

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM EYLEMİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0005
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

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

1. TANITICI BİLGİLER

Adı-Soyadı (İlk harfleri):	Doğum salonuna geliş saati/ tarihi:
Yaşı:	Planlanan doğum şekli: ☐ Vajinal doğum ☐ C/S
Gebelik haftası:	Kliniğe geliş şekli: ☐ Yürüyerek ☐ Tekerlekli sandalye ☐ Sedye ☐ Diğer: ____
Son adet tarihi (SAT):	Bilginin kaynağı: ☐ Kendisi ☐ Diğer: ____
Beklenen doğum tarihi (BDT):	Yaşadığı yer:
Eğitim durumu:	Birlikte yaşadığı kişi(ler):
Mesleği:	Evlilik süresi:
Çalışma durumu: ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor	Eşinin:
Sosyal güvencesi: ☐ Yok ☐ Var	Yaşı:
Alerjisi: ☐ Yok ☐ Var: ____	Öğrenim Durumu:
Kan grubu:	Kan Grubu:

2. TIBBİ ÖYKÜSÜ

Hastalık/durum	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz):																																	
	<table><tr><th></th><th>Kendisi</th><th>Ailesi</th></tr><tr><td>Kalp ve damar</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E ____</td></tr><tr><td>Hipertansiyon</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E ____</td></tr><tr><td>Diyabet</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E ____</td></tr><tr><td>Solunum (astım/KOAH)</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E ____</td></tr><tr><td>Kanser</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E ____</td></tr><tr><td>Tiroid</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E ____</td></tr><tr><td>Psikiyatrik/nörolojik</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E ____</td></tr><tr><td>Bulaşıcı (cinsel vb.)</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E ____</td></tr><tr><td>Kalıtsal/doğuştan</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E ____</td></tr><tr><td colspan="3">Diğer (açıklayınız): ____</td></tr></table>		Kendisi	Ailesi	Kalp ve damar	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____	Hipertansiyon	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____	Diyabet	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____	Solunum (astım/KOAH)	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____	Kanser	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____	Tiroid	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____	Psikiyatrik/nörolojik	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____	Bulaşıcı (cinsel vb.)	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____	Kalıtsal/doğuştan	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____	Diğer (açıklayınız): ____		
	Kendisi	Ailesi																																
Kalp ve damar	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____																																
Hipertansiyon	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____																																
Diyabet	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____																																
Solunum (astım/KOAH)	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____																																
Kanser	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____																																
Tiroid	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____																																
Psikiyatrik/nörolojik	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____																																
Bulaşıcı (cinsel vb.)	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____																																
Kalıtsal/doğuştan	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E ____																																
Diğer (açıklayınız): ____																																		
Sürekli ilaç kullanımı	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz): ☐ Antihipertansif ☐ Antidiyabetik ☐ Antidepresan ☐ Hormon tedavisi ☐ Diğer (açıklayınız): ____																																	
Geçirdiği operasyon(lar)	☐ Yok ☐ Var (açıklayınız): ____																																	
Alışkanlıklar	☐ Yok ☐ Sigara: ____ adet/gün ☐ Alkol: ____ sıklık ☐ Diğer: ____																																	
Kan transfüzyonu	☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız): ____																																	

3. GEÇMİŞ VE MEVCUT GEBELİK-DOĞUM ÖYKÜSÜ

Geçmiş Gebelik-Doğum Öyküsü:		
Gebelik Sayısı (G):	Düşük Sayısı (A):	Living (L):
Yaşayan Çocuk Sayısı (P):	D&C Sayısı (C):	

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM EYLEMİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0005
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

Mevcut Gebelik-Doğum Öyküsü:			
Planlı bir gebelik mi? ☐ Hayır ☐ Evet			
Doğum öncesi bakım aldınız mı? ☐ Hayır ☐ Evet ☐ ASM ☐ Hastane			
1. Doğum eylemi ile ilgili bilginiz var mı? ☐ Hayır ☐ Evet			
2. Doğum eylemi sizce nasıl bir olay?			
3. Şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?			
☐ İyi hissediyorum ☐ Enerjik ☐ Korkulu			
☐ Kararsız / belirsiz ☐ Heyecanlı ☐ Sabırsız ama mutlu			
☐ Duyguları karışık ☐ Kaygılı / endişeli ☐ Gergin,stresli			
4. Doğuma ilişkin beklenen ağrıyı nasıl tanımlarsınız?			
☐ Nasıl olacağını bilmiyorum ☐ Hafif ☐ Yönetilebilir			
☐ Doğal ☐ Orta ☐ Dayanılmaz			
☐ Korkutucu / Endişe verici ☐ Şiddetli ☐ Kontrol kaybı hissi yaratır			

4. İNTRAPARTUM GÖZLEM

GÖZLEM FORMU	1.LATENT	2. AKTİF	3. GEÇİŞ
A. Yaşam bulguları:			
KB:			
Nabız:			
Solunum:			
Ateş:			
Ağrı: 0-----10			
(Her fazda 5-10 dk süre ile gözlem yapılarak işaretlenecektir)			
B. Fiziksel belirtiler:			
Terleme			
Dudak kuruması			
Bulantı			
Kusma			
Vajinal akıntı/kanama			
Bel-sırt ağrısı			
Titreme			
Bacak krampları			
Diğer: _____			
C. Duygusal belirtiler:			
Heyecanlı görünüm			
Huzursuzluk			
Korku ifadesi			
Davranışlarını kontrol etmede güçlük			
İletişimden kaçınma			
Yüksek sesle ağlama			
Sessizce ağlama			
Avuçlarını sıkma			
Dudaklarını ısırma			
Yakınma			

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM EYLEMİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0005
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	-

Yüz ifadelerinde değişme			
Çığlık atma			
Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma			
Diğer: _____			
D. Belirtileri azaltmaya yönelik ebelik bakım yaklaşımları:			
Uygun solunum yaptırma			
Gevşemesini sağlama			
Dikkatini başka yöne çekme (bir objeye ya da eyleme odaklanma, avucunda bir şey sıkma vb)			
Pozisyon verme ve egzersiz yaptırma			
E. Ekiple iş birliği yapma durumu (aktif/pasif vb.):			
LEOPOLD MANEVRALARI			
I. Leopold Manevrası:			
II. Leopold Manevrası:			
III. Leopold Manevrası:			
IV. Leopold Manevrası:			
BİRİNCİ EVRE:	Süre: (..... saat/ dakika)		
Serviks:	Dilatasyon:.....cm	Silinme: %.....	
Regüler kontraksiyonlar:	Başladığı tarih:..... Saat:.....		
Kontraksiyonların sıklığı:	Her dakikada 1 kez		
Membran rüptürü:	☐ Spontan ☐ Cerrahi	Tarih:.....	Saat:
Sıvının Rengi:	☐ Berrak ☐ Mekonyumlu (Hafif/orta/kalın şeklinde belirtiniz):		
Analjezi :	☐ Epidural ☐ Narkotik ☐ Non-farmakolojik (.....)		
İndüksiyon/Augmentasyon:	☐ Hayır ☐ Evet (türünü belirtiniz):		
☐ Oksitosin	Doz: (mL).....	Süre: (.....saat/ dakika)	
☐ Prostaglandin preparatları	Doz: (mL).....	Süre: (.....saat/ dakika)	
☐ Diğer (.....)	Doz: (mL).....	Süre: (.....saat/ dakika)	
☐ Balon tekniği	Doz/Basınç: (mL / cmH ₂ O).....	Süre: (.....saat/ dakika)	
İKİNCİ EVRE:	Süre: (.....saat/ dakika)		
Serviksin tam açılması:	Tarih:.....	Saat:	
Doğum:	Tarih:.....	Saat:	
Doğum Şekli:	☐ Vajinal ☐ C/S Endikasyonu:		
Vajinal doğumda müdahale: ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz): ☐ Forseps ☐ Vakum	Epizyotomi: ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz): ☐ Median (Midline / Orta Hat) ☐ Mediolateral - ☐ Sağ (Right) ☐ Sol (Left) ☐ Lateral ☐ J-Şeklinde (J-Epizyotomi) ☐ Diğer: _____	Laserasyon: ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz): ☐ 1. ve 2. derece ☐ 3. ve 4. derece	
Ek Not:			

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM EYLEMİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0005
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	-

ÜÇÜNCÜ EVRE:	Süre: (.....saat/ dakika)
Uterotonik ajan kullanımı:	
☐ Oksitosin Doz: (mL)..... Süre: (.....saat/ dakika)	
☐ Misoprostol Doz: µg (mikrogram)..... Uygulama Zamanı/Saat:..... ☐ Oral ☐ Vajinal ☐ Sublingual	
☐ Ergometrin/ Doz: µg (mikrogram)..... Uygulama Zamanı/Saat:..... ☐ IM ☐ IV	
Metilergonovin	
Kan kaybı: ml (ortalama)	
Kordon dolanması: ☐ Yok ☐ Var kez	
Kordon düğümlenmesi: ☐ Yok ☐ Var	
Mekonyum aspirasyonu: ☐ Yok ☐ Var	
Plasentaya ilişkin özellikler:	
Plasentanın doğumu: ☐ Schultze ☐ Duncan	
Plasentanın çıkarılması: ☐ Spontan ☐ Elle halas ☐ Diğer	
Kotiledonlar: ☐ Tam ☐ Eksik	
Membranlar: ☐ Tam ☐ Eksik	
Plasenta anomalisi: ☐ Yok ☐ Var: ☐ Ablatio plasenta ☐ Plasenta previa	
☐ Plasenta Akreata/İnkreata/Perkreata	
Ek Not:	

5. DOĞUM SONU ANNEYLE GÖRÜŞME

1. Doğumunuzun nasıl geçtiğini ifade edebilir misiniz?	
2. Sizi rahatlatmak için yapılan uygulamalardan hangileri doğum ağrınızla baş etmenizde yararlı oldu?	
6. YENİDOĞANIN MUAYENESİ	
Bebeğin cinsiyeti: ☐ Kız ☐ Erkek	
Doğum öyküsü:	
Doğum tarihi: Doğum saati:	
☐ Doğum travması ☐ Anomali ☐ Diğer.....	
APGAR SKORU: Birinci dakika:..... Beşinci dakika:.....	
Diğer Özellikler:	
Fizik Muayene: Ağırlık:..... Boy:..... Baş çevresi:.....	
Baş:	
Fontanel: Kaput suksedeneum: ☐ Yok ☐ Var Sefal hematoma: ☐ Yok ☐ Var	
Kulak-Burun-Boğaz:	
Yarık Damak: ☐ Yok ☐ Var Yarık Dudak: ☐ Yok ☐ Var Koanal Atrezi: ☐ Yok ☐ Var	
Solunum Değerlendirmesi:	
Solunum Hızı: /dk ☐ Normal ☐ Artmış (Taşipne) ☐ Azalmış (Bradipne)	
Solunum Tipi: ☐ Kostal ☐ Abdominal ☐ Sternokostal	

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM EYLEMİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0005
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	-

Retraksiyon (çekilme):	☐ Interkostal	☐ Subkostal	☐ Supraklavikular	☐ Yok
Burun Kanadı Solunumu (Alar Flaring):	☐ Yok ☐ Var			
KVS (Kardiyovasküler Sistem):				
Kalp Hızı: /dk	Ritim: ☐ Düzenli ☐ Düzensiz	Ek ses/Üfürüm: ☐ Yok ☐ Var		
Batın:				
Ödem: ☐ Yok ☐ Var				
Umbilikal kord değerlendirmesi:				
☐ 2 arter + 1 ven mevcut (normal yapı)	☐ Şişlik mevcut			
☐ Kordon kuru	☐ Akıntı mevcut			
☐ Kordon ıslak / nemli	☐ Koku var (enfeksiyon bulgusu)			
☐ Eritematöz (kızarıklık)	☐ Kanama var			
☐ Granülasyon dokusu şüphesi				
Cilt:				
İkterus: ☐ Yok ☐ Var	Siyanoz: ☐ Yok ☐ Var	Döküntü: ☐ Yok ☐ Var		
GÜS (Genitoüriner Sistem):				
Anal atrezi: ☐ Yok ☐ Var	Fimozis: ☐ Yok ☐ Var	Kriptorşidizm: ☐ Yok ☐ Var		
Ekstremiteler:				
Refleksler:				
Emme: ☐ Yok ☐ Var	Moro: ☐ Yok ☐ Var	Arama: ☐ Yok ☐ Var		
Yakalama: ☐ Yok ☐ Var				
Diğer Bulgular:				
Yapılan İşlemler:				
☐ K Vit.	☐ Göz damlası	☐ Anüs açıklığı kontrolü	☐ Resüsitasyon gereksinimi	☐ Hepatit B aşısı
☐ Diğer:				

6. SEZARYEN İZLEMİ

Endikasyon:	
Operasyon öncesi eylem süresi: (.....saat/..... dakika)	
Anestezi:	☐ Epidural ☐ Spinal ☐ Genel
Anestezi komplikasyonu:	
Üretral kateterizasyon:	☐ Yok ☐ Var
Antibiyotik profilaksisi:	İlaç:..... Doz:.....
Operasyon süresi:	/dk
Kan ve kan ürünleri transfüzyonu:	ünite
EBENİN DİĞER GÖZLEM VE NOTLARI:	



LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM EYLEMİ VERİ TOPLAMA FORMU

Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0005
İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	-

TRAVAY İZLEM FORMU

Gebenin Adı-Soyadı (İlk harfleri):

Yaşı:

Gravida:

Parite:

Abortus:

Yaşayan:

Diğer:.....

Kan Grubu:

Eşinin Kan Grubu:

Travay odasına geliş tarihi:

Saati:

Saat	TA	Nabız	Ateş	Sol.	Ağrı*	Kontraksiyonlar			FKH	Serviks		Fikse (F) Mobil (M)	Solüsyon	DDS ¹	Giden Sıvı
						Süre	Sıklık	Şiddet		Dilatasyon (cm)	Silinme (%)				

¹Dakika damla sayısı

İZLEYEN ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI:

***Algılanan ağrı VAS'a göre değerlendirilmelidir (VAS ağrı skalası: 0-----10)**

Adres : Lokman Hekim Üniversitesi
Söğütözü Mh. 2179 Cd. No: 6
Çankaya/ANKARA

Telefon : 444 8 548
İnternet Adresi : www.lokmanhekim.edu.tr
E-Posta : info@lokmanhekim.edu.tr

Sayfa 6 / 9

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM EYLEMİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	-

7.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

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 ↑).

İDRAR

Tarih:

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM EYLEMİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	-

8.TEDAVİLER

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

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:

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM EYLEMİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	-

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

REVİZYON BİLGİLERİ

Revizyon No	Revizyon Tarihi	Revizyon Açıklaması
0	-	İlk yayın.
1	28.11.2025	Revize edilmiştir.