düşük Sayısı: |  | |
| D&C : | | |  | | Önceki doğum şekli: |  | |
| **GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ** | | | | | | | |
| Hipertansiyonu | Var ( ) Yok ( ) | | | CYBH | | | Var ( ) Yok ( ) |
| Gebelik Hipertansiyonu | Var ( ) Yok ( ) | | | Daha önce geçirilmiş ameliyat | | | Var ( ) Yok ( ) |
| Diyabet | Var ( ) Yok ( ) | | | Hematolojik Problemler | | | Var ( ) Yok ( ) |
| Gestasyonel Diyabet | Var ( ) Yok ( ) | | | Psikolojik Problemler | | | Var ( ) Yok ( ) |
| Kalp Hastalığı | Var ( ) Yok ( ) | | |  | | |  |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **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** | | | | |  |  | |  | | | | | | | | **PLASENTANIN DOĞUM SAATİ** | | |  | | | | | **MÜDAHALE VAR MI?** | | | **EVET** | **HAYIR** | | | | **FUNDUS** | Kıvamı | **LOŞİA** | Miktar | | | | | Seviyesi | Koku | | | | | Masaj | Ped sayısı: | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **C- AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİLOKALİZASYONU/ TÜRÜ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **AĞRININ KARAKTERİSTİĞİ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Yanıcı ( ) | | | | Batıcı ( ) | | | | | Sızlayıcı ( ) | | | | Uyuşma ( ) | | | |  | | | | | **AĞRININ HASSASİYETİ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Keskin ( ) | | | | Yayılan Karıncalanma ( ) | | | | | Basınç Hissi ( ) | | | | Elektrik Çarpması ( ) | | | | Bıçak Batması ( ) | | | | | **AĞRI SKALASINA GÖRE DERECESİ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **1** |  | **2** |  | | **3** |  | **4** |  | **5** |  | **6** |  | **7** |  | **8** |  | **9** |  | **10** |  |   **YENİDOĞAN** | | | | | | | |
| Doğum Tarihi ve Saati: |  | | | Yenidoğanın Soyadı: | | |  |
| Doğum şekli: |  | | | Kilo-Boy: | | |  |
| Yenidoğanın Cinsiyeti: |  | | | Baş-Gögüs Çevresi: | | |  |
| Herhangi Bir Sağlık Problemi/Anomali: |  | | | Emme Durumu: | | |  |
| K-Vit ve Hepatit B Aşısı: |  | | |  | | |  |
| Danışmanlık Verilen Konular |  | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APGAR DEĞERLENDİRMESİ** | | | |
| **BELİRTİ** | **0 PUAN** | **1 PUAN** | **2 PUAN** |
| **Kas Tonusu** | Gevşek | Kollar ve bacaklar öne doğru bükülü | Aktif hareketli |
| **Kalp Hızı** | Yok | Dakikada 100 atımın altında | Dakikada 100 atımın üstünde |
| **Uyarılara Cevap** | Yok | Buruna kateter sokulunca yüzü buruşturma | Buruna kateter sokulunca öksürme, ağlama |
| **Cilt Rengi** | Soluk,mor | Vücut pembe,kol ve bacaklar mor | Tüm vücut pembe |
| **Solunum** | Yok | Yavaş ve düzensiz solunum,cılız sesli ağlama | Düzenli soluk alıp verme,kuvvetli ağlama |
| **TOPLAM** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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