**Öğrencinin Adı-Soyadı:**

**Servis/Ünite:**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Yatış Tarihi:** | **Hastaneye Başvuru Nedeni:** *(geliş şikayetinin kısa öyküsünü yazınız)*  **Şikayetin başladığı zaman ve süresi** *(kısaca belirtiniz)* |
| **Gebelik Haftası:**  **Ön Tanı:**  **Bakım Verilen Tarihler:**  **Varsa Girişim Türü:** |
| **Geliş şekli:** ( ) Sedye ( ) Tekerlekli sandalye ( ) Yürüyerek |

**TANITICI ÖZELLİKLER**

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

GENEL SAĞLIK ÖYKÜSÜ

|  |
| --- |
| Özgeçmişi: *(Geçmişteki hastalıkları, operasyonları, kroinik hastalıkları)*  Geçirilmiş Ameliyatlar:    Kronik Sistem Hastalıkları:  Bağışıklık Durumu: |
| Soy geçmişi: *(Ailede kalıtsal hastalıklar, kronik hastalıklar, ailenin sağlık durumu)* |

**OBSTETRİK ÖYKÜ**

|  |  |
| --- | --- |
| Gebelik Sayısı: | Abortus (Düşük) Sayısı ve Nedeni: |
| Doğum Sayısı: NSD: C/S: | Küretaj Sayısı ve Nedeni: |
| Yaşayan Çocuk Sayısı ve Yaşları: | Önceki Gebelik, Doğuma İlişkin Sorunlar: |
| Prematür/Postmatür Eylem Öyküsü: |
| Çoğul Gebelik Durumu: |
| Ölü Doğum Sayısı ve Nedeni: | İlk Adet Yaşı: |
| Anomalili/Sorunlu Yenidoğan Öyküsü: | Menstrüasyon Süresi ve Sıklığı: |
| Gebelik Oluşumu:  ( ) Spontan / Tedavi ile: ( ) IVF ( ) Diğer….. | Kullandığı Doğum Kontrol Yöntemi: |
| SAT ve BDT: |

GENEL BULGULAR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kan Basıncı: | Solunum Sistemi: | İmmün Sistem: |
| Nabız: | Dolaşım Sistemi: | Cilt ve Mukoza: |
| Solunum: | Sindirim Sistemi: | Sosyal-ekonomik Durum: |
| Sao2: | Nörolojik Sistem: | Psikiyatrik Hastalık: |
| Vücut Isısı: | Üriner Sistem: | Aile İletişimi ve Destek Sistemleri: |
| Ödem: | Genital Sistem: | Ruhsal Durum: *(gebeliği kabul, aile ilişkileri, doğum korkusu, destek sistemleri, özgüven, ev ortamı vb.)* |
| Varis: | Endokrin Sistem ve Metabolik Hastalıklar: |
| Anemi: | Diğer: *(kalıtsal hastalık, CYBE, habis oluşum vb.)* |
| Ağız ve diş sağlığı: | Kas İskelet Sistemi: |

MEVCUT GEBELİĞE İLİŞKİN VERİLER

|  |
| --- |
| Memelerin Durumu: |
| Ciltte Stria ve Çatlaklar: |
| Vajinal Kanama: |
| Vajinal Akıntı: |
| Tetanos Aşısı: *(doz sayısı ve uygulama haftası)* |
| Hepatit-B aşısı: |
| TORCH Enfeksiyon Testi: |
| Önceki Gebeliği ile Arasındaki Süre: |
| Beslenme Alışkanlığı: *(temel besin öğeleri, pişirme ve yeme alışkanlığı, su tüketimiüğelerini* |
| Gebeliğe İlişkin Sorunlar: *(P.previa, Preeklampsi, EDT, EMR, oligohidramniyos, polihidroamniyos, genital ve üriner enfeksiyon vb.)* |
| Egzersiz-aktivite;  Seyahat: |
| Gebeliği İsteme Durumu: |
| Gebelikte Kontrole Gitme Durumu: |
| Doğum Öncesi Bakım ve Eğitim Alma Durumu: |

GEBE & FETUS MUAYENE BULGULARI

|  |
| --- |
| **Leopold Muayene Bulguları:**  I. Leopold: Fundus-pubis yüksekliği  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 yaıplacak)* |
| **İleri düzey ultrason sonucu:**  **Antenatal İnvaziv Girişim:**  Amniyosentez:  Korion Villus Biyopsisi (CVS):  Fetal Karyotipleme  Kordosentez |

GEBELİĞE BAĞLI ŞİKAYETLER VE YÖNETİMİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Olağan Şikayetler** | **Trimester** | **Şikayetlere 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 Enfeksiyon Belirtisi |  |  |
| Sık İdrara Çıkma |  |  |
| Genital Enfeksiyon |  |  |
| Cinsel İlişki |  |  |
| Konstipasyon |  |  |
| Hemoroid |  |  |
| Kas Krampları |  |  |
| Sırt ve Bel Ağrısı |  |  |
| Varikoz Venler |  |  |
| Baş Ağrısı |  |  |
| Yorgunluk ve Halsizlik |  |  |
| Ayaklarda Ödem |  |  |
| Memelerde Hassasiyet |  |  |

**SAĞLIĞI KORUYAN VE GELİŞTİREN DAVRANIŞLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

|  |  |
| --- | --- |
| Periyodik Jinekolojik Kontrol/Muayene Yaptırma Durumu: |  |
| Pap Smear Yaptırma Davranışı: |  |
| Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumu: |  |
| Kendi Kendine Vulva Muayenesi Yapma Durumu: |  |
| Genital Hijyen Alışkanlıkları/Uygulamaları |  |

**TEDAVİ BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kullanılan ilaç / Önerilen Tıbbi Tedavi**  *(İlacın adı, dozu, sıklığı zamanı)* | **Gerekçesi ve Etkisi**  *(kullanma nedeni,ilacın etki durumu, içeriği, endikasyonları)* | **Yan etkisi**  *(ilacın yan etkileri, başka ilaçlarla etkileşimi)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Kaynakça:** *(Kaynakça yazım kurallarına uygun olarak ilaç bilgilerini aldığınız kaynağı belirtiniz)*

**LABORATUVAR SONUÇLARI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **İdrar** | **Kan sayımı** | **Kan Biyokimyası** *(OGTT dahil)* | **Serolojik** | **Diğer** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SAĞLIK EĞİTİMİ GEREKSİNİMİ KONULARI** | |
| **1.**  **2.**  **3.**  **4.**  **5.** | **6.**  **7**  **8.**  **9.**  **10.** |

**SAPTANAN EBELİK TANILARI**

*(Öncelik sırasına göre yazınız / önce var olan, daha sonra olası sorunları belirtiniz)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ebelik Tanısı**  *(Kadın, gebe, fetüs, anne, yenidoğan, aileye ilişkin fiziksel ve psikososyal tanılar)* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**BAKIM PLANI**

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