**Öğrencinin Adı-Soyadı:**

**Servis/Ünite:**

**Öğretim Elemanı Ünvanı/Adı-Soyadı:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gebelik Haftası:**  **İzlem Tarihi:**  **Varsa Girişim Türü:** *(serkülaj, ivf, vb)* | **Hastaneye Başvuru Nedeni:** *(normal izlem, varsa şikayeti kısa öyküsünü yazınız)*  **Şikayetin Başladığı Zaman ve Süresi** *(kısaca belirtiniz)* |
| **Geliş şekli:** ( ) Yürüyerek ( ) Sedye ( ) Tekerlekli sandalye |

**TANITICI ÖZELLİKLER**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı-Soyadı: | Partner Yaşı: |
| Yaşı/Evlenme Yaşı: ………./……….. | Partner Eğitim Durumu: |
| Eğitim Durumu: | Partner Kan Grubu ve Rh Faktörü: ………./……….. |
| Medeni Durum: | Partner Çalışma Durumu ve Mesleği: ………………./……………. |
| Çalışma Durumu / Meslek: ………./……….. | Kendi ve Partnerinde Genetik Hastalık Varlığı: |
| Sosyal Güvencesi: | Zararlı alışkanlık durumu (Sigara / alkol vb.): |
| Gebelik haftası: | Adres: |
| Kan Grubu ve Rh Faktörü: ………./……….. |
| Alerjisi: |
| Gebelik Öncesi: | Mevcut: |
| Kg: Boy: BKI: | Kg: Boy: BKI: |

GENEL SAĞLIK ÖYKÜSÜ

|  |
| --- |
| Özgeçmiş: *(Geçmişteki hastalıkları, operasyonları, kronik hastalıklar)*   * Geçirilmiş Operasyonlar: * Kronik Sistem Hastalıkları: * Bağışıklık Durumu: |
| Soy geçmişi: *(Ailede kalıtsal hastalıklar, kronik hastalıklar, ailenin / anne-baba-kardeş vb. sağlık durumu )* |

**OBSTETRİK ÖYKÜ**

|  |  |
| --- | --- |
| Gebelik Sayısı: | Abortus (Düşük) Sayısı ve Nedeni: |
| Doğum Sayısı: NSD: C/S: | Küretaj Sayısı ve Nedeni: |
| Yaşayan Çocuk Sayısı / Yaşları: | Önceki Gebelik/Doğuma İlişkin Sorunlar : *(Erken memebran rüptürü, erken düşük-doğum tehdidi, preeklampsi, gestasyonel diyabet, zor, uzamış-müdahaleli doğum vb.)* |
| Prematür/Postmatür Eylem Öyküsü: |
| Çoğul Gebelik Durumu: |
| Ölü Doğum Sayısı ve Nedeni: | İlk Adet Yaşı: |
| Anomalili Doğum Öyküsü: | Menstrüasyon Süresi ve Sıklığı: |
| Gebelik Oluşumu:  ( ) Spontan / Tedavi ile: ( ) IVF ( ) Diğer….. | Kullandığı Doğum Kontrol Yöntemi: |
| SAD ve BDT: |

GENEL BULGULAR *(Subjektif ve Objektif Bulgular belirtilecek)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kan Basıncı: | Solunum Sistemi: | İmmün Sistem: |
| Nabız: | Dolaşım Sistemi: | Ruhsal Durum: |
| Solunum: | Sindirim Sistemi: | Cilt ve Mukoza: |
| Vücut Isısı: | Endokrin Sistem: | Sosyal Durum /Konum: |
| Ödem: | Nörolojik Sistem: | Aile İlişkisi ve Destek Sistemleri: |
| Varis: | Üriner Sistem: | Diğer: |
| Genital Sistem: | Kas İskelet Sistemi: |

BU GEBELİĞE İLİŞKİN VERİLER

|  |
| --- |
| Memelerin Durumu: |
| Ciltte Stria ve Çatlaklar: |
| Deri ve Ekler *(Saç ve tırnaklar)* |
| Vaginal Kanama: |
| Vaginal Akıntı: |
| Tetanos Aşısı: |
| Hepatit-B aşısı: |
| TORCH Enfeksiyon Testi: |
| Önceki Gebeliği ile Arasındaki Süre: |
| Gebeliği İsteme Durumu: |
| Gebelikte Kontrole Gitme Durumu: |
| Doğum Öncesi Eğitim Alma Durumu: |

|  |
| --- |
| **Leopold Muayene Bulguları:**  I. Leopold: Fundus-pubis yüksekliği:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Lunar ay:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Lunar hafta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  II.Leopold: Sitüs ve pozisyon  Longitudinal ( ) Transvers ( ) Oblik ( ) D1 ( ) D2 ( )  III.Leopold: Prezantasyon  Baş ( ) Makat ( ) Diğer: *(belirtiniz)*  IV.Leopold: Angajman durumu  Mobil ( ) Fikse ( ) |
| **Fetal Değerlendirme:** *(USG bilgileri )* BDP(Biparietal Çap): FL(Femur Uzunluğu):    AC(Karın çevresi): EFW(Tahmini fetal ağırlık) |
| İkili Tarama testi ( ) Üçlü Tarama Testi ( ) Dörtlü Tarama Testi ( )  Nukkal Kalınlık (Ense Kalınlığı):  Burun kökü / kemiği gelişimi: |
| NST *(yapilmiş ise)* Reaktif ( ) Nonreaktif ( ) |
| Fetal Kalp Hızı (FKH): |
| Fetal Hareketlerin Anne Tarafından Takibi: *(açıklama yapılacak)* |
| **İleri düzey ultrason sonucu:**  **Antenatal İnvaziv Girişim:**  Amniyosentez:  Korion Villus Biyopsisi (CVS):  Fetal Karyotipleme:  Kordosentez: |

GEBE VE FETUS MUAYENE BULGULARI

GEBELİĞE BAĞLI ŞİKAYETLER VE YÖNETİMİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Olağan Şikayetlere İlişkin Sorunlar** | **Trimester** | **Sorunlara İlişkin Öneriler / Yapılanlar** |
| Bulantı/Kusma |  |  |
| Pika |  |  |
| Pityalizm |  |  |
| Diş ve Diş eti Sorunu |  |  |
| Hazımsızlık ve Mide yanması |  |  |
| Burun tıkanıklığı |  |  |
| Burun kanaması |  |  |
| Çarpıntı |  |  |
| Nefes darlığı |  |  |
| Üriner sistem şikayetleri |  |  |
| Genital sistem enfeksiyon belirtisi |  |  |
| Koitus |  |  |
| Konstipasyon |  |  |
| Hemoroid |  |  |
| Kas krampları |  |  |
| Sırt ve bel ağrısı |  |  |
| Varikoz venler |  |  |
| Baş Ağrısı |  |  |
| Yorgunluk ve halsizlik |  |  |
| Ödem |  |  |
| Memelerde hassasiyet |  |  |
| Diğer: | | |

**BAKIM PLANI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **EBELİK TANISI** | **AMAÇ** | **PLANLAMA** | **UYGULAMA** | **DEĞERLENDİRME** |
|  |  |  |  |  |