

## DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU

Görüşme Tarihi:  
Hastaneye Yatış Tarihi:

### TANITICI BİLGİLER

Adı Soyadı:

Yaşı:

Medeni Durumu:

Eğitimi:

Mesleği:

**Gebeliği olumsuz etkileyecek mesleki yaşam** (gün boyunca hareketsiz ayakta durma ya da oturma, ağır kaldırma, kimyasallara maruz kalma, düzensiz beslenme, izinsiz çalışma vb.):

Sağlık Güvence Durumu:

Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler):

Gelir Düzeyi:

Gelir Düzeyinin algılanması:

Evlilik süresi:

Kan Grubu ve Rh Faktörü:

Eşi ile Akrabalık Durumu:

Akrabalık Derecesi:

Gerektiğinde Başvurulacak Birey:

Yaşadığı Yer (ev koşulları):

Eşinin:

Yaşı:

Eğitim Düzeyi:

Mesleği:

Kan Grubu ve Rh Faktörü:

Önemli Sağlık Problemleri:

Genetik Durumlar ya da Hastalıkların Varlığı:

Gebeliğe Karşı Tutumu:

## **KADIN VE AİLESİNİN GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ**

Aşağıdaki problemlerin gebe kadın ya da birinci derece yakınlarında (anne, baba, kardeş) görülme durumu:

(Bu problemler varsa, açıklamasını yazınız/ problem yoksa ilgili sütunu boş bırakınız)

<b>Problemler</b>	<b>Gebe Kadın</b>	<b>Birinci Derece Yakınlar</b>
Hastaneye yatma		
Ameliyat		
CYBH		
Kalp ve damar hastalıkları		
Tüberküloz		
Diabet		
Konvülsif Hastalıklar		
Troid problemler		
Psikolojik problemler		
Enfeksiyonlar		
Hematolojik problemler		
Çoğul doğumlar		
Konjenital hastalık&anomali		
Diğer		

## **GEÇMİŞ JİNEKOLOJİK ÖYKÜ**

**Geçirilen jinekolojik enfeksiyonlar** (vajinal, servikal, tubal):

**Alınan tedavi:** Medikal:  .....

**Sonuç:** Tedavi oldu:

Cerrahi: .....

Tedavi olmadı:

**Geçirilen jinekolojik girişimler:**

Özelliği: ..... Nedeni: ..... Sonuç: .....

**Siklusun özelliği:**

**İlk menarş yaşı:**

**Menstruasyon süresi, sıklığı ve düzeni:**

**Dismenore hikayesi:**

**Kullandığı Kontraseptif Yöntemler:**

	<b>Kullandığı Yöntem</b>	<b>Kullanma Süresi</b>	<b>Bırakma Nedeni</b>
1.			
2.			
3.			

**Son jinekolojik muayene ve pop-smear tarihi**

Muayene zamanı:

Pop-smear sonucu:

**ŞİMDİKİ GENEL SAĞLIK DURUMU**

**Boyu:**

**Kilosu:**

**Gebelik öncesi kilosu:**

**Şimdiki kilosu:**

**Beslenme Durumu**

**Öğün sayısı (gün):**

Ağırlıklı olarak tüketilen besinler:

**Egzersiz alışkanlığı:**

Tipi:

Süresi:

Sıklığı:

**Halen kullandığı ilaçlar ya da gebe kalmadan önce kullanılan ilaçlar**

İlacın adı:

Kullanım süresi:

Kullanım amacı:

**Önceki ya da şimdiki sigara, alkol ve kafein (özellikle kahve, çay, çikolata) tüketimi**

Alışkanlıklar	Tüketilen miktar/gün	Süre
Sigara		
Alkol		
Çay		
Kahve/kafein		
Diğer		

**Alerji durumu (ilaç, toz, vb.):**

**Bu gebeliğe ilişkin teratojenlere maruz kalma durumu**

Viral enfeksiyonlar:

İlaç kullanma:

X-ray yöntemi:

Cerrahi girişim:

Evde kedi/köpek besleme (olası toksoplazma kaynağı):

## **ÖNCEKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ**

Gebelik Sayısı:

Abortus: D/C:

Para: Yaşayan:

Aşağıdaki tabloyu ilk gebelik tarihinden itibaren başlayarak doldurunuz.

Gebelik Tarihi	Gebelik Haftası	Eylem Süresi	Doğum Şekli	Doğumu Kimin/Nerede Gerçekleştirdiği	Yenidoğanın Cinsiyeti	Yenidoğanın Sağlık Durumu

## **Önceki Gebelikte Ortaya Çıkan Problemler**

Hipertansiyon:

Ödem:

Gestasyonel diyabet:

Rh uyuşmazlığı:

Hiperemesis gravidarum:

Enfeksiyon (vajinal, üriner, USYB, vb.):

Diğer:

## **Doğum öncesi kontrollere gitme durumu**

Gitme sıklığı:

Kontrollerin nerede ve kimin tarafından yapıldığı:

## **Tetanoz aşısı olma durumu**

Aşı yapılma zamanı:

Dozu:

## **Önceki Doğum Problemleri**

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız)

Hızlı doğum:

Zor ve uzun doğum eylemi:

Epizyotomi:  
Forseps/Vakum uygulaması:  
Sezaryen:  
İri bebek doğumu (4 kg ve üzeri):  
Düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu:  
Preterm eylem:  
Postterm eylem:  
Çoğul doğum:  
Ölü doğum:  
İlk 24 saatte ölen bebek:  
Anomalili/problemlili bebek:  
Diğer:

### **Önceki Doğum Sonu Problemleri**

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız)

Kanama:  
Enfeksiyon-ateş:  
Hipotansiyon/hipertansiyon:  
Meme problemleri:  
Psikolojik problemler:  
Diğer:

### **HİJYENİK UYGULAMALAR**

#### **El Hijyeni**

El yıkama sıklığı:  
El yıkadığı durumlar:  
El yıkamada kullandığı materyal:

#### **Vücut Hijyeni**

Banyo yapma sıklığı:  
Banyo yapma şekli:

#### **Ağız Hijyeni**

Diş fırçalama sıklığı:  
Diş fırçalama şekli:

#### **Perine Hijyeni**

Mesane ve/veya barsak boşaltımından sonra perineyi temizleme yöntemi (tahretlenme):

İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) değiştirme sıklığı:

Kullandığı iç çamaşırlarının (özellikle külodunun) özelliği (pamuklu, sentetik, naylon):

İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) temizleme şekli:

#### **Menstrual Hijyeni**

Kullanılan hijyenik bağın özelliği:

Hijyenik bağ değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:

Hijyenik bağları değiştirme sıklığı:

Menstruasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:

## **ŒİMDİKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ**

Son Adet Tarihi:

Tahmini Doğum Tarihi:

Œu andaki Gebelik Haftası:

### **Son menstruasuyondan İtibaren Yaşanan Bireysel Gebelik Belirtileri**

Bulantı:

Kusma:

Göğüslerde Hassasiyet:

Diğer:

## **DOSYADAN TOPLANACAK VERİLER**

### **Vital Bulguları**

Ateş:

Nabız:

Solunum:

Tansiyon arteryel:

### **Laboratuvar Bulguları**

**İdrar Analizi:**

**Kan Analizi:**

**Diğer Tetkikler:**

**USG Sonucu:**

**NST/OCT Sonucu:**

**Leopold Manevraları Sonucu:**

I. Manevra:

II. Manevra:

III. Manevra:

IV. Manevra:

### **Derinin değerlendirilmesi**

Linea Nigra:

Stria gravidarum:

Geçirilmiş ameliyat izi/skar:

### **Memelerin Değerlendirilmesi**

Meme ucunun durumu:

Meme dolgunluğu:

Kolostrumun varlığı:

Emzirme isteğı:

### **Diğer Veriler**

Anormal prezentasyon:

Çoğul gebelik:

Hidroamnios:

Mekonyumlu amnion mai:

Erken membran rüptürü:

Ablatio plasenta/plasenta previa:

Uzamış eylem:

Hızlı doğum eylemi:

Ateş:

Duygusal/psikolojik problemler:

Diğer:

### **Gebelik öncesi kontrollere gitme durumu**

Kontrollerin kim tarafından yapıldığı:

Kontrollerin nerde yapıldığı:

Kontrollerin ne sıklıkta ve hangi gebelik haftalarında yapıldığı:

Kontroller sırasında verilen hizmetler:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> boy               | <input type="checkbox"/> kilo           | <input type="checkbox"/> fundus kontrolü | <input type="checkbox"/> FKS dinleme            |
| <input type="checkbox"/> vital bulgular    | <input type="checkbox"/> meme muayenesi | <input type="checkbox"/> vajinal muayene | <input type="checkbox"/> aşılama                |
| <input type="checkbox"/> kan idrar analizi | <input type="checkbox"/> ultrason       | <input type="checkbox"/> NST/OCT         | <input type="checkbox"/> verilen diğer bilgiler |

### **Aşı yapılma durumu**

Yapılan aşının ismi:

Aşı yapılma zamanı:

### **ŞİMDİKİ GEBELİKTE YAŞANAN PROBLEMLER**

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız)

Bulantı kusma:

Kabızlık:

İdrar yaparken yanma:

Baş ağrısı:

Anormal vajinal akıntı (koku, miktar ve renk açısından özelliği):

Vajinal kanama:

Kramp:

Ayak ve bacaklarda ödem:

Aşırma:

Alerji:

Hemoroid:

Varis:

Diğer:

### **GEBELİĞİ ETKİLEYECEK SOSYO KÜLTÜREL VE DUYGUSAL DURUMLAR**

**Gebeliğin planlı olma durumu**

( ) Evet ( ) Hayır

**Gebeliğe verilen tepki:**

( ) Olumlu ( ) Olumsuz

**Gebeliğe ilişkin şu anda yaşanan duygular**

( ) Olumlu ( ) Olumsuz

**Eşin ve ailenin gebeliğe tepkisi**

( ) Olumlu ( ) Olumsuz

**Aile için planlanan çocuk sayısı:**

**Gebeliğin şu andaki ve gelecekteki yaşam aktivitelerini/iş yaşamını/hedeflerini etkileyeceğini düşünme durumu**

( ) Etkileyeceğini düşünme ( ) Etkilemeyeceğini düşünme

**Gebelikle birlikte kendisi ya da bebeğine yönelik endişe/korku yaşama durumu**

**Herhangi bir problem olduğunda gebeye destek olacak kişi/kurum**

( ) Eş

- ( ) Aile
- ( ) Komşu/lar
- ( ) Akraba (lar)
- ( ) Toplumsal kurumlar

**Gebelik/doğum/lohusalık dönemi, bebek bakımı ve geneldeki sağlığına yönelik bilinen/ yapılan geleneksel uygulamalar**

- ( ) Pika
- ( ) Lohusa kadını toprağa yatırma
- ( ) Lohusa kadına su vermeme
- ( ) Lohusa kadının karnını sarma
- ( ) Bebeği kundaklama
- ( ) Emzirme için üç eza bekleme
- ( ) Diğer

**Şimdiki Gebelikte Riskli Durumlar**

Gebelikte Gelişen Sağlık Sorunları	Sorunun Başlama Zamanı	Hastaneye Başvurma Zamanı	Yapılan İşlem	Şu An Alınan Tedavi/ Bakım Protokolü
Kalp Hastalığı				
Diyabet				
Anemi				
Enfeksiyon hastalıkları				
Böbrek Hastalığı				
Rh uyuşmazlığı				
Plasenta previa				
Ablatio plasenta				
EMR				
PIH				
Hiperemesis Gravidarum				
Prematür eylem				
Düşük Tehdidi				
Mol Hidatiform				
Ektopik Gebelik				
Oligo hidroamnios/ Polihidroamnios				
Diğer				



**Bilgi Gereksinimi Olan Konular**

- Gebelikte Beslenme
- Gebelikte Kişisel Bakım
- Doğum Öncesi Egzersiz
- Doğum Eylemi
- Emzirme
- Yenidoğan Bebeğin Bakımı
- Aile Planlaması
- Doğum sonu Kişisel Bakım
- Diğer

**İzleyen Öğrencinin Adı Soyadı:** .....

**İmza:** .....

**Tarih:** .....