

K.S.Ü  
SBF EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM TAKİP FORMU

| GEBENİN                                                                             |                                             | EŞİNİN  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------|
| ADI:                                                                                | GRAVİDA:                                    | ADI:    |
| SOYADI:                                                                             | PARİTE:                                     | YAŞI:   |
| MESLEK:                                                                             | SP. ABORTUS:                                | MESLEK: |
| EĞİTİM:                                                                             | KÜRETAJ:                                    | EĞİTİM: |
| KAN GR:                                                                             | YAŞAYAN:                                    | KAN GR: |
| BOYU:                                                                               | GEBELİK HAFTASI:                            |         |
| KİLO:                                                                               | DÖB: Yok:..... Düzenli:..... Düzensiz:..... |         |
| GEBELİKTE ALDIĞI KİLO:                                                              | İNFEKTİLE TEDAVİSİ: Evet:..... Hayır:.....  |         |
| Şimdiki Gebeliğinde Oluşan Komplikasyonlar/Gebeliğinde Hastaneye Yatma Durumu:..... |                                             |         |
| S.A.T:...../...../.....                                                             | T.D.T:...../...../.....                     |         |
| Hataneye Yatış Tarihi:...../...../.....                                             | SAATİ:...../...../.....                     |         |
| Görüşme Tarihi:...../...../.....                                                    |                                             |         |

ÖNCEKİ GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜ

| YIL | CİNS | D.AĞIR. | D.ŞEKLİ | HASTA | OBST.PROB |
|-----|------|---------|---------|-------|-----------|
| 1-  |      |         |         |       |           |
| 2-  |      |         |         |       |           |
| 3-  |      |         |         |       |           |
| 4-  |      |         |         |       |           |
| 5-  |      |         |         |       |           |

ŞİMDİYE KADAR YAPILAN ÖZEL İŞLEMLER

|                   |              |      |      |
|-------------------|--------------|------|------|
| Yok:              | NST:         | CST: | USG: |
| Biyofizik Profil: | Amniosentez: |      |      |

RİSK FALTÖERLERİ

|                          |                      |                       |
|--------------------------|----------------------|-----------------------|
| ( ) Yaş<16,34>           | ( ) Böbrek Hastalığı | ( ) Hepatit Öyküsü    |
| ( ) Multiparite          | ( ) D.Mellitus       | ( ) Sigara...../günde |
| ( ) Sp. Abortus          | ( ) Astım            | ( ) Alkol kullanımı   |
| ( ) Epilepsi             | ( ) Kalp Hastalığı   | ( ) İlaç Bağımlılığı  |
| ( ) Hiper-Hipotiroidizm  | ( ) Hipertansiyon    | ( ) Akraba Evliliği   |
| ( ) Hematolojik Hastalık | ( ) Alerji           | ( ) Genetik Hastalık  |

YATIŞ NEDENİ:

Eylem Başlangıcı:( ) Sp.Abortus:( ) Sezaryen: Primer( ) Mükerrer( )

YATIŞ ANINDA:

|                                 |                 |                   |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|
| a)Kontraksiyon                  | Var:( )         | Yok:( )           |
| Sıklığı:.....                   | Süresi:.....    | Şiddeti:.....     |
| b)Membranlar:                   | Rüptür.( )      | İntakt:( )        |
| Açılma Zamanı:...../...../..... | St:.....        |                   |
| Sıvı:( )                        | Berrak:( )      | Mekanyumlu:( )    |
|                                 |                 | Kötü Kokulu:( )   |
| c)Vajinal Kanama: Yok:( )       | Damla damla:( ) | Orta derecede:( ) |
|                                 |                 | Ciddi:( )         |
|                                 |                 | Normal İşaret:( ) |

FİZİKİ MUAYENE:

TA:..... Nabız:..... Ateş:..... Solunum:..... KBB:..... Meme:..... Kalp/AC:.....  
Karın:..... Ekstr:..... ANORMAL BULGULAR:.....

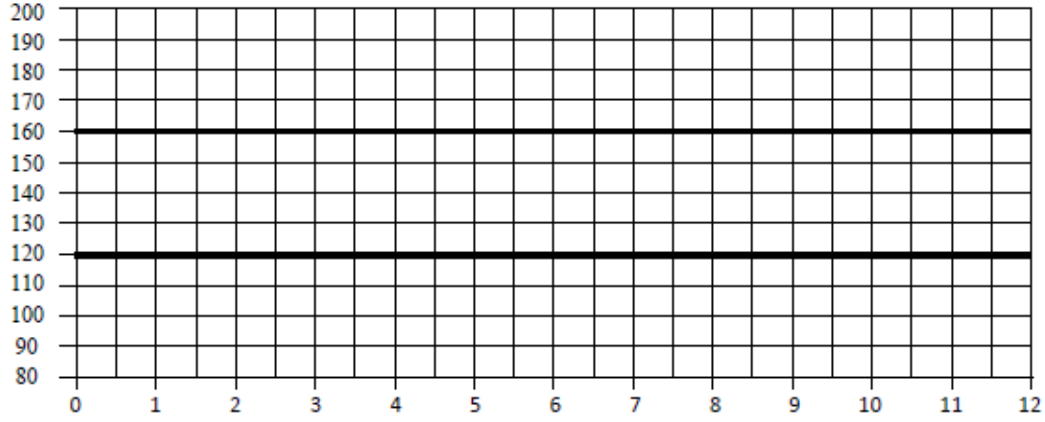
FETAL DEĞERLENDİRME

ÇKS:..... Fundus Yüksekliği:.....  
Prezantasyon:..... Yüz/Alın:( ) Verteks:( ) Makat:( )  
Pozisyon:..... Angajman: Evet:( ) Hayır:( )

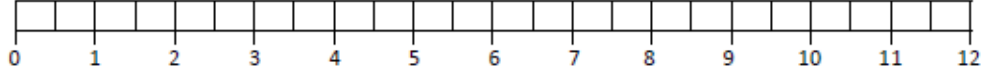
## PARTOGRAF

|                   |                |                            |              |
|-------------------|----------------|----------------------------|--------------|
| Hasta Adı Soyadı: | Gravida:       | Parite:                    | Protokol No: |
| Yatış Tarihi:     | Başvuru Saati: | Membran Rüptürü: .....saat |              |

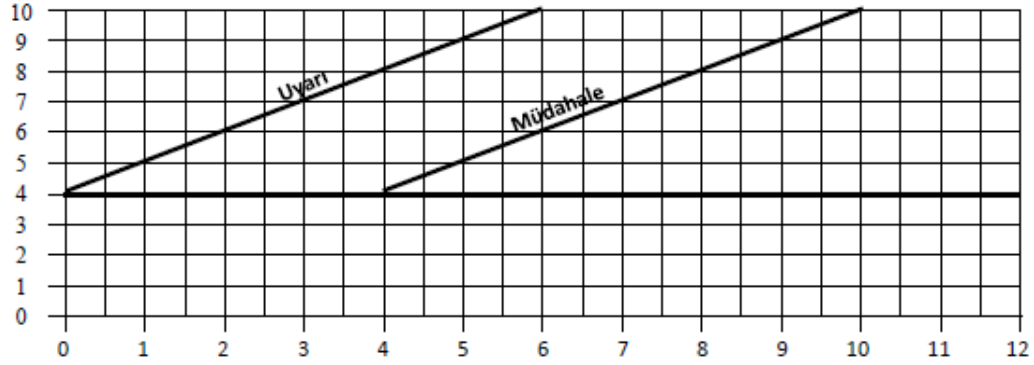
## Fetal Kalp Atım Hızı



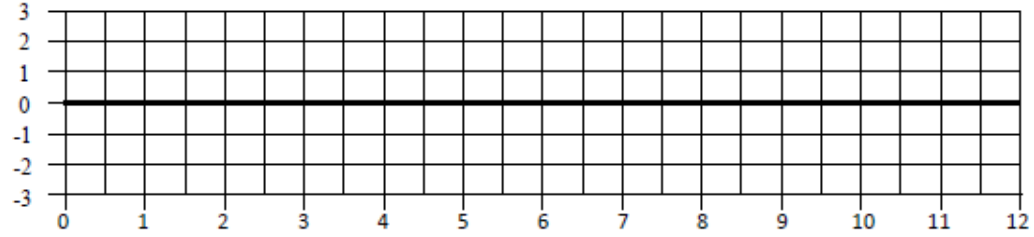
## Amniyon Sıvısı



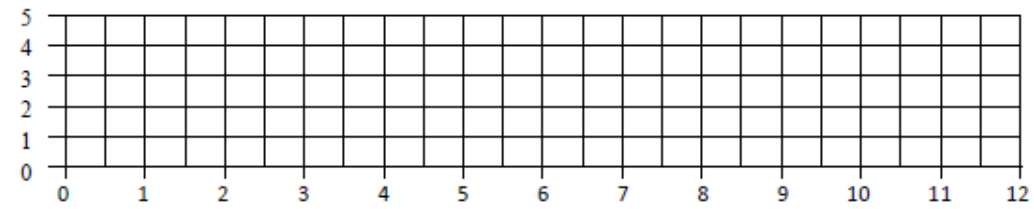
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:  
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:  
Başlama Saati:

### DOĞUM ÖZETİ

DOĞUM ŞEKLİ: NSVYD( ) Vakum( ) Forceps( ) Sezeryan( )  
PLASENTA : Spontan( ) Crede( ) Elle( ) Küretaj( )  
PLASENTANIN GELİŞ ŞEKLİ TARZI: SHULTZ( ) DUNCAN( ) SAATİ:.....  
KORDON: Serbest( ) Boyunda( ) Gerçek Düğüm( )  
UMBLİKAL DAMARLAR:.....arter,.....ven  
EPIZYOTEMİ: Yok( ) Median( ) Medio-Lateral( ) .....cat-küt ile onarıldı.  
LASERASYON: Yok( ) Vajinai( ) Servikal( ) Uterin rüptür( )  
DOĞUM ANESTEZİSİ: Yok( ) Lokal( ) Pudental( ) Epidural( ) Genel:( )

### BEBEĞE AİT VERİLER

#### APGAR SKORU

|                  | Kalp Hızı             | Solunum | Kas tonüsü | Refleksler | Deri Rengi | Toplam |
|------------------|-----------------------|---------|------------|------------|------------|--------|
| 1.dak: .....     | .....                 | .....   | .....      | .....      | .....      | .....  |
| 5.dak: .....     | .....                 | .....   | .....      | .....      | .....      | .....  |
| Aspirasyon:..... | O <sub>2</sub> :..... |         |            |            |            |        |
| Göz Bakımı:..... | Göbek Bakımı:.....    |         |            |            |            |        |

Doğum Tarihi: ...../...../..... Saat:.....

Cinsiyet: Kilo: Boy: Anomali:  
Baş Çevresi: Göğüs Çevresi: Fontaneller:  
İlaç Uygulamaları:

ÖĞRENCİ EBE  
ADI-SOYADI:  
İMZA:

SORUMLU EBE