

**LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ**



**MEZUNİYET
KRİTER DEFTERİ**

Öğrencinin Adı-Soyadı:

Numarası:

Başlama Yılı:

İletişim Numarası:

İletişim Mail Adresi:

Akademik Danışmanı:

Fotoğraf

EBELİK LİSANS EĞİTİMİ UYGULAMA KRİTERLERİ

KRİTERLER	TESLİM EDİLMESİ GEREKEN SAYI	TESLİM EDİLEN SAYI
Sağlıklı Gebe İzlemi	100	
Doğum Öncesi Dönem Takip ve Bakım	40	
Normal Doğum Yönetimi	40	
Perinatal Dönemde Riskli Durumların Takibi (40 Riskli Gebe - 10 Riskli Doğum Eylemi - 10 Riskli Doğum Sonu)	60	
Makat Doğumun Yönetimi (Simülasyon)	1-2	
Doğum Sonu Dönem İzlem ve Bakım	100	
Sağlıklı ve Riskli Yenidoğan İzlemi ve Bakımı	100	
Epizyotomi Uygulaması ve Perineal Onarımda Sütür Uygulaması	10	
Jinekolojik Sorunları Olan Kadının Bakımı	10	
Tıbbi ve Cerrahi Bakımın İçinde Yer Alma	10	
Prekonsepsiyonel Danışmanlık	10	
Emzirme Danışmanlığı	10	
Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Danışmanlığı	20	

Teslim Eden Öğrenci

İmza

Teslim Alan Öğretim Elemanı

İmza

İçindekiler

Sağlıklı Gebe Takip Formu	5
Doğum Öncesi Dönem (Travay) Muayene Formu	115
Normal Doğum Takip Formu	165
Makat Doğum Yönetimi Takip Formu	215
Perinatal Dönemde Riskli Durumların Takibi (Riskli Gebe)	219
Perinatal Dönemde Riskli Durumların Takibi (Riskli Doğum Eylemi)	269
Perinatal Dönemde Riskli Durumların Takibi (Riskli Doğum Sonu)	289
Doğum Sonu Dönem Takip Formu	309
Sağlıklı ve Riskli Yenidoğan Değerlendirme Formu	419
Epizyotomi Uygulaması ve Perineal Onarımda Sütur Uygulama	529
Jinekolojik Sorunları Olan Kadının Bakımı	530
Tıbbi ve Cerrahi Bakımın İçinde Yer Alma	531
Prekonsepsiyonel Danışmanlık	532
Emzirme Danışmanlığı	533
Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Danışmanlığı	534

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: 1

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDI:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDI:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDI:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDI:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDI:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	SAT:	Protokol No:
Boy:	TDT:	Hastane / Birim:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:

GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgeçmiş				
Kronik hastalık: () Yok () Var: _____ Geçirilen cerrahi: () Yok () Var: _____				
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fizik Muayene				
Göz:	Ödem: () Yok () Var: [] Ayak bileği [] El [] Yüz			
Ağız ve diş:	Fetal hareket durumu: () Var () Yok			
Tiroid:	Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz			
Memeler:	Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız			
Cilt ve mukozalar:	Ruhsal durum:			
Varis:				
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus yüksekliği:			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: /dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde gelen kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fikse () Angaje			

MUAYENE BULGULARI

--

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: 1

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ____/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	_____cm	Efasman:	% _____	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ____/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	____ cm	Efasman:	% ____	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ____/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	_____cm	Efasman:	% _____	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Açı:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ____/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	____ cm	Efasman:	% ____	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ____/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	_____cm	Efasman:	% _____	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayı:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	DÖB Alma Durumu: () Aldı () Almadı

TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ

Servise Kabul Saati:
Kontraksiyonların Başladığı Saat:
Lavman Uygulanma Durumu: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
Membranların Durumu: () Açık () Kapalı
Amniyotomi: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati:</i>
İndüksiyon: () Uygulanmadı () Uygulandı <i>Uygulama saati/Başlama dozu:</i>
Beslenme Durumu:

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Ağrı Puanı (10 üzerinden):		NST Sonucu: () Reaktif () Nonreaktif		
Abdominal Muayene				
I. Leopold Manevrası	Fundus Yüksekliği (Konum):			
II. Leopold Manevrası	Yerleşim: () Longitudinal () Transvers () Oblik Pozisyon: () D1 () D2 ÇKS: ___/dk Saat:			
III. Leopold Manevrası	Önde Gelen Kısım: () Baş () Makat			
IV. Leopold Manevrası	() Mobil () Fiks () Angaje			
Vajinal Muayene				
Dış Genital Organlar:	() Normal () Varis () Ödem			
İskiyal Spinalar:	() Uygun () Değil	İnterspinöz Çap:	() Uygun () Değil	
Subpubik Aç:	() Uygun () Değil	Koksiks:	() Uygun () Değil	
Servikal Dilatasyon:	___ cm	Efasman:	% ___	
Fetal Baş Düzeyi:				
Amniyotik Mayi:	() Berrak () Mekonyumlu			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: 1

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli: _____		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanin doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

.....tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS: / dk Saat:			
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klempenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klempenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasantanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS: / dk Saat:			
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasantanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klempelenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klempenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS: / dk	Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klempelenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS: / dk	Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. evresinin süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS: / dk Saat:			
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klempenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
MAKAT DOĞUM YÖNETİMİ TAKİP FORMU

NO: 1

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli: _____		Plasenta doğum saati:			
Doğumun 2. evresinin süresi:		Plasenta bütünlüğü:			
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok				
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok				
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):		ÇKS:	/ dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanin doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

.....tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Makat Prezantasyonda Doğuma Yaklaşım-1	1	2	3	4	5
Servikal dilatasyon yavaş olacağı için eylem uzar.					
Hidrasyon sağlanmalıdır.					
Fetal kalp sesleri düzenli olarak değerlendirilir.					
Amniyotik membranlar mümkün olduğunca korunmalıdır.					
Enfeksiyon ve kord prolapsusu riski önlenir.					
Oksitosin kullanılmaz.					
Fetüs makatı pelvis girişi oblik çapına, kendisinin intertrokanter çapını uydurarak girmeye çalışır.					
Orta pelviste, internal rotasyon ile intertrokanter çap pelvisin ön arka çapına paralel gelir.					
Böylece önce ön kalça simfis pubis altından sonra diğer kalça perineden sıyrılarak doğar.					
Fetüsün umblikusu perineden doğuncaya kadar herhangi bir müdahalede bulunulmaz.					
Fetal umblikusun perineden geçmesi, başın pelvise girdiği anlamına gelir.					
Kordun gerilmesini önlemek için umblikal kord parmakla tutularak 10-12 cm'lik kısım aşağı doğru indirilir. Kord gevşetilirken zorlanmamalıdır.					
Pinard Manevrası: Saf makat gelişlerde fleksiyonda olan bacakları çıkarmak için uygulanır. Popliteal çukura baskı uygulanarak bacaklar fleksiyona getirilip, aşağı doğru çekilerek doğurtulur.					
Fetal pelvisin etrafı bir kompres ile sarılır.					
Bracht Manevrası: Her iki elin baş parmakları sakrum ve diğer parmakları torakanterler üzerinde tutularak fetüsün skapulası simfisiz altından geçinceye kadar aşağı doğru hafifçe traksiyon uygulanır.					
Müller Manevrası: Omuzlar pelvis çıkımının ön-arka hattına paralel yerleştirilir. Önce aşağı doğru (kadının dorsal tarafı) çekilerek üst omuz ve kol, ardından simfize çekilerek alt omuz ve kol doğurtulur.					
Lösvet Manevrası: Eğer omuzlar takılırsa uygulanır. Fetüs sakrumundan kavranarak hafifçe ileriye doğru itilir, 180° rotasyonla arka omuz öne getirilir ve iki parmak ile girilerek kol kurtarılır. Sırt simfizise doğru döndürülerek fetal vücut ters yönde 180° tekrar çevrilir ve diğer omuz öne getirilip doğurtulur. Her iki kol kurtarıldıktan sonra fetal sırt simfizise bakacak şekilde döndürülür.					
Klasik Manevra: Kolların biri ya da ikisi yukarı uzanık kalmışsa (Lösvet yetersiz/hatalı ise) uygulanır. Sakrum konkvitesinin sağladığı boşluktan faydalanılır, fetüs 180° döndürülür ve sırayla kollar kurtarılır.					
Omuzlar pelvisden çıktıktan sonra genellikle fetal başın ön arka kutru ya da sagittal sutur pelvisin ön arka kutruna paraleldir ve çene sakruma yönelmiştir.					
Mauriceau-Smellie-Veit Manevrası: Başın doğurtulması için kullanılır. Bebek ata biner pozisyonda, işaret parmağı bebeğin ağzına sokularak çenesine fleksiyon pozisyonu verilir. Diğer elin iki parmağı (işaret ve orta parmak) bebeğin boynuna geçirilerek önce aşağı ve sonra yukarı çekilerek fetüs doğurtulur.					
Traksiyonun sadece omuz üstünden yapılması ve ağızdaki parmağın başı sadece fleksiyonda tutmak için kullanılmasına dikkat edilmelidir.					
Gövde anne karnına doğru yatırılırken ağız burun ve alın perineden sıyrılarak doğar.					

Öğrencinin İmzası

Dersin Sorumlusu Öğretim Elemanının İmzası

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
MAKAT DOĞUM YÖNETİMİ TAKİP FORMU

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli: _____			Plasenta doğum saati: _____		
Doğumun 2. evresinin süresi: _____			Plasenta bütünlüğü: _____		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar: _____					
Ağrı (10 üzerinden): _____			ÇKS: _____ / dk Saat: _____		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanin doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

.....tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Makat Prezantasyonda Doğuma Yaklaşım-1	1	2	3	4	5
Servikal dilatasyon yavaş olacağı için eylem uzar.					
Hidrasyon sağlanmalıdır.					
Fetal kalp sesleri düzenli olarak değerlendirilir.					
Amniyotik membranlar mümkün olduğunca korunmalıdır.					
Enfeksiyon ve kord prolapsusu riski önlenir.					
Oksitosin kullanılmaz.					
Fetüs makatı pelvis girişi oblik çapına, kendisinin intertrokanter çapını uydurarak girmeye çalışır.					
Orta pelviste, internal rotasyon ile intertrokanter çap pelvisin ön arka çapına paralel gelir.					
Böylece önce ön kalça simfis pubis altından sonra diğer kalça perineden sıyrılarak doğar.					
Fetüsün umblikusu perineden doğuncaya kadar herhangi bir müdahalede bulunulmaz.					
Fetal umblikusun perineden geçmesi, başın pelvise girdiği anlamına gelir.					
Kordun gerilmesini önlemek için umblikal kord parmakla tutularak 10-12 cm'lik kısım aşağı doğru indirilir. Kord gevşetilirken zorlanmamalıdır.					
Pinard Manevrası: Saf makat gelişlerde fleksiyonda olan bacakları çıkarmak için uygulanır. Popliteal çukura baskı uygulanarak bacaklar fleksiyona getirilip, aşağı doğru çekilerek doğurtulur.					
Fetal pelvisin etrafı bir kompres ile sarılır.					
Bracht Manevrası: Her iki elin baş parmakları sakrum ve diğer parmakları torakanterler üzerinde tutularak fetüsün skapulası simfisiz altından geçinceye kadar aşağı doğru hafifçe traksiyon uygulanır.					
Müller Manevrası: Omuzlar pelvis çıkımının ön-arka hattına paralel yerleştirilir. Önce aşağı doğru (kadının dorsal tarafı) çekilerek üst omuz ve kol, ardından simfize çekilerek alt omuz ve kol doğurtulur.					
Lövsset Manevrası: Eğer omuzlar takılırsa uygulanır. Fetüs sakrumundan kavranarak hafifçe ileriye doğru itilir, 180° rotasyonla arka omuz öne getirilir ve iki parmak ile girilerek kol kurtarılır. Sırt simfize doğru döndürülerek fetal vücut ters yönde 180° tekrar çevrilir ve diğer omuz öne getirilip doğurtulur. Her iki kol kurtarıldıktan sonra fetal sırt simfize bakacak şekilde döndürülür.					
Klasik Manevra: Kolların biri ya da ikisi yukarı uzanık kalmışsa (Lövsset yetersiz/hatalı ise) uygulanır. Sakrum konkvitesinin sağladığı boşluktan faydalanılır, fetüs 180° döndürülür ve sırayla kollar kurtarılır.					
Omuzlar pelvisden çıktıktan sonra genellikle fetal başın ön arka kutru ya da sagittal sutur pelvisin ön arka kutruna paraleldir ve çene sakruma yönelmiştir.					
Mauriceau-Smellie-Veit Manevrası: Başın doğurtulması için kullanılır. Bebek ata biner pozisyonda, işaret parmağı bebeğin ağzına sokularak çenesine fleksiyon pozisyonu verilir. Diğer elin iki parmağı (işaret ve orta parmak) bebeğin boynuna geçirilerek önce aşağı ve sonra yukarı çekilerek fetüs doğurtulur.					
Traksiyonun sadece omuz üstünden yapılması ve ağızdaki parmağın başı sadece fleksiyonda tutmak için kullanılmasına dikkat edilmelidir.					
Gövde anne karnına doğru yatırılırken ağız burun ve alın perineden sıyrılarak doğar.					

Öğrencinin İmzası

Dersin Sorumlusu Öğretim Elemanının İmzası

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: 1

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ GEBE)

NO: ____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Tahmini Doğum Tarihi:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Gebelik Haftası:
Eşinin Kan Grubu:	Hastaneye Geliş Nedeni:	Risk Tanısı:

GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ

Muayene Bulguları				
Göz:		Beslenme:		
Ağız ve diş:		Boşaltım:		
Tiroid:		Uyku düzeni:		
Memeler:		Mobilizasyon durumu:		
Deri:		Gebeliğin planlı olma durumu: () Planlı () Plansız		
Varis:		Gebeliğe yönelik tutum: () Olumlu () Olumsuz		
Ödem: () Yok () Var: ____		Ruhsal durum (<i>Beck Depresyon Ölçeği Skoru</i> 'na göre değerlendirilecektir):		
Abdomen: () Ağrı () Skar doku () Stria Gravidarum		ÇKS: ____ / dk Saat: Fetal hareketler: () Var () Yok		
Ağrı (10 üzerinden):		NST sonucu: () Reaktif () Nonreaktif () Şüpheli		
Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)			Laboratuvar Bulguları	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: 1

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkinmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemlenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemlenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemlenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:	Plasenta doğum saati:
Doğumun 2. Evresinin Süresi:	Plasenta bütünlüğü:
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok
Uygulanan İlaçlar:	
Ağrı (10 üzerinden):	ÇKS: / dk Saat:
Vital Bulgular	Saat KB NB Solunum Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanin doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanin doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klempelenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemlenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:	Plasenta doğum saati:
Doğumun 2. Evresinin Süresi:	Plasenta bütünlüğü:
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok
Uygulanan İlaçlar:	
Ağrı (10 üzerinden):	ÇKS: / dk Saat:
Vital Bulgular	Saat KB NB Solunum Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:	Plasenta doğum saati:
Doğumun 2. Evresinin Süresi:	Plasenta bütünlüğü:
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı	Spontan laserasyon: () Var () Yok
Hematom: () Var () Yok	Anormal kanama: () Var () Yok
Uygulanan İlaçlar:	
Ağrı (10 üzerinden):	ÇKS: / dk Saat:
Vital Bulgular	Saat KB NB Solunum Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırıp bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması	
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi	
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması	

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı	
Plasentanın doğumu	Kanama kontrolü	
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı	

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü	
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ)
NO: _____

GEBENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Son Adet Tarihi:	Protokol No:
Boy:	Gebelik Haftası:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUMU DEĞERLENDİRME

Doğumun nasıl yapıldığı: () Spontan () Müdahaleli:			Plasenta doğum saati:		
Doğumun 2. Evresinin Süresi:			Plasenta bütünlüğü:		
Epizyotomi: () Yapıldı () Yapılmadı		Spontan laserasyon: () Var () Yok			
Hematom: () Var () Yok		Anormal kanama: () Var () Yok			
Uygulanan İlaçlar:					
Ağrı (10 üzerinden):			ÇKS: / dk Saat:		
Vital Bulgular	Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

BİRİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Saat	Kontraksiyonlar			Silinme (%) – Dilatasyon (cm)	Prezentasyon	FKH	İniş
	Süre	Sıklık	Şiddet				

İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Araç-gereç hazırlığı	Yenidoğan solunum yolu açıklığı sağlanması
İkınmanın desteklenmesi	Göbek kordonu klemplenmesi
Bebeğin doğumuna destek	Anne bebek ilişkisinin başlatılması

ÜÇÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Kimliklendirme	Fundus kontrolü ve masajı
Plasentanin doğumu	Kanama kontrolü
Oksitosin uygulanması	Perine temizliği ve onarımı

DÖRDÜNCÜ EVRESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Üşümenin engellenmesi	Ağrı kontrolü
Beslenmenin sağlanması	Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi

..... tarihinde, saat’da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımcı/yardımsız yaptırılmış bulunmaktayım.

Öğrenci

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)

NO: 1

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş

Fundusun Değerlendirilmesi	Loşanın Değerlendirmesi
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik	Renk:
Pozisyonu:	Miktar (ped sayısı/24 saat) :
Kıvamı:	Koku:
Seviyesi:	Sağlığın Değerlendirilmesi
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı	Beslenme:
Perinenin Değerlendirilmesi	Boşaltım:
Perine Hijyeni:	İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı	<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi	Mobilizasyon:
Epizyotominin Değerlendirilmesi	Ağrı Puanı (10 üzerinden):
Epizyotomi: () Var () Yok	Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok	Meme Ucu Durumu: () Var () Yok
Akıntı: () Var () Yok	Kolostrum Varlığı: () Var () Yok
Kızarıklık: () Var () Yok	Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____
Ödem: () Var () Yok	<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: _____	
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)	

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PERİNATAL DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLARIN TAKİBİ (RİSKLİ DOĞUM SONU)
NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	Risk Tanısı:

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvrımı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağhın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçuncu saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: 1

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: _____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi		Loşanın Değerlendirmesi		
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik		Renk:		
Pozisyonu:		Miktar (ped sayısı/24 saat) :		
Kıvamı:		Koku:		
Seviyesi:		Sağlığın Değerlendirilmesi		
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı		Beslenme:		
Perinenin Değerlendirilmesi		Boşaltım:		
Perine Hijyeni:		İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı		
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı		Kaçınıcı saatte yaptığı:		
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi		Mobilizasyon:		
Epizyotominin Değerlendirilmesi		Ağrı Puanı (10 üzerinden):		
Epizyotomi: () Var () Yok		Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi		
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok		Meme Ucu Durumu: () Var () Yok		
Akıntı: () Var () Yok		Kolostrum Varlığı: () Var () Yok		
Kızarıklık: () Var () Yok		Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____		
Ödem: () Var () Yok		Emzirmenin başlatıldığı saat:		
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi		Loşanın Değerlendirmesi		
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik		Renk:		
Pozisyonu:		Miktar (ped sayısı/24 saat) :		
Kıvamı:		Koku:		
Seviyesi:		Sağlığın Değerlendirilmesi		
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı		Beslenme:		
Perinenin Değerlendirilmesi		Boşaltım:		
Perine Hijyeni:		İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı		
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı		<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>		
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi		Mobilizasyon:		
Epizyotominin Değerlendirilmesi		Ağrı Puanı (10 üzerinden):		
Epizyotomi: () Var () Yok		Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi		
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok		Meme Ucu Durumu: () Var () Yok		
Akıntı: () Var () Yok		Kolostrum Varlığı: () Var () Yok		
Kızarıklık: () Var () Yok		Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____		
Ödem: () Var () Yok		<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>		
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			<i>Kaçıncı saatte yaptığı:</i>	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			<i>Emzirmenin başlatıldığı saat:</i>	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM SONU DÖNEM TAKİP FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Yaş:	Tarih:
Kilo:	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Protokol No:
Boy:	Doğum Saati:	Hastane ve Birim Adı:
Kan Grubu:	G: P: A: L:	

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Fundusun Değerlendirilmesi			Loşanın Değerlendirmesi	
Fundusun Tonüsü: () Normal () Atonik			Renk:	
Pozisyonu:			Miktar (ped sayısı/24 saat) :	
Kıvamı:			Koku:	
Seviyesi:			Sağlığın Değerlendirilmesi	
Fundus Masajı: ()Yapıldı () Yapılmadı			Beslenme:	
Perinenin Değerlendirilmesi			Boşaltım:	
Perine Hijyeni:			İdrar Yapma Durumu: () Yapmadı () Yaptı	
Perine Bakımı: () Yapıldı () Yapılmadı			Kaçınıcı saatte yaptığı:	
Perine Hijyeni Eğitimi: () Verildi () Verilmedi			Mobilizasyon:	
Epizyotominin Değerlendirilmesi			Ağrı Puanı (10 üzerinden):	
Epizyotomi: () Var () Yok			Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi	
Şiddetli Ağrı: () Var () Yok			Meme Ucu Durumu: () Var () Yok	
Akıntı: () Var () Yok			Kolostrum Varlığı: () Var () Yok	
Kızarıklık: () Var () Yok			Emzirmede Sorun: () Yok () Var: ____	
Ödem: () Var () Yok			Emzirmenin başlatıldığı saat:	
Ruhsal Durum: () Normal () Anksiyete () Ajitasyon () Depresyon () Diğer: ____				
Uygulanan Tedavi (İlaç adı – Doz – Uygulama yolu – Sıklık)				

SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ

--	--	--

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: 1

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarıklık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarıklık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarıklık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarıklık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarıklık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarıklık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarıklık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarıklık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klempleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpma:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpma: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı:	() Yok () Var	Emme güçlüğü:	() Yok () Var	
Siyanoz:	() Yok () Var	Beslenme:	() Anne sütü () Mama	
Anoksi:	() Yok () Var	Sarılık:	() Yok () Var	
Doğum travması:	() Yok () Var	Enfeksiyon:	() Yok () Var	
Cerrahi girişim:	() Yok () Var	Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro:	() Yok () Var	Babinski:	() Yok () Var
El-ayak yakalama:	() Yok () Var	Gövdeyi içe eğme:	() Yok () Var
Tonik boyun:	() Yok () Var	Derin tendon:	() Yok () Var
Emme-yutma:	() Yok () Var	Göz kırpması:	() Yok () Var
Adım atma ve basma:	() Yok () Var	Arama:	() Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
SAĞLIKLI VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU

NO: ____

ANNENİN BİLGİLERİ

Adı Soyadı (İlk Harfleri):	Doğum Yaptığı Gebelik Haftası:	Tarih:
Kan Grubu:	Hastane ve Birim Adı:	Protokol No:
Risk Tanısı (varsa):		

YENİDOĞANIN BİLGİLERİ

Cinsiyeti: () Kız () Erkek	Kilo: ____ gr / Boy: ____ cm
Kan grubu:	Baş çevresi: ____ cm / Göğüs çevresi: ____ cm
Apgar skoru: 1. dk: ____ / 5. dk: ____	

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular				
Saat	KB	NB	Solunum	Ateş
Solunum sıkıntısı: () Yok () Var		Emme güçlüğü: () Yok () Var		
Siyanoz: () Yok () Var		Beslenme: () Anne sütü () Mama		
Anoksi: () Yok () Var		Sarılık: () Yok () Var		
Doğum travması: () Yok () Var		Enfeksiyon: () Yok () Var		
Cerrahi girişim: () Yok () Var		Diğer:		

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moro: () Yok () Var	Babinski: () Yok () Var
El-ayak yakalama: () Yok () Var	Gövdeyi içe eğme: () Yok () Var
Tonik boyun: () Yok () Var	Derin tendon: () Yok () Var
Emme-yutma: () Yok () Var	Göz kırpması: () Yok () Var
Adım atma ve basma: () Yok () Var	Arama: () Yok () Var

EBELİK GİRİŞİMLERİ

El- yüz temizliği	Vücut banyosu	Kanguru bakımı	
Ağız bakımı	Silme banyosu	NG beslenme	
Göz bakımı	Küvöz bakımı	IV girişim	
Göbek klemleme/bakımı	Tırnak kesme	Oksijen verme	
K vitamini uygulaması	Pozisyon değiştirme	Aspirasyon	
Hepatit B uygulaması	Masaj	Postural drenaj	
Bebeğin giydirilmesi	Anneyi emmesine yardım	Pişik bakımı	
Diğer:			

Öğrenci

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Gözlemleyen Ebe/Hekim

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

Onaylayan Öğretim Elemanı

Tarih:
Adı-Soyadı:
İmza:

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
EPİZYOTOMİ UYGULAMASI VE PERİNEAL ONARIMDA SÜTÜR UYGULAMA

No	Tarih/Saat Protokol No	Sütür Bölgesi / Sayısı / Şekli (devamlı, aralıklı sütür vb.)	Öğretim Elemanı/ Sorumlu Ebe/ Hemşire
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
JİNEKOLOJİK SORUNLARI OLAN KADININ BAKIMI

No	Tıbbi Tanı	Sorunlar	Girişimler	Öğretim Elemanı/ Sorumlu Ebe/ Hemşire
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
TIBBİ VE CERRAHİ BAKIMIN İÇİNDE YER ALMA

Uygulama*	1	2	3	4	5	Öğretim Elemanı / Sorumlu Ebe/Hemsire
El Yıkama						
Steril Eldiven Giyme						
Vital Bulgular						
Oral İlaç Uygulama						
Subkutan (SC)						
İntramüsküler (IM)						
İntravenöz (IV)						
Rektal/Vajinal						
Lokal/Topikal						
İlaç Hazırlama						
IV Katater						
IV İnfüzyon						
Kan Transfüzyonu						
Kan Alma						
Dren - Pansuman						
Sıvı Dengesi (AÇT)						
Üriner Katater						
Nazogastrik Sonda						
Lavman Uygulama						
Kan Şekeri						
Kişisel Bakım						
Beslenme Takibi						
Ağrı Takibi						
Preoperatif Hazırlık						
Postoperatif Bakım						
Taburculuk Eğitimi						
Not/Açıklama:						

*Yeterlilik Düzeyi: 1: Çok yetersiz 2: Yetersiz 3: Orta 4: Yeterli 5: Çok yeterli

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIK

No	Tarih/Saat Danışanın Adı - Yaş	Not/Açıklama	Öğretim Elemanı Sorumlu Ebe/ Hemşire
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
EMZİRME DANIŞMANLIĞI

No	Tarih/Saat Danışanın Adı - Yaşı	Not/Açıklama (Anne ve bebeğe ait problemler belirtilmelidir.)	Öğretim Elemanı Sorumlu Ebe /Hemşire
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
CİNSEL SAĞLIK/ÜREME SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI – I

No	Tarih/Saat Danışanın Adı - Yaşı	Not/Açıklama	Öğretim Elemanı Sorumlu Ebe /Hemşire
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
CİNSEL SAĞLIK/ÜREME SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI – II

No	Tarih/Saat Danışanın Adı - Yaşı	Not/Açıklama	Öğretim Elemanı / Sorumlu Ebe/ Hemşire
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
8			
19			
20			