

K.S.U.

SBF

EBELİK BOLÜMÜ DOĞUM TAKİP FORMU

GEBENİN

EŞİNİN

ADI: GRAVİDA: ADI:  
SOYADI: PARİTE: YAŞ:  
MESLEK: SP. ABORTUS: MESLEK:  
EĞİTİM: KÜRETAJ: EĞİTİM:  
KAN GR.: YAŞAYAN: KAN GR.:  
BOYU: GEBELİK HAFTASI:  
KİLO: DÖB: Yok: ..... Düzenli: ..... Düzensiz: .....  
GEBELİKTE ALDIĞI KİLO: İNFETİLİTE TEDAVİSİ: Evet: ..... Hayır: .....  
Şimdiki Gebeliğinde Oluşan Komplikasyonlar/Gebeliğinde Hastaneye Yatma Durumu: .....  
S.A.T.: ..... T.D.T.: .....  
HASTANEYE YATIŞ TAR.: ..... SAATİ: .....  
GÖRÜŞME TARİHİ: ..... SAATİ: .....

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 FAKTÖRLERİ

( ) 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 ( ) Akıllı 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: Ruptür: ( ) İntakt: ( )

Açılma Zamanı: ..... St: .....

Sıvı: ( ) Berrak: ( ) Mekonyumlu: ( ) Kötü Kokulu: ( )

c- Vaginal Kanama: Yok: ( ) Damla damla: ( ) Orta derecede: ( ) Ciddi: ( )

Normal İşaret: ( )

FİZİK 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 FORMU

[illegible]

### DOĞUM ÖZETİ

DOĞUM ŞEKLİ: NSVYD ( ) Vakum ( ) Forceps ( ) Sezeryan ( )  
PLASENTA : Spontan ( ) Crede ( ) Elle ( ) Küretaj ( )  
PLASENTANIN GELİKŞ TARZI: SHULTZ ( ) DUNCAN ( ) SAATİ:.....  
KORDON : Serbest ( ) Boyunda ( ) Gerçek düğüm ( )  
UMBLİKAL DAMARLAR: .....arter,.....ven  
EPİZYOTOMİ : 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