

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Öğrencinin Adı-Soyadı:	Görüşme Tarihi:
Öğrencinin Numarası:	Hastane Adı:

1- TANITICI BİLGİLER

Adı-Soyadı (İlk harfleri):	Yatış tarihi:
Yaşı:	Yattığı klinik/bölüm:
Cinsiyeti: ☐ K ☐ E	Kliniğe geliş şekli:
Medeni durumu:	☐ Yürüyerek ☐ Sedye ☐ Tekerlekli sandalye
Çocuk sayısı:	☐ Diğer: _____
Eğitim durumu:	Bilginin kaynağı: ☐ Kendisi ☐ Diğer: _____
Mesleği:	Tıbbi tanı:
Çalışma durumu: ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor	
Sosyal güvencesi: ☐ Yok ☐ Var	
Yaşadığı yer:	Eşinin
Birlikte yaşadığı kişi(ler):	Yaşı:
	Mesleği:
Alerjisi: ☐ Yok ☐ Var: _____	Eğitimi:
Kan grubu:	Kan grubu:

2- SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Başvuru nedeni/şikâyeti (başladığı zaman ve ne kadar sürdüğü):
Hastalığın tanımı, belirti ve bulguları, tedavisi (kısa özet):

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

3- TIBBİ ÖYKÜSÜ

Hastalık/durum	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz): <u>Kendisi</u> Kalp ve damar ☐ H ☐ E Hipertansiyon ☐ H ☐ E Diyabet ☐ H ☐ E Solunum (astım/KOAH) ☐ H ☐ E Kanser ☐ H ☐ E Tiroid ☐ H ☐ E Psikiyatrik/nörolojik ☐ H ☐ E Bulaşıcı (cinsel vb.) ☐ H ☐ E Kalıtsal/doğuştan ☐ H ☐ E Diğer (açıklayınız): _____ <u>Ailesi</u> ☐ H ☐ E _____ ☐ H ☐ E _____ ☐ H ☐ E _____ ☐ H ☐ E _____ ☐ H ☐ E _____ ☐ H ☐ E _____ ☐ H ☐ E _____ ☐ H ☐ E _____ ☐ H ☐ E _____
Sürekli ilaç kullanımı	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz): ☐ Antihipertansif ☐ Antidiyabetik ☐ Antidepresan ☐ Hormon tedavisi ☐ Diğer (açıklayınız): _____
Geçirdiği operasyon(lar)	☐ Yok ☐ Var (açıklayınız): _____
Alişkanlıklar	☐ Yok ☐ Sigara: _____ adet/gün ☐ Alkol: _____ sıklık ☐ Diğer: _____
Kan transfüzyonu	☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız): _____

Önceki gebeliklerinde aşağıdaki problemlerinden biri oldu mu?			
Hastaneye yatma	☐ H ☐ E _____	Psikolojik problemler	☐ H ☐ E _____
Hipertansiyon	☐ H ☐ E _____	Gestasyonel diyabet	☐ H ☐ E _____
Ödem	☐ H ☐ E _____	Hiperemesis gravidarum	☐ H ☐ E _____
Kanama	☐ H ☐ E _____	Diğer: _____	☐ H ☐ E _____
Enfeksiyon	☐ H ☐ E _____		
Önceki doğumlarınızda aşağıdaki problemlerden herhangi biri oldu mu?			
Kısa eylem <3 sa	☐ H ☐ E _____	Prematüre	☐ H ☐ E _____
Uzun eylem	☐ H ☐ E _____	Postmatüre	☐ H ☐ E _____
Epizyotomi	☐ H ☐ E _____	Kanama	☐ H ☐ E _____
Vakum uygulaması	☐ H ☐ E _____	Psikolojik problemler	☐ H ☐ E _____
Sezeryan	☐ H ☐ E _____	Diğer: _____	☐ H ☐ E _____
Çoğul doğum	☐ H ☐ E _____	DDA bebek doğumu	☐ H ☐ E _____
İri bebek doğumu >4000gr	☐ H ☐ E _____	<2500gr	

Düzenli Olarak Kullandığı İlaçlar ve Diğer Tedaviler (Gebelik Öncesi)

Gebelik tarihi	Gebelik süresi	Gebeliğin sonlanma şekli

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

4- JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

Menarş Yaşı:
Dismenore öyküsü:
Menstruasyonun süresi, sıklığı ve düzeni:
Geçirdiği ya da var olan jinekolojik problemler-yakınmalar (ağrı, akıntı, kaşıntı, kanama vb)
Geçirdiği jinekolojik cerrahi girişimler:
Yaptırdığı jinekolojik kontroller
Türü, tarihi:
Kontraseptif öyküsü:
Kullandığı yöntemler:
Süresi:
Yan etkileri/Bırakma nedenleri:

5- OBSTETRİK ÖYKÜ

Gebelik:	Para:	Abortus:
Yaşayan:	D&C:	Ölü Doğum:
Diğer:	Problemlili doğan bebek:	
Açıklama:		

Önceki doğumlarınızda doğumdan sonra aşağıdaki problemlerden herhangi birisi oldu mu?			
Kanama	☐ H ☐ E _____	Meme problemleri	☐ H ☐ E _____
Enfeksiyon	☐ H ☐ E _____	Psikolojik problemler	☐ H ☐ E _____
Ateş	☐ H ☐ E _____	Diğer: _____	☐ H ☐ E _____
Hipertansiyon	☐ H ☐ E _____		

Önceki gebeliklerinizde doğum öncesi kontrollere gittiniz mi?/kaç kez/nereye?
Önceki gebeliklerinizde kontrollerinizi hangi sağlık personeli yaptı? ☐ Doktor ☐ Ebe/Hemşire
Önceki çocuklarınızı nasıl beslediniz?

6- ŞİMDİKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ

Boy:
Gebelik Öncesi Kilo:
Şu anki kilosu:
Varsa NST/USG ve diğer işlemlerin sonucu:
Son Adet Tarihi:
Tahmini Doğum Tarihi:
Şu andaki gebelik haftası:
Gebeliğin başlangıcından bu yana yaşadığı gebelik belirtileri ve yakınmaları:

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Leopold Manevraları

Prezentasyonu: ☐ Baş ☐ Makat ☐ Diğer: ____
Pozisyon:
Fundus:
Abdomenin değerlendirilmesi: ☐ Linea nigra ☐ Stria ☐ Gebelik maskesi ☐ Geçirilmiş ameliyat izi/skar
Memelerin değerlendirilmesi: Emzirme açısından: Meme muayenesi açısından:
ÇKS: ☐ Reaktif ☐ Non-reaktif
Fetal hareketlerin ilk hissedildiği hafta:
Fetal hareketlerin sıklığı (27. haftadan sonra 3 saat içinde en az 10 kez hareket etmelidir):

7- PSİKOSOSYAL VE BİREYSEL UYUM DURUMU

1) SAĞLIK ALGISI VE YÖNETİMİ <i>Yaşadığı bu durum/hastalık kendisi için ne ifade ediyor? Kendisini hasta hissettiğinde ilk olarak ne yapıyor? Sağlığı ile ilgili kararları nasıl alıyor? Sağlığını etkilediğini düşündüğü başlıca faktör (yaşam tarzı, genetik yatkınlık vb.) nedir?</i>
2) KENDİNİ ALGILAMA VE BENLİK KAVRAMI <i>Kendisini nasıl biri olarak tanımlıyor (beden imajı, beden algısı, özsaygı düzeyi ve kimlik anlayışı vb.)? Bu durum/hastalık kendisine bakışını nasıl etkiledi? Beden imajında değişiklik var mı?</i>
3) ROL VE İLİŞKİLER <i>Aile içinde ve sosyal çevrede üstlendiği roller (anne, çocuk, bakım veren vb.) neler? Bu durum/hastalık rollerini nasıl etkiledi? Sosyal destek durumu nedir?</i>

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

4) STRESLE BAŞ ETME

Bu durum/hastalık kendisi için stresli bir durum mu? Eğer evetse, en çok zorlayan ya da strese sokan faktörler neler? Son zamanlarda yaşadığı önemli bir stresör var mı? Stresle baş etme yöntemleri (aile, arkadaşlar, sosyal çevre, ibadet/dua, profesyonel yardım vb.) neler?

5) DEĞERLER VE İNANÇLAR

(Bu hastalık/durum, değerlerini ve inançlarını nasıl etkiledi? Sağlıkla ilgili karar alırken neleri göz önünde bulunduruyor ve bunu etkileyen değerler (aile, inanç, toplum vb.) neler? Geleneksel veya kültürel uygulamaları var mı?)

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

8- TEDAVİLER

İLACIN ADI, FORMU (UYGULAMA YOLU)	ETKEN MADDESİ	DOZU	TEDAVİ PLANI	VERİLME NEDENİ

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

İLAÇ KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:	İLAÇ KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:
İLAÇ KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:	İLAÇ KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:
İLAÇ KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:	İLAÇ KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:

* Sıvı infüzyon dışındaki ilaçları kısaca açıklayınız.

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

9- YAŞAMSAL BULGULAR

Tarih/Saat	sPO ₂ (%)	Solunum / dk	Ateş (°C)	Kan Basıncı	Nabız / dk

*Anormal bulguların neler olduğunu yanına açıkça belirtiniz (↓ veya ↑).

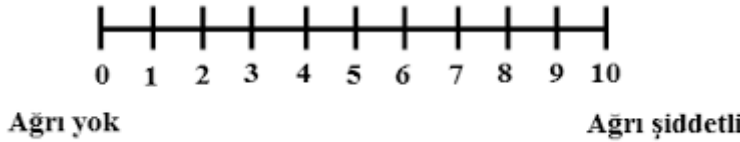
AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ağrı: ☐ Yok ☐ Var (açıklayınız)		Başlangıç zamanı:	
Yeri:		Tipi	☐ Akut ☐ Kronik
Nedeni:		Sıklığı	☐ Sürekli ☐ Aralıklı
Şiddeti (kullanılan ağrı skalasına göre):			
Ağrının özelliği (en iyi tanımlayan terimi seçiniz)			
Niteliği	() Keskin () Batıcı () Yanıcı () Saplanıcı () Künt () Kolik () Diğer: _____		
Başlatan ve arttıran etmenler	() Stres () Pozisyon () Gürültü () Tanı ve tedavi girişimleri () Diğer: _____		

NUMERİK SKALA

(7 yaş ve üzeri çocuklarda, erişkin ve bilinci açık hastalarda kullanılır.)

Visüel Analog Skala (VAS)



YÜZ SKALASI

(İletişim kurulamayan, konuşamayan hastalarda kullanılır.)



	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

10- LABORATUVAR BULGULARI

BİYOKİMYA

Tarih:

Parametre	Referans Aralığı	Değer (Birim)	Parametre	Referans Aralığı	Değer (Birim)
Üre (BUN)			Sodyum (Na)		
Kreatinin			Potasyum (K)		
eGFR			Klor (Cl)		
AST (SGOT)			Kalsiyum (Ca)		
ALT (SGPT)			Magnezyum (Mg)		
ALP			Fosfor (P)		
GGT			Glikoz (Açlık)		
Total Bilirubin			HbA1c (varsa)		
Direkt Bilirubin			Total Kolesterol		
Albumin			LDL Kolesterol		
Total protein			HDL Kolesterol		
CRP			Trigliserid		
TSH			Ferritin		
LDH			Beta hCG		
Ürik asit					

*Anormal bulguların neler olduğunu yanına açıkça belirtiniz (↓ veya ↑).

HEMOGRAM (TAM KAN)

Tarih:

Parametre	Referans Aralığı	Değer (Birim)	Parametre	Normal Değer	Değer (Birim)
Hemoglobin (Hb)			Renk		
Hematokrit (Hct)			Görünüm		
Eritrosit (RBC)			Dansite		
Lökosit (WBC)			pH		
Trombosit (PLT)			Protein		
Nötrofil (%)			Glikoz		
Lenfosit (%)			Keton		
Monosit (%)			Lökosit		
Eozinofil (%)			Eritrosit		
Bazofil (%)			Epitel hücresi		

*Anormal bulguların neler olduğunu yanına açıkça belirtiniz (↓ veya ↑).

11- DİĞER TETKİKLER (Ultrasonografi, tomografi, MR, biyopsi vb.)

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

12- GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE (GYA) GÖRE DEĞERLENDİRME

1) GÜVENLİ ÇEVRENİN SAĞLANMASI		
Genel görünüm ve davranış	☐ Normal ☐ Diğer: _____	
Fiziksel / zihinsel engel	☐ Yok ☐ Var: _____	
Bilinç durumu	☐ Açık ☐ Bulanık ☐ Kapalı	
Yer-zaman-kişi oryantasyonu	☐ Var ☐ Yok: _____	
Düşme öyküsü	☐ Yok ☐ Var (sayısı): _____	

İTAKİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ (Yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.)		
Değerlendirme Gerekçesi: ☐ İlk Değerlendirme ☐ Post-Op Dönem ☐ Hasta Düşmesi ☐ Bölüm Değişikliği ☐ Durum Değişikliği		
PARAMETRELER	RİSK FAKTÖRLERİ	PUAN
YAŞ	60-69	1
	70-79	2
	80 ve üstü	3
BİLİNÇ DURUMU	Bilinci kapalı.	1
	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.).	2
DÜŞME HİKAYESİ HASTALIKLAR / KOMORBİDİTELER*	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.	3
	Hastalıklardan en fazla 2'si bulunmaktadır.	1
	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır.	2
HAREKET KABİLİYETİ	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	5
	Ayakta/yürürken denge bozukluğu var.	10
	Baş dönmesi var.	2
BOŞALTIM İHTİYACI	Üriner/fekal inkontinans bozukluğu var.	1
GÖRME DURUMU	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.).	2
	İleri derecede görme engeli var.	10
İLAÇ KULLANIMI**	4'ten fazla ilaç kullanımı var.	2
	Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.	2
	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.	3
EKİPMAN KULLANIMI***	Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var.	1
	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.	2
TOPLAM PUAN		
☐ DÜŞÜK RİSK	0-9 puan arasında (Haftada 1 değerlendirilir)	
☐ YÜKSEK RİSK	10 puan üzerinde (Her gün değerlendirilir, "Düşme Riski Yüksek Hasta Figürü" kullanılır)	

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

BİLGİLENDİRME TABLOSU	
*Hastalıklar	☐ Hipotansiyon ☐ Vertigo ☐ Serebrovasküler hastalık ☐ Parkinson hastalığı ☐ Uzun vadede kayıp ☐ Nöbet ☐ Artrit ☐ Osteoporoz ☐ Kırıklar
** İlaçlar	☐ Psikotropalar ☐ Antikoagülanlar ☐ Nöroleptikler ☐ Diüretikler/Laksatifler ☐ Antidiyabetikler ☐ Narkotikler ☐ Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) ☐ Narkotik Analjezik ☐ Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar ☐ Benzodiazepinler
***Ekipmanlar	Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman (örn. IV infüzyon, foley katater, göğüs tüpü vb.)

BRADEN BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ					
	1	2	3	4	PUAN
Duygusal Algılama	Tamamen sınırlı	Çok sınırlı	Biraz sınırlı	Bozulma yok	
Nem/İslaklık	Sürekli ıslak	Sıklıkla ıslak	Ara sıra ıslak	Nadiren ıslak	
Aktivite	Yatağa bağımlı	Sandalyeye oturabilir	Ara sıra yürür	Yürür	
Hareket	Tamamen hareketsiz	Çok sınırlı	Biraz sınırlı	Sınır yok (Hareketli)	
Beslenme	Çok yetersiz	Kısmen yeterli	Yeterli	Çok iyi	
Sürtünme ve Yırtılma	Problem var	Problem olabilir	Problem yok		
TOPLAM PUAN					
☐ RİSK YOK (19-23) ☐ DÜŞÜK RİSK (15-18) ☐ ORTA RİSK (13-14) ☐ YÜKSEK RİSK (≥12)					

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

2) İLETİŞİM	
İletişim kurma	☐ Kurabiliyor ☐ Kuramıyor: _____
Konuşma güçlüğü	☐ Yok ☐ Var: _____
Anlama ve kavrama durumu	☐ Normal ☐ Anlamada güçlük: _____
Gebeliği/tedaviyi kabullenme	☐ Kabulleniyor ☐ Kabullenmiyor (açıklayınız): _____
İletişim kurma (aile bireyleri, oda arkadaşları, sağlık ekibi vb.)	☐ Olumlu ☐ Olumsuz (açıklayınız): _____
Duyusal işlevler (görme, işitme vb.)	☐ Normal ☐ Bozulma (açıklayınız): _____
Etkileyen faktörler (varsa)	☐ Düşük eğitim düzeyi ☐ İlaç / alkol kullanımı ☐ Travma öyküsü ☐ Enfeksiyon ☐ Nörolojik hastalık ☐ Ağrı ☐ Psikiyatrik durum ☐ Diğer: _____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

3) SOLUNUM

Solunum sayısı: ____/dk	☐ Normal ☐ Taşipne ☐ Bradipne
Solunum şekli	☐ Düzenli ☐ Düzensiz ☐ Yüzeysel ☐ Derin ☐ Bradipne ☐ Taşipne ☐ Apne ☐ Biot ☐ Kussmaul ☐ Cheyne- ☐ Diğer: ____ Stokes
Solunum gücü	☐ Yok ☐ Dispne ☐ Ortopne ☐ Diğer: _____
Solunum destek durumu	☐ Yok ☐ Oksijen tedavisi (____ lt/dk maske/nazal) ☐ Nebülizatör tedavisi ☐ Diğer: _____
Solunumu etkileyen faktörler (varsa)	☐ Tütün ürünleri maruziyeti (aktif/pasif) ☐ Çevresel faktörlere maruziyet (toz, kimyasal vb.) ☐ Akciğer hastalığı öyküsü (KOA, astım vb.) ☐ Üst solunum yolu enfeksiyonu ☐ Kanama veya anemi durumu ☐ Psikososyal faktörler (kaygı, stres vb.) ☐ Diğer: _____

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

4) BESLENME VE METABOLİK DURUM

Öğün sayısı	____ kez/gün
Beslenme düzeni	☐ Düzenli ☐ Düzensiz
Bulantı-Kusma	☐ Yok ☐ Var (sıklık) _____
Öğün içeriği	☐ Dengeli ☐ Dengesiz ☐ Tek yönlü: ☐ Karbonhidrat ☐ Protein ☐ Yağ
Sıvı alımı (ortalama/gün)	☐ Yeterli (1500-2500 ml) ☐ Az ☐ Fazla
İştah durumu	☐ Normal ☐ Artmış (polifaji) ☐ Azalmış ☐ Değişken
Diyeti	☐ Normal (R3) ☐ Yumuşak (R2) ☐ Sulu (R1) ☐ Özel diyet (varsa): _____
Vücut ölçüleri	Kilo: ____ kg Boy: ____ cm BKİ: ____ kg/m ² Değerlendirme (sınıf): _____
Beslenmeyi etkileyen durumlar (varsa)	☐ Bulantı - kusma ☐ Tat alma/koku alma değişiklikleri ☐ Yutma gücü ☐ Diş - ağız problemleri ☐ Diyet kısıtlaması (örn. diyabet): _____ ☐ Diğer: _____
Besin takviyesi kullanımı	☐ Yok ☐ Var (işaretleyiniz): ☐ Demir ☐ Folik asit ☐ Multivitamin ☐ Kalsiyum ☐ Omega-3 ☐ Diğer: _____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Cilt ve tırnak gözlemleri	☐ Cilt normal ☐ Soluk ☐ Kuruluk ☐ Turgor azalmış ☐ Tırnak normal ☐ Kaşık tırnak ☐ Kırılgan ☐ Saç dökülmesi ☐ Saç mat / kuru
---------------------------	--

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

5) BOŞALTIM

Mesane alışkanlıkları

Miksiyon sıklığı	__ kez/gün ☐ Normal ☐ Artmış (poliüri) ☐ Azalmış (oligüri) ☐ Yok (anüri)
İdrar yapma sırasında:	☐ Zorluk yok ☐ Zorlanma ☐ Ağrı ☐ Yanma (dizüri) ☐ Diğer: _____
Üriner kateterizasyon	☐ Yok ☐ Var (kalıcı/aralıklı): _____

Barsak alışkanlıkları

Defekasyon sıklığı	__ kez/gün ☐ Konstipasyon ☐ Diyare ☐ Fekal inkontinans ☐ Hemoroid
Boşaltım sırasında zorlanma:	☐ Yok ☐ Var
Boşaltımı etkileyen durumlar (varsa)	☐ Yetersiz sıvı alımı ☐ Liftten fakir beslenme ☐ Fiziksel aktivite azlığı ☐ İlaç kullanımı (örn. laksatif, diüretik) ☐ Diğer: _____

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

6) KİŞİSEL BAKIM

Genel Hijyen Durumu

Banyo sıklığı:	☐ Haftada >1 kez ☐ Haftada >2 kez ☐ Haftada >3 kez
Banyo şekli:	☐ Ayakta ☐ Oturarak ☐ Küvette
Gebelik nedeniyle kişisel bakımda zorlanma	☐ Yok ☐ Var (sebebi): _____

Cilt Bakımı

Cilt durumu:	☐ Temiz ☐ Kirli ☐ Kızarıklık ☐ Döküntülü
Cilt bütünlüğü:	☐ Korunmuş ☐ Bozulmuş
Gebeliğe bağlı cilt problemi	☐ Yok ☐ Stria gravidarum ☐ Hiperpigmentasyon ☐ Palmar eritem ☐ Kaşıntı ☐ Kızarıklık ☐ Diğer _____

Ağız ve Diş Bakımı

Ağız ve diş bakımı	☐ Yetersiz ☐ Yeterli
Diş eti kanaması/hassasiyeti	☐ Yok ☐ Var

Perine Hijyeni

Perine hijyen durumu	☐ Yeterli ☐ Yetersiz
Enfeksiyon bulgusu (varsa)	☐ Kötü koku ☐ Akıntı ☐ Ağrı ☐ Kızarıklık ☐ Diğer _____

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

7) VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ

Vücut sıcaklığı: ____°C	☐ Normal ☐ Hipertermi ☐ Hipotermi
Çevre ısısına uygun giyim	☐ Evet ☐ Hayır
Derinin durumu	☐ Sıcak ☐ Soğuk ☐ Nemli ☐ Kuru ☐ Terli
Titreme / üşüme	☐ Yok ☐ Var: ____

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

8) HAREKET

Hareket Düzeyi	☐ Yeterli ☐ Yetersiz
Hareket kısıtlılığına neden olan durum (varsa)	☐ Ortopedik problem ☐ Yorgunluk ☐ Ağrı ☐ Yatak istirahati önerisi ☐ Psikolojik faktörler (anksiyete vb.) ☐ Çevresel faktörler (alan yetersizliği vb.) ☐ Diğer: ____
Egzersiz alışkanlığı	☐ Yapmıyor ☐ Ara sıra (<3 gün/hf) ☐ Düzenli (≥3 gün/hf)
Egzersiz türü	☐ Yürüyüş ☐ Hafif egzersiz ☐ Diğer: ____
Aktivite düzeyi	☐ Yüksek (aktif yaşam tarzı) ☐ Orta (günlük aktiviteleri sürdürebiliyor) ☐ Düşük (aktivite kısıtlı, sedanter yaşam) ☐ Çok düşük (çoğunlukla yatakta)
Aktiviteyi etkileyen faktörler (varsa)	☐ Yorgunluk ☐ Hareket zorunluluğu/kısıtlılığı ☐ Ağrı ☐ Kas/iskelet sistemi hastalığı ☐ Kardiyopulmoner problem ☐ Diğer: ____

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

9) ÇALIŞMA VE EĞLENCE

Çalışma Durumu	☐ Çalışmıyor ☐ Hafif İş ☐ Ağır İş ☐ Vardiya ☐ Diğer: ____
Çalıştığı Ortam Riski (varsa)	☐ Uzun süre ayakta durma ☐ Ağırlık kaldırma ☐ Kimyasal maruziyet ☐ Yok
Dinlenme zamanları	☐ Yeterli ☐ Yetersiz
Boş zamanlarını değerlendirme	☐ Yeterli ☐ Yetersiz

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

10) CİNSELLİK

Bilgi gereksinimi	☐ Yok ☐ Var (konu) ____
Cinsel yaşamda değişiklik	☐ Yok ☐ Azalma ☐ Kaçınma
Gebelikte cinsel kısıtlama öneri durumu	☐ Yok ☐ Var (nedeni) ____
Yakınma durumu	☐ Yok ☐ Ağrı ☐ Kanama ☐ Akıntı ☐ Diğer: ____
Eş ile iletişim	☐ Olumlu ☐ Olumsuz

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

11) UYKU VE DİNLENME

Uyku süresi (ortalama)	____ saat/gece
------------------------	----------------

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Uyku saatleri	☐ Gece ☐ Gündüz kısa süreli (şekerleme) ☐ Gündüz düzenli
Uyku problemi	☐ Yok ☐ Var
Uykuya dalma/uyanma sorunları	☐ Yok ☐ Uykuya dalmada güçlük ☐ Uyanmada güçlük ☐ Uykuyu devam ettirmede güçlük ☐ Sık uyanma ☐ Diğer: _____
Uyku destekleyici alışkanlıklar	☐ Yok ☐ TV seyretme ☐ Kitap okuma ☐ Sıcak içecek tüketme ☐ İlaç ☐ Diğer: _____
Uyku kalitesini tanımlama	☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü
Uyku kalitesini etkileyen durumlar (varsa)	☐ Stres / kaygı ☐ Ağrı ☐ İdrar/defekasyon ihtiyacı ☐ Pozisyon zorluğu ☐ Gürültü / çevresel faktörler ☐ İlaç kullanımı ☐ Diğer: _____

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

12) ÖLÜM

(Sadece ilgili durum gözlemlendiğinde veya birey/yakını tarafından ifade edildiğinde doldurulacaktır.)

Yaşam ve ölüm ile ilgili inançlar	☐ Dini / spiritüel inanışlara sahip ☐ Kaygı / korku ifade ediyor ☐ İfade etmiyor ☐ Diğer: _____
Yas evreleri	☐ Şok ☐ Kızgınlık ☐ Pazarlık ☐ Depresyon ☐ Kabullenme

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

13- GEBELİĞİ ETKİLEYECEK SOSYOKÜLTÜREL DURUMLAR

Gebelik planlanmış bir gebelik mi?	☐ Evet ☐ Hayır
Gebeliğe ilk tepkiniz ne oldu?	☐ Olumlu ☐ Olumsuz
Gebelik için şu anda ne gibi duygular yaşıyorsunuz?	☐ Olumlu ☐ Olumsuz
Eş ve ailenizin gebeliğinize ilk tepkisi ne oldu?	☐ Olumlu ☐ Olumsuz
Aileniz için planladığınız çocuk sayısı nedir?	
Gebelik şuanki ya da gelecekteki yaşam aktivitenizi etkiliyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır
Herhangi bir problem olduğunda size destek olacak kişi ya da kurumlar var mı?	
☐ Eş, ☐ Aile ☐ Komşular ☐ Akrabalar ☐ Toplumsal kurumlar ☐ Diğer: _____	

Gebelik, doğum süreci, lohusalık dönemi, bebek bakımı ve genel sağlığınıza yönelik bildiğiniz/uyguladığınız geleneksel uygulama(lar) var mı?

Pika	☐ H ☐ E	Bebeğin memelerini ovma	☐ H ☐ E
Loğusa kadına su vermeme	☐ H ☐ E	Bebeği tuzlama	☐ H ☐ E
Loğusa kadının karnını sarma	☐ H ☐ E	Göbeğin düşmesi için	☐ H ☐ E
Kundaklama	☐ H ☐ E	Fizyolojik sarılığa yönelik	☐ H ☐ E
Emzirme için üç ezan bekleme	☐ H ☐ E	Diğer: _____	☐ H ☐ E
Bebeğe şekerli su verme	☐ H ☐ E		

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GEBE/RİSKLİ GEBELİK VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0001
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

14. GEBELİK RİSKİNİN BELİRLENMESİ

Bu gebeliğinizde aşağıdaki risk faktörlerinden herhangi biri oldu mu?*			
Kalp hastalığı	☐ H ☐ E _____	Hiperemesis gravidarum	☐ H ☐ E _____
Enfeksiyon hastalıkları	☐ H ☐ E _____	Prematüre eylem	☐ H ☐ E _____
Diyabet	☐ H ☐ E _____	Düşük tehdidi	☐ H ☐ E _____
PIH	☐ H ☐ E _____	Mol Hidatiform	☐ H ☐ E _____
Rh Uyuşmazlığı	☐ H ☐ E _____	Ektopik Gebelik	☐ H ☐ E _____
Plasenta Previa	☐ H ☐ E _____	Oligohidroamniyoz	☐ H ☐ E _____
Ablasio plasenta	☐ H ☐ E _____	Polihidroamniyoz	☐ H ☐ E _____
EMR	☐ H ☐ E _____	Diğer: _____	☐ H ☐ E _____

*Bu belirtileri gebeliğin hangi haftasında başladığını yanına belirtiniz.

15. GEBEYE İLİŞKİN DİĞER GÖZLEM VE YORUMLARINIZ:

--

REVİZYON BİLGİLERİ

Revizyon No	Revizyon Tarihi	Revizyon Açıklaması
0	-	İlk yayın.
1	24.11.2025	Revize edilmiştir.