

TC
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ

EBELİK BÖLÜMÜ
UYGULAMA DOSYASI
2019-2020

Öğrenci Adı Soyadı

Sorumlu Öğretim Elemanı

Öğrenci Bilgileri;
Adı:
Soyadı:
Numara:
Eğitim Öğretim yılı:



Danışman Hoca Adı:
İmzası:

UYGULAMA YERİ	BİRİM/KLİNİK	TARİH	AÇIKLAMA*

*Gitmediğiniz tarihleri nedenleri ile birlikte belirtiniz.

İÇİNDEKİLER

A. BİRİNCİ BASAMAKTA KULLANILACAK FORMLAR

- 1A: Birinci Basamak Tanıtım Formu
- 2A: Gebe ve Lohusa İzlem Fişi
- 3A: Bebek İzlem Fişi
- 4A: 15-49 Yaş Kadın İzlem Fişi

B. KLİNİKTE KULLANILACAK FORMLAR

- 1B: Klinik Tanıtım Formu
- 2B: Doğum Öncesi Veri Toplama Formu (tek bir hasta alınacak)
 - Laboratuvar Çalışmaları
 - Tanı Çalışmaları
 - İlaç Formu

3B: Travay İzlem Formu (Doğum öncesi alınan hasta eğer doğum yapmış ise aynı hasta için doldurulabilir. Eğer hastanız doğumda değilse başka hasta alınabilir ve doğum sonu bakım kısmı aynı hasta ile doldurulabilir.)

- Partograf

4B: Doğum Sonu Veri Toplama Formu

- Sıvı İzlem Formu
- Doğum Sonu Maternal Takip Formu
- Bakım Planı Formu

5B: Yenidoğan Veri Toplama Formu

- Bakım Planı Formu

6B: Ebelik Bölümü Uygulama Raporu (Klinik Uygulama Beceri Takip Formu)

C. UYGULAMA REHBERLERİ

- 1) Gebenin ve doğum sonu annenin genel fizik muayenesi uygulama rehberi
- 2) Leopold Manevraları Uygulama Rehberi
- 3) Fetal Kalp Sesi Dinleme Uygulama Rehberi
- 4) Vajinal Doğum Sonrası Fundus Masajı Uygulama Rehberi
- 5) Epizyotomi ve Kanama Kontrolü Uygulama Rehberi
- 6) LAMEZE Uygulama Rehberi
- 7) Yenidoğan Fizik Muayenesi Uygulama Rehberi
- 8) Aile Planlaması Danışmanlığı Uygulama Rehberi
- 9) Doğum Salonundaki Yenidoğanın Bakımı Öğrenim Rehberi (travayda kullanılacaktır)

UYGULAMA KURALLARI

- I. Uygulama, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve entegre hastanelerde yürütülmektedir.
- II. Uygulama saatleri Hastanelerde 08:00-16:00 ve 16:00-08:00; ASM, TSM ve entegre hastanelerde ise 09:00-17:00 saatleri arasındadır.
- III. Öğrenciler uygulama alanlarını sorumlu öğretim elemanı/klinik sorumlusu bilgisi haricinde, uygulama yerini değiştiremezler.
- IV. Uygulamada üniforma giyilmesi ve öğrenci kimlik kartının üniforma üzerine takılması zorunludur.
- V. Uygulamada beceri ve deneyim kazanmak amacıyla yapılacak her uygulamayı sorumlu öğretim elemanı veya klinikteki sağlık profesyoneli denetim ve gözetiminde yapmakla yükümlüdür.
- VI. Öğrenciler uygulama alanlarında kurum personeline ölçülü ve dikkatli davranmakla yükümlüdür.
- VII. Uygulamada öğrencilerden;
 - ◆ Uygulamalarda mesleki etik ilkelere bağlı kalmaları,
 - ◆ Uygulama alanının fizik ortamını, yapılan uygulamaları ve ortamı tanımaya çalışmaları,
 - ◆ En az 1 (bir) hastanın bakımının sorumluluğunu almaları,
 - ◆ Düzenli veri toplamaları, hastalara yönelik formların doldurularak birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerini içeren ebekim bakım planı yapmaları,
 - ◆ Sorumluluğu altındaki hastaların sağlık durumları ile ilgili değişme ve gelişmelerden öğretim elemanı, klinik ebe ve/veya doktorlarını haberdar etmeleri,
 - ◆ Uygulamalarda ekip iş birliği içinde çalışmaları, sabah ve akşam hastalarının teslimlerine ve vizitlere katılmaları,
 - ◆ Birey ve aileyi mümkün olduğunca bakıma katabilmeleri,
 - ◆ Hastanın taburculuk sonrası bakımı ve durumuna uyumu için yapılabilecek girişimleri planlamaları ve hastaları taburculuğa hazırlamaları,
 - ◆ Beceri takip formunda belirtilen becerileri en az 1 kez öğretim elemanı ile yapmaları ve öğretim elemanlarına yaptıkları uygulamaları imzalatmaları beklenmektedir.
- VIII. Uygulamaların her günü için bir sorumlu öğrenci ebe seçilecektir. Sorumlu öğrenci ebe nin görevleri;
 - Her öğrenciye uygun hasta paylaşımı yapmak,
 - Yemek saatlerinde hastaların devir-teslim işlerini kontrol etmek,
 - Yeni hasta yatışlarını izleyip, dağıtımı için öğretim elemanı ile iş birliği yapmak,
 - Ebe gözlem formlarının uygun şekilde doldurulduğunu (yaşam bulguları, sistem sorgulama) kontrol etmek,
 - Uygulama sırasında gözlenen eksiklikleri ve sorunları öğretim elemanı ile paylaşmaktır.
- IX. Öğrenciler, uygulama sırasında karşılaştıkları sorunları sorumlu öğretim elemanına iletmelilerdir. Sorunları diğer sağlık personeli ile tek başlarına çözmeye çalışmamalıdır.
- X. Öğrenciler kurum yönetiminin belirlemiş olduğu bilgi güvenliği, hasta mahremiyeti ve hasta hakları kurallarına uymak zorunda olup öğrenmiş olduğu bilgiyi üçüncü şahıslara açıklayamazlar.
- XI. Uygulamalarda cep telefonu gibi elektronik aletler sessiz durumda olmalıdır.

BAŞARILAR DİLERİZ...

A. BİRİNCİ BASAMAKTA KULLANILACAK FORMLAR***Birinci Basamak Tanıtım Formu***

Bu rapor Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve hastane polikliniklerinde uygulama yapan öğrenciler tarafından doldurulacaktır

Tarih:

Öğrencinin Adı-Soyadı:

Uygulama Yeri:

Sağlık Kuruluşunun Genel Özellikleri:

Sağlık kuruluşunun işleyişi ile ilgili mevzuat (kanun, yönetmelik, yönerge)

Sağlık Kuruluşunun Fiziki Şartları:

Sağlık Kuruluşunun Personel Sayısı:

Sağlık Kuruluşunda Anne ve Çocuk Sağlığına Yönelik verilen hizmetler:

Gözlemlenen veya yapılan uygulamalar (ASM ve TSM BİRİMLERİNDE)

Uygulama	Uygulamanın amacı	Uygulamanın nasıl yapıldığı	Kullanılan malzemeler	Uygulamayı yapan kişi

Bu rapor Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve hastane polikliniklerinde uygulama yapan öğrenciler tarafından doldurulacaktır.

GEBE-LOHUSA İZLEME FİŞİ

2A

Kurumu:

Sıra No:
Muhtarı:
Sokağı:
Ev No:
Tlf.No:

Gebenin Tespit Edildiği Tarih
...../...../.....

Adı Soyadı:
Doğum Tarihi:
Eşi İle Akrabalık Durumu:
Öğrenim Durumu:
İşi:
Evlenme Yaşı:
İlk Gebelik Yaşı:
Eşinin Adı:

Kaçıncı Gebeliği	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Annede Mevcut Sistemik Hastalık	Pelvis Durumu	Kan Grubu Rh	Eşinin Kan Grubu Rh	Bir Önceki Gebeliğin Sonlanma Tarihi	Bir Önceki Gebeliğin Sonucu	Bir Önceki Doğumun Yeri
						DM HT KVS Astm Diğer	Uygun Dar Şüpheli	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 gün ay yıl	Canlı doğum Ölü doğum Düşük	Hastanede <input type="checkbox"/> Veya Diğer Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı İle <input type="checkbox"/> Evde Kendi Kendine <input type="checkbox"/>

Bir Önceki Gebelikte	Gebelik Öncesi Kullandığı Koruyucu Yöntem	Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler				Doğuştan Şekil Bozukluğu
		Gebelik Sonucu ve Tarihi	Doğum Nasıl Yapıldı ?	Doğumun Yeri ve Biçimi	Doğan Bebek	
Kanama <input type="checkbox"/> Yüksek tansiyon <input type="checkbox"/> Şeker Hastalığı <input type="checkbox"/> Plesantanın Erken Ayrılması <input type="checkbox"/> Enfeksiyon <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	RIA <input type="checkbox"/> Hap <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diğer:	Düşük: Ölü Doğum: Canlı Doğum:/...../.....	Spontan Vakum Forseps Sezaryen	Hastanede <input type="checkbox"/> Veya Diğer Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı İle Evde Kendi Kendine <input type="checkbox"/> Doğumun Planlandığı Yeri	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> Kilosu gr. Boyu cm Geliş Biçimi: Çoğul Doğum <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/> Var: Notlar:

Ebenin Adı Soyadı :

Tarih :

Hekimin Adı Soyadı :

Tarih :

Risk Durumu:
Son Adet Tarihi:
Beklenen Doğum Tarihi:
Boy:cm

Tetanos aşısının yapıldığı tarihler 1.Ay: 4.Ay:
2.Ay: 5.Ay:
3.Ay:

İZLEM VE DANIŞMANLIK

Tarih	Gebelik Haftası	Ağırlık (Kg)	Kan Basıncı (mmHg)	Ödem	Varis	Nabız /dakika	İdrarda Protein	Hemoglobin %	Çocuk Kalp Sesi (sayı/dakika)	Geliş Biçimi	Gebe Demir	Sistemik Mıyane	Laboratuvar Bulguları	Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine uygun izlem, danışmanlık ve sevk	Sonraki İzleme Tarihi	İmza

LOHUSA İZLEMİ

Tarih	Kan Basıncı /mmHg	Nabız/dakika	Kanama Takibi	Ateş	Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine uygun izlem, danışmanlık ve sevk	İmza

KARABÜK
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ EĞİTİM
MATERYALİ

Sosyal Güvence Durumu

BEBEK VE ÇOCUK İZLEME FİŞİ

Fişin Düzenlendiği Tarih

... / ... / ...

Cinsiyet

İL : _____

KURUM: _____

İLÇE: _____

SAĞLIK EVİ: _____

Muhtarığı

Soyadı

Sokağı	
Ev No	
Telefon	

Adı	
Baba Adı	
Ana Adı	
Doğum Tarihi	
Kan Grubu	

Anne - Baba Akrabalık Derecesi	
--------------------------------	--

ANNENİN GEBELİK ÖYKÜSÜ

Doğum Tarihi	Öğrenim Durmu	Toplam Gebelik Sayısı	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı

BEBEĞİN DOĞUMU İLE İLGİLİ BİLGİLER

Doğum Ağırlığı	Doğuma Yardım Eden	Doğumun Yapıldığı Yeri	Kan Uyuşmazlığı	Tanı Başlıkları (Doğum Komplikasyonları Konjenital Defekt, Genetik Hastalık)	Riskli Durumlar

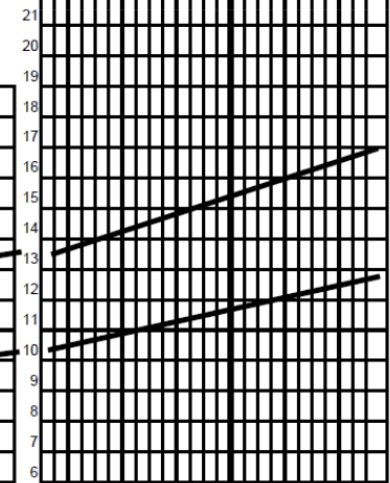
KAN UYUŞMAZLIğI

	DBT	Polio	Kızamık	DT	Tetanoz	BCG	PPD		
I									
II									
III									
R/IV									
R/IV									

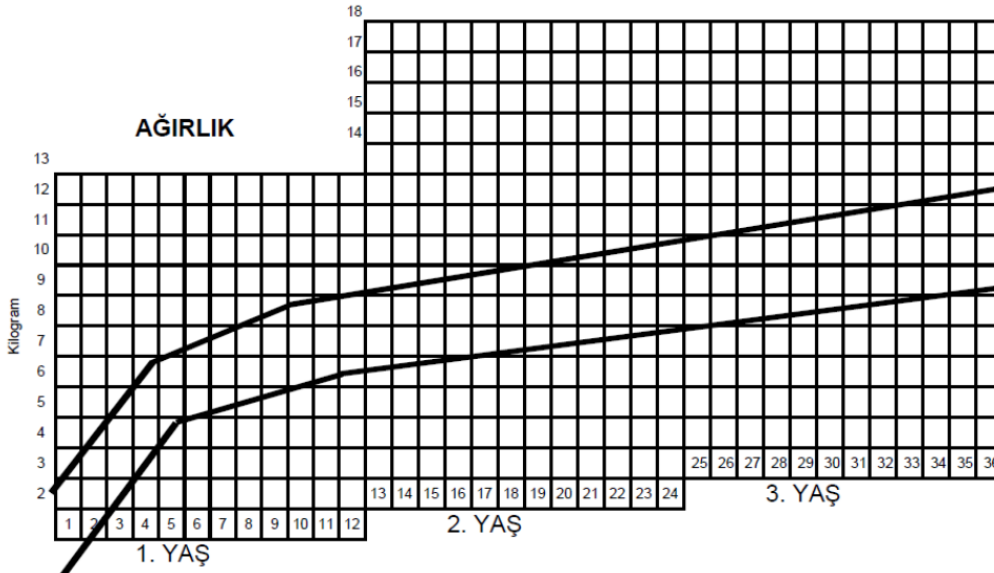
Doğum Ağırlığı Kg.

Doğumda Boyu Cm.

22



AğIRLIK



4. YAŞ

5. YAŞ

2. YAŞ

3. YAŞ

1. YAŞ

İZLEMELER

Tarih	Yaşı		Ağırlığı	Boy (cm)	Baş Çev. (cm)	Göğüs çev. (cm)	Kol Çev. (cm)	Fontanel	Bulgular	Değerlendirme ve tanı	İmza

DÜZENLEYEN	
Adı Soyadı:	
Ünvanı:	
Tarih:	
İmza:	

1) Hekimin Adı Soyadı:	Tarih:	İmza:
2) Hekimin Adı Soyadı:	Tarih:	İmza:
3) Hekimin Adı Soyadı:	Tarih:	İmza:
4) Hekimin Adı Soyadı:	Tarih:	İmza:

KARABÜK
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ EĞİTİM
MATERYALİ

15-49 YAŞ KADIN İZLEM

TC Kimlik No	
Soyadı	
Adı	
Doğum Tarihi	
Öğrenimi	
Mesleği	
Sosyal Güvence	
Kan Grubu	

Cinsel Sağlık Bilgileri

İlk Adet Yaşı	
Dismonore	
Adet Düzeni: Sıklığı, süresi	
Adetten Kesilme Yaşı	
İlk Evlilik Yaşı	
İlk Doğum Yaşı	
Talasemi Taşıyıcılığı	

Doğurganlık Bilgileri

Toplam Gebelik Sayısı	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	İsteyerek Düşük Sayısı	Kendiliğinden Düşük Sayısı	Olan Çocuk Sayısı

Alışkanlıklar

Sigara	Alkol	Madde	Kullandığı İlaçlar

Tetanoz Aşı Tarihleri

--	--	--	--	--

Göç Halinde

Göç Tarihi	
Göç ettiği Yer	

Sağlık Ocağı

Sağlık Evi

İl	
İlçe/Mahalle	
Sokağı	
Ev No	
Tel No	

Eşinin Adı	
Öğrenimi	
Mesleği	
Akrabalık Derecesi	
Kan Grubu	

Sistemik Hastalıkları

KVS Hastalıkları: HT, Kalp Kapak Hast., Koroner Arter Hast., Tromboflebit vb
Endokrinolojik Hast.: DM, Hiperteroid vb.
Serebrovasküler ve Nörolojik Hast: Anevrizma, Fistül, Epilepsi vb.
Solunum Sistemi Hast: A.Bronşiale, KOAH vb.
Hemapoetik Sistem Hast.: Anemi, Lenfoma , Lösemi vb.
Neoplazmlar
Psikiyatrik Hastalıklar
Geçirilmiş Ameliyathar
Kongenital ve Metabolik Genetik Geçişli Hastalıklar

Gebelik Öyküsü

Gebelikleri	Doğumun veya Düşüğün Gerçekleştiği Tarih	Doğumdaki veya Düşükteki Gebelik Haftası	Doğum Şekli	Doğumun Gerçekleştiği Yer
1.Gebelik				
2.Gebelik				
3.Gebelik				
4.Gebelik				
5.Gebelik				
5+.Gebelik				

Ölüm Halinde

Ölüm Tarihi	
Ölüm Nedeni	

İZLEMLER

İzlem Tarihi	Öykü	Sistemik Fizik Muayene	Hb	Hct	TİT	TA	EKG	Varis Muayenesi	Meme Muayenesi	CYBE Bulgusu Sorgulama	PAP Smear	Verilen Üreme Sağlığı Danışmanlıklar	Kullanılan AP Yöntemi	AP Yöntemi Kullanmama Nedeni	Risk Tespit Kodu	Diğer
...																
...																
...																
...																
...																
...																
...																
...																
...																
...																
...																
...																
...																
...																

RISK TESPİTİ KODU		AP Yöntemi Kullanmama Nedeni
1-18 yaş altı gebelik	8-Şüpheli PAP smear	1-Bekar
2- 35 yaş üstü gebelik	9-Memede şüpheli kitle	2-Yöntem kullanmak istemiyor
3-Dört veya daha fazla doğum yapanlar	10-CYBE	3-Gebe kalmak istiyor
5-Son doğumu yapalı 2 yıldan az olanlar	11Kalıtsal hastalıklar	4-Emziriyor
6- Sistemik hastalığı olanlar	12-Anemi	5-Gebeliği devam ediyor
7-Adet düzensizliği olanlar	13-Sigara	6-Menapozda
		7-İnfertilite
Kullanılan AP Yöntem: hap, kondom, enjeksiyon, deri altı implant, RİA, tüp ligasyonu, vazektomi, diğer modern yöntem, geri çekme, takvim yöntemi, diğer geleneksel yöntem.		
Verilen Üreme Sağlığı Danışmanlıklar:Evlilik Öncesi, Gebelik Öncesi, Menapoz, Ergen Sağlığı, AP Danışmanlığı, CYBE Danışmanlığı, Beslenme		

B. KLİNİKTE KULLANILACAK FORMLAR*KLİNİK TANITIM FORMU*

Bu rapor Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve hastane polikliniklerinde uygulama yapan öğrenciler tarafından doldurulacaktır

Tarih:

Öğrencinin Adı-Soyadı:

Uygulama Yeri:

Sağlık Kuruluşunun Genel Özellikleri:

Sağlık kuruluşunun işleyişi ile ilgili mevzuat (kanun, yönetmelik, yönerge)

Sağlık Kuruluşunun Fiziki Şartları:

Sağlık Kuruluşunun Personel Sayısı:

Sağlık Kuruluşunda Anne ve Çocuk Sağlığına Yönelik verilen hizmetler:

Gözlemlenen veya yapılan uygulamalar (ASM ve TSM BİRİMLERİNDE)

Uygulama	Uygulamanın amacı	Uygulamanın nasıl yapıldığı	Kullanılan malzemeler	Uygulamayı yapan kişi

Bu rapor Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve hastane polikliniklerinde uygulama yapan öğrenciler tarafından doldurulacaktır.

DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU

ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI:

UYGULAMA YERİ:

GEBENİN BİREYSEL ÖZELLİKLER

Adı Soyadı:

Yaşı:

Eğitimi:

Mesleği:

Sosyal Güvence Durumu:

Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler):

Gelir Düzeyi:

Gelir Düzeyini Algılaması:

Kan Grubu:

Evlilik Süresi:

İlk evlilik yaşı:

Kan Grubu:

Oturduğu Ev: Kendisinin () Kira () Gecekondu () Apt. dairesi ()

Menarş yaşı:

Dismenore öyküsü:

Menstruasyonun süresi, sıklığı ve düzeni:

Geçirdiği ya da var olan jinekolojik problemler-yakınmalar (ağrı, akıntı, kaşıntı, kanama vb):

.....

Geçirdiği jinekolojik cerrahi girişimler:

Yaptırdığı jinekolojik kontroller:

Türü, tarihi:

Eşi ile Akrabalık Durumu:

Hastaneye Yatış Tarihi:

Görüşme Tarihi:

Adresi-Telf:

Eşinin:

Yaşı:

Eğitimi:

Mesleği:

Sosyal güvencesi:

GEBENİN VE AİLESİNİN GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ

Aşağıdaki durumlardan herhangi biri sizde ya da ailenizden herhangi bir kişide var mı?

	Gebe Kadın		Ailesi	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hastaneye yatma				
Ameliyat				
CYBH (cinsel yolla bulaşan hastalıklar)				
Kalp hastalığı				
Hipertansiyon				
Tüberküloz				
Astım				
Pnomoni				
Ülser				
Diyabet				
Üriner sistem problemleri				
Troid problemleri				

Düzenli olarak kullandığı ilaçlar ve diğer tedaviler (gebelik öncesi):.....

Önceki gebelikler:

Gravida: Parite: Abortus: Küretaj: Ölü doğum:

	Gebelik Tarihi	Gebelik süresi	Gebeliğin sonlanma şekli	Nerede sonlandığı	Bebeğin cinsiyeti
1					
2					
3					
4					
5					

Önceki gebeliklerinde aşağıdaki problemlerinden biri oldu mu?

	Evet	Hayır
Hastaneye yatma		
Gestasyonel hipertansiyon/ preeklamsi		
Ödem		
Kanama		
Enfeksiyon		
Psikolojik problemler		
Gestasyonel diyabet		
Diğer.....		

Önceki gebeliklerinizde doğum öncesi kontrollere gittiniz mi?/kaç kez/nereye?.....

.....

Önceki çocuklarınızı nasıl beslediniz?

.....

Önceki doğumlarınızda aşağıdaki problemlerden herhangi biri oldu mu?

	Evet	Hayır
Kısa eylem		
Uzun eylem		
Epizyotomi		
Forseps uygulaması		
Vakum uygulaması		
İri bebek doğumu		
DDA bebek doğumu		
Prematüre		
Postmatüre		
Sezeryan		
Çoğul doğum		
Kanama		
Enfeksiyon / Ateş		
Hipertansiyon		
Preeklampsi/Eklampsi		
Meme sorunu		
Psikolojik problemler		
Diğer.....		

Kontraseptif öyküsü:

Kullandığı yöntemler:

Süresi:

Yan etkileri/Bırakma nedenleri:

GEBE KADININ ŐİMDİKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ

Boy:

Gebelik Öncesi Kilo:

BKİ:

Őuan ki kilosunu:

Yaşam Bulguları:

Ateş: Nabız: Sol: KB:

Laboratuvar değerleri:

İdrar analizi

Kan analizi:

Varsa NST/USG ve diğer iŐlemlerin sonucu:.....

SAT:

TDT:

Őuandaki gebelik haftası:

Gebeliğin baŐlangıcından bu yana yaşadığı gebelik belirtileri ve yakınmaları:.....

Leopold manevralarının sonuçları

1. Leopold manevrası:

2. Leopold manevrası:

3. Leopold manevrası:

4. Leopold manevrası:

Abdomenin değerlendirilmesi:

Linea negra:

Sitria

Gebelik maskesi:

Geçirilmiş ameliyat izi/skar:

Memelerin değerlendirilmesi:

Emzirme aŐısından:

Meme muayenesi aŐısından:

ÇKS/fetal hareketler: ()Normal ()Hipoaktif ()Hiperaktif

Gebe olduktan sonra herhangi bir hastalık geçirdiniz mi?

Tanı/Tedavi:

Gebe olduktan sonra herhangi bir ilaÇ kullandınız mı?

İlacın adı:

Kullanım süresi:

Alışkanlıkları (miktar belirtiniz) Sigara () Alkol () Çay () Kahve () Diğer ()

Bu gebeliğinizde belirtilen problemleri yaşadınız mı? (yaşanan şikayetleri yuvarlak içine alınız)

Kabızlık, idrar yaparken yanma, bulantı kusma, baş ağrısı, anormal vajinal akıntı, vajinal kanama, ayak ve bacaklarda ödem, kramp, aşırma, alerji, hemoroid, varis, ateş, duygusal problemler, diğer.....

Bu gebeliğinizde sağlık kontrollerine gittiniz mi? (hangi aylarda, nereye).....

Bu kontroller sırasında size ne gibi işlemler yapıldı?

Bu kontroller sırasında size gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi verildi mi? Neler?

Bu kontroller sırasında size herhangi bir aşı yapıldı mı? Hangi aşı/aşılarda?.....

Doğumunuzu nerede yapmayı düşünüyorsunuz?

Neden?

Doğumdan sonra kullanmayı düşündüğünüz bir aile planlaması yöntemi var mı?

Neden?

GEBELİĞİ ETKİLEYECEK SOSYOKÜLTÜREL DURUMLAR

Gebelik planlanmış bir gebelik mi?

Gebeliğe ilk tepkiniz ne oldu?

Gebelik için şu anda ne gibi duygular yaşıyorsunuz?.....

Eş ve ailenizin gebeliğinize ilk tepkisi ne oldu?.....

Aileniz için planladığınız çocuk sayısı nedir?.....

Ailede kararlara katılma durumu:

Gebelik şundaki ya da gelecekteki yaşam aktivitenizi etkiliyor mu?

Gebelikte birlikte kendiniz ya da bebeğiniz için yaşadığınız herhangi bir endişe korku oldu mu?.....

Halen var mı?

Herhangi bir problem olduğunda size destek olacak kişi ya da kurumlar var mı?

() Eş, () Aile () Komşular () () Akrabalar () Toplumsal kurumlar

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

	Evet	Hayır
Pika		
Loğusa kadına su vermeme		
Loğusa kadının karnını sarma		
Kundaklama		
Emzirme için üç ezan bekleme		
Bebeğe şekerli su verme		
Bebeğin memelerini ovma		
Bebeği tuzlama		
Göbeğin düşmesi için geleneksel uygulamalar		
Fizyolojik sarılığa yönelik geleneksel uygulamalar		
Diğer.....		

GEBELİK RİSKİNİN BELİRLENMESİ

Bu gebeliğinizde aşağıdaki risk faktörlerinden herhangi biri oldu mu? (Gebenin anlayacağı dil kullanarak sorunuz)

	Evet	Hayır
Kalp hastalığı		
Enfeksiyon hastalıkları		
Diyabet		
Pelvik İnflamatuar Hastalık		
Rh Uyuşmazlığı		
Plasenta Previa		
Ablasio plasenta		
Erken Membran Ruptürü		
Hiperemesis gravidarum		
Prematüre eylem		
Düşük tehdidi		
Mol Hidatiform		
Ektopik Gebelik		
Oligohidroamniyoz		
Polihidroamniyoz		

Bu belirtiler gebeliğin hangi haftasında başladı? Nasıl ilerledi?.....

Hastaneye ne zaman başvurduunuz?

Şuanda aldığı bakım/tedavi protokolü nedir?.....

GEBE KADININ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Beslenme Şekli:

Günde kaç öğün ve ara öğün alıyor:

Yediği besinler:

Süt içiyor mu?/miktarı:

Uyku düzeni: Uyuyabiliyor() Uyuyamıyor () Nedeni.....

Hijyenik Uygulamalar:

Banyo yapma şekli:

Banyo yapma sıklığı:

Perine Hijyeni:

Boşaltım sonrası perineyi temizleme yöntemi:

İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:

Kullandığı iç çamaşırlarının özelliği:

İç çamaşırlarını temizleme şekli:

Boşaltım alışkanlığı:

Cinselliği ifade etme:

GEBEYE İLİŞKİN DİĞER GÖZLEM VE YORUMLARINIZ:

.....
.....

LABORATUAR ÇALIŞMALARI

TEST	TARİH	TEST SONUCU	NORMAL DEĞERLER	Bu test bu hasta için neden istenmiş açıklayın Anormal bulguların hastanın durumuyla ilişkisi nedir
Eritrosit (RBC)				
Hemoglobin(HGB)				
Hemotokrit(HTC)				
Trombosit				
Lökosit(WBC)				
Nötrofil				
Eozinofil				
Bazofil				
Lenfosit				
Monosit				
Na+				
K+				
Cl				
HCO ₃				
Ca				
P				
Mg				
Kan Şekeri (Açlık)				
Kan Şekeri (Tokluk)				
HbA1C				
BUN				
Kreatin				
Amonyak				
Total Kolesterol				
HDL				
LDL				
Trigliserid				
LDH				
SGOT/AST				
SGPT/ALT				
Total protein				
Albumin				
Total bilirubin				
Direkt bilirubin				
Ürik asid				
Diğer				
İDRAR				
Dansite 1.001-1.035				
pH 4.5-7.5				
Lökosit 1-2				
Eritrosit 0-1				
Kültür/Antibiyogram				
Diğer				

TANI ÇALIŞMALARI

Tarih	Testin Adı	Yapılma Nedeni	Sonuç ve Yorum

*USG, Tv-USG, Smeer, Tarama testleri (2. ve 3.), NST, OGTT gibi testlerin yapılma nedeni, sonucu ve yorumunu yazınız.

İLAÇ FORMU

Tarih:

Öğrencinin Adı Soyadı:

Hastanın adı-Soyadı			
1. İlaç & Doz			
Uygulama yolu:			
Sınıf & etki mekanizması:			
Hasta bu ilacı neden alıyor?			
Ebenin izlemesi gerekenler:			
2. İlaç & Doz			
Uygulama Yolu:			
Sınıf & etki mekanizması:			
Hasta bu ilacı neden alıyor?			
Ebenin İzlemesi Gerekenler:			
3. İlaç & Doz			
Uygulama yolu:			
Sınıf & etki mekanizması:			
Hasta bu ilacı neden alıyor?			
Ebenin izlemesi gerekenler:			
4. İlaç & Doz			
Uygulama yolu:			
Sınıf & etki mekanizması:			
Hasta bu ilacı neden alıyor?			
Ebenin izlemesi gerekenler:			

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ UYGULAMA FORMU

TRAVAY İZLEM FORMU

Adı-Soyadı:

Yaşı:

Sat

Gravida

Para:

Abortus:

Kan Grubu:

Travay Odasına Geliş Saati:

Amnion Kesesinin Açılma Durumu: Kendiliğinden (saati:.....)

Eylemin Başlaması: Kendiliğinden (saati:.....)

Lavman Yapılma Durumu: Evet (saati:.....)

Suni (saati:.....)

İndüksiyonla (saati:.....)

Hayır

Saat	T.A	Nabız	Ateş	Solunum	Kontraksiyonlar			ÇKS	Serviks		Fikse (F) Mobil (M) Angaje(A)	Solüsyon Cinsi	Şişe seviyesi	Damla sayısı/dk	Giden Sıvı
					Süre	Sıklık	Şiddet		Dilatasyon	Efesman					

DOĞUM ŞEKLİ:

TARİH:

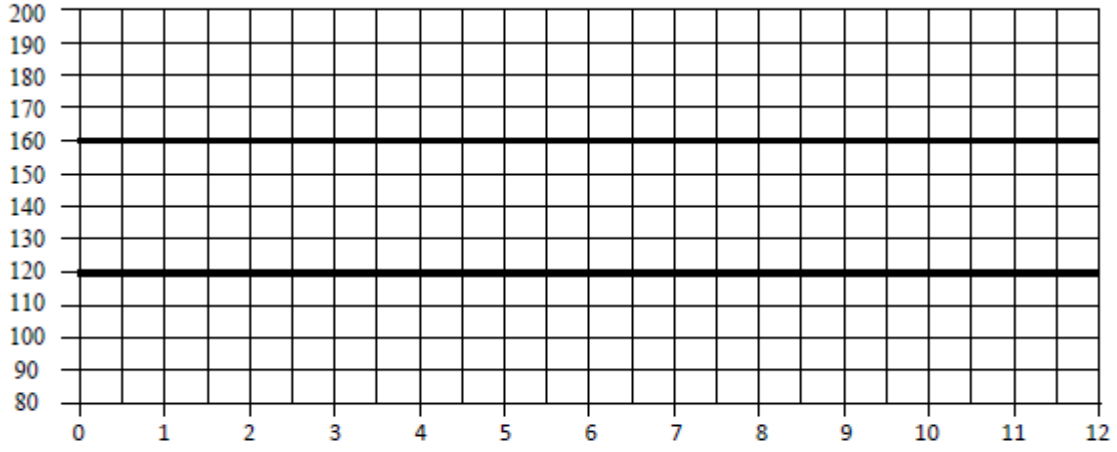
SAAT:

ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI:

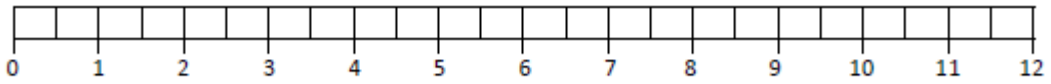
PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü:saat	

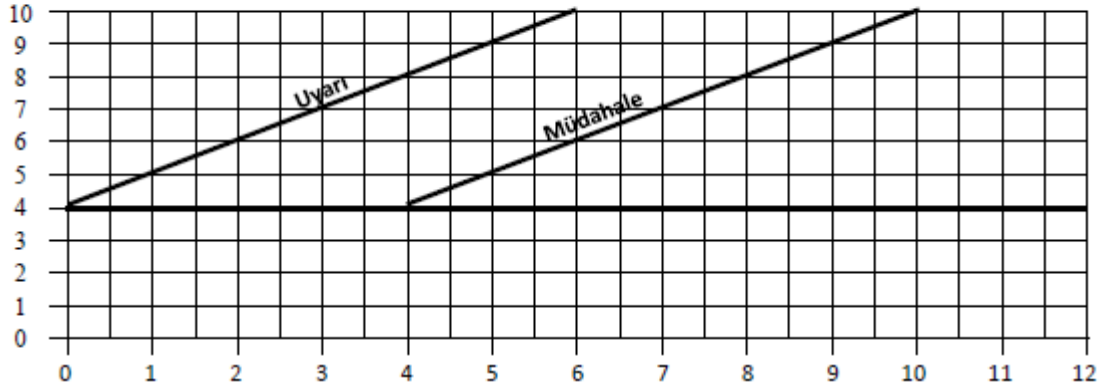
Fetal Kalp Atım Hızı



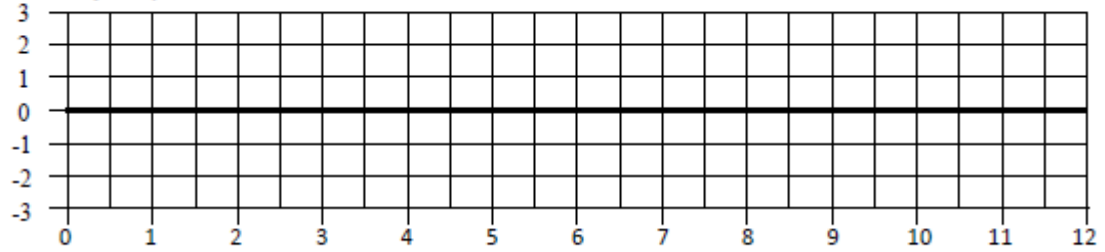
Amniyon Sıvısı



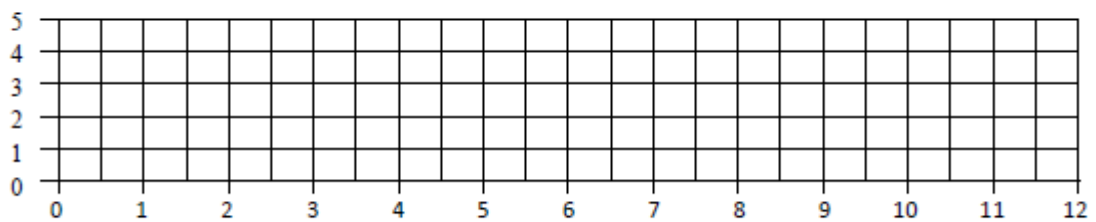
Serviks Açıklığı



Baş Seviyesi



Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU
EBELİK BÖLÜMÜ UYGULAMA RAPORU
DOĞUM SONU MATERNAL VERİ TOPLAMA FORMU

Tarih:

Öğr. Ebe Adı Soyadı:

Uygulama yeri, Birim/Ünite:

Adı-Soyadı:

Doğum tarihi:

Doğum şekli:

Doğum Saati:

İdrara çıkma süresi :saat

Gaita yapma süresi:saat

Yaşam bulguları:

Ateş: Nabız: KB:

Annenin beslenmeye başlama süresi:saat

Epizyo: () Yok () Var

Ağrı () Yok () Var, nerede
 ne zaman başlıyor.....
 ne tür önlem alıyor

Bebeği ile ilgilenme durumu: () İlgileniyor () Yeterince ilgilenmiyor () Hiç ilgilenmiyor

Doğum sonu dinlenebildi mi? ()Evet () Hayır, neden?.....

Eşinin ve ailesinin anneye karşı tutumu.....
 bebeğe karşı tutumu.....

Anne fundus masajı yapmayı biliyor mu? ()Evet () Hayır

Fundusun kıvamı: Symfisis pubisten yüksekliği.....

Loşia miktarı:

Loşia rengi:

Loşia kokusu:

Loşia ile annenin bilgisi: () Yeterli () Yeterli değil

Annenin perine hijyenine yönelik bilgisi: () Yeterli () Yeterli değil

Anne bebeğini doğumdan sonra ilk ne zaman emzirdi:saat sonra

Colostrum salgısını bebeğe verdi mi? ()Evet () Hayır

Bebek yeterli emebiliyor mu? ()Evet () Hayır, neden?

Bebeğin emzirmeden önceki bakımı: ()Doğru yapıyor ()Yanlış yapıyor ()Hiç yapmıyor

Bebeği emzirme tekniği : ()Doğru ()Yanlış ()Bilmiyor

- Emzirme sonrası bebeğin gazı çıkarılıyor mu? Evet Hayır, neden?
- Emzirme sonrası bebek nasıl yatırılıyor? Yan Sırtüstü Yüzüstü
- Memeden yeterince süt geliyor mu? Evet Hayır
- Memede dolgunluk ve ağrı var mı? Evet Hayır
- Bebek yeterince boşaltamıyor Evet Hayır
- Meme başının durumu (meme başı var, içe dönük v.b)
- Anne bebeğin perine temizliğini nasıl yapıyor?
-
- Anne bebeğin göbek bakımını nasıl yapıyor?
-
- Anne loğusalıkta nasıl besleneceğini: Biliyor, nasıl?.....
- Bilmiyor
- Annenin daha önce kullandığı aile planlaması yöntemi:
- Bundan sonra kullanacağı AP yöntemi :
- Bundan sonra kullanacağı AP yöntemi hakkında yeterli bilgisi var mı? Evet Hayır
- Doğum sonrası egzersizleri biliyor mu? Evet Hayır
- Hangi sıklıkla kontrole geleceğini biliyor mu? Evet Hayır
- Postpartum dönemde tehlike belirtilerini biliyor mu? (kanama, yüksek ateş, titreme, taşikardi, kokulu akıntı, yanma, mastit vb.) Evet Hayır
- Annenin durumuna ve bakımına yönelik topladığınız diğer veriler:
-
-
-

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ UYGULAMA RAPORU

SIVI İZLEM FORMU

Hastanın Adı Soyadı:

Öğr. Ebe Adı Soyadı:

Tarih /Saat	Sıvının Cinsi	DDS	Şişe Seviyesi	Hastaya Giden Miktar	Açıklamalar

**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ UYGULAMA RAPORU**

DOĞUM SONU MATERNAL TAKİP FORMU

Tarih:

Öğrencinin Adı Soyadı:

Hastanın adı-soyadı								
Saatler								
Fundusun Yüksekliği								
Pet Sayısı / gün								
Kanama Miktarı (ped sayısı)								
Kanama Özelliği								
Cilt Özelliği (Soğuk, sıcak v.s)								
Fundus Masajı								
İnsizyon bölgesi takibi (hemetom, enfeksiyon, açılma, akıntı..)								
Yaşamsal bulgular -T.A -Solunum -Nabız -Ateş								
Aldığı /çıkardığı Sıvı takibi								
Epizyotomi Takibi (REEDA Skalasına göre değerlendiriniz)								
Diğer Bulgular								

**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ UYGULAMA RAPORU**

BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Adı Soyadı

Öğrencinin Adı-Soyadı

Tarih	TANILAMA	PLANLAMA		UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
		Amaç / Sonuç Kriterleri	Müdahaleler /Girişimler		
	Ebelik Tanısı Etyolojik Faktörler: Tanıya götüren bulgular:	Amaç: Sonuç kriterleri:			

**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ UYGULAMA RAPORU (YENİDOĞAN)**

Tarih:

Öğrencinin Adı Soyadı:

Bebeğin adı:

Bebeğin Isıtılması :

Göz Profilaksisi :

K Vitamini:

Kordon Muayenesi :

Ağırlık : Boy : Baş Çevresi : Ateş : Nabız : Solunum Sayısı :

Rh Uyuşmazlığı: () Var () Yok

Ağlama Şekli: () Güçlü () Zayıf () Sürekli () Yok

Deri Bulguları :

Sulukluk : Siyanoz/ Yeri: İkter:

Turgor/Tonus: Hipotonik : Hipertonik :

Peteşi : Ekimoz : Purpura :

Hemanjiyom : Mongol lekesi:

Ödem : Vernix Caseose:

Baş :

Saç yapısı :

Baş Şekli :

Fontaneler: Ön fontanelcm Kabarıklık/Çöküntü : () Var () Yok

Arka Fontanelcm Kabarıklık/Çöküntü : () Var () Yok

Facial Asimetri : Vakum İzleri :

Sefal Hematom : Caput Succedenum :

Yüz :

Renk : Döküntü: Simetri: Ödem:

Göz :

Akıntı : Konjunktivit : İkter : Ödem :

Kulak :

Asimetri : Akıntı :

Burun :

Burun Akıntısı : Burun Tıkanıklığı :

Ağız ve Boğaz :

Renk : Nemliliği: Emme Özelliği : Yutma Özelliği :

Solunum Sistemi/Göğüs :

Solunum Şekli (Abdominal, diafram):

Apne:

Retraksiyon :

Sekresyon :

Toraks Simetrisi:

Meme Akıntısı ve Şişlik:

Abdomen :

Göbek Kordonu :

Akıntı :

Enfeksiyon :

Kanama :

Umbilikal Herni :

Konjenital Anomali :

Ekstremiteler :

Üst Ekstremiteler :

Hareket :

Asimetri :

Alt Ekstremiteler :

Hareket :

Asimetri :

Doğumsal Kalça Çıkığı (DKÇ) :

Genital Sistem :

Kız:

Labia Majör:

Labia Minör :

Klitoris :

Akıntı/ Kanama :

Erkek :

Fimozis :

Hipospadias :

Epispadias :

Testisler :

Nörolojik Sistem :

Gözle izleme :

Emme Refleksi :

Yutma Refleksi :

Adımlama Refleksi :

Yakalama Refleksi

Arama Refleksi :

Babinski Refleksi :

Moro Refleksi:

Spinal Kord:

Beslenme :

Besleme Şekli (Anne Sütü/ Formül) :

Kusma:

Regürjitasyon:

Boşaltım :

İlk idrar yapma zamanı:

Sıklığı:

Miktarı (bez/gün)

Rengi:

İlk gaita yapma zamanı:

Sıklığı:

Miktarı: (bez/gün)

Rengi:

Distansiyon :

**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ UYGULAMA RAPORU**

BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Adı Soyadı

Öğrencinin Adı-Soyadı

Tarih	TANILAMA	PLANLAMA		UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
		Amaç / Sonuç Kriterleri	Müdahaleler /Girişimler		
	Ebelik Tanısı Etyolojik Faktörler: Tanıya götüren bulgular:	Amaç: Sonuç kriterleri:			

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ UYGULAMA RAPORU
KLİNİK UYGULAMA BECERİ TAKİP FORMU

BECERİ LİSTESİ														
	Fundus Masajı	Leopold Muayenesi	Loşia Takibi	ÇKS Dinleme	Lameze Solunum Egzersizleri	Kontraksiyon Takibi	Epizyotomi Bakımı/Değ.	Y.doğan Fizik Muayenesi	Kadının Fizik Muayenesi	Fundus Yüksekliğin Ölçümü	Meme Bakımı	Göbek Bakımı	Emzirmenin Desteklenmesi	Diğer Beceriler
Tarih İmza														
Tarih İmza														
Tarih İmza														

Öğrencinin Adı Soyadı:

İmza

1. Öğretim Elemanının Adı Soyadı:

İmza

2. Öğretim Elemanının Adı Soyadı:

İmza

3. Öğretim Elemanının Adı Soyadı:

İmza

Epizyotomi bölgesi değerlendirme skalası (REEDA skoru)

Puan	Kızarıklık	Ödem	Ekimoz	Akıntı	Yara dudaklarında ayrılma
0	Yok	Yok	Yok	Yok	Ayrılma Yok
1	İnsizyonun bilateral 0.25 cm içinde	Perinede, insizyonda 1 cm'den az	Bilateral 0.25 cm veya unilateral 0.5	Serum	Deri ayrılması 3 mm veya daha az
2	İnsizyonun bilateral 0.5 cm içinde	Perinede ve/veya vulvada 1-2 cm arasında	Bilateral 0.25 cm - 0.5 cm arası unilateral 0.5 cm - 2 cm	Sulu kanlı	Deri ve subcutan yağ dokusu ayrılıyor ise
3	İnsizyonun bilateral 0.5 cm ötesinde	Perinede ve/veya vulvada 2 cm'den büyük	Bilateral 1 cm'den unilateral 2 cm'den büyük	Kanlı pürülan	Deri, subcutan yağ ve faysa tabakaları ayrılıyorsa