



FIRAT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM EYLEMİ BAKIM PLANI FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih:

Klinik Uygulama Yeri:

1. TANITICI ÖZELLİKLER

GEBENİN;	GEBENİN EŞİNİN;
Adı Soyadı:	Yaşı:
Tanı:	Eğitim Düzeyi:
Yaşı:	Mesleği:
Eğitim düzeyi:	Kan grubu:
Mesleği:	
Sosyal güvencesi:	
Evlilik süresi:	
Eşiyle akrabalık durumu:	
Gebelik haftası:	
Kan Grubu:	

2. GEBE VE AİLESİNİN GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ

Kronik hastalığı var mı?	Var ()	Yok ()
Geçirdiği bir ameliyat var mı?	Var ()	Yok ()
Sürekli kullandığı ilaç var mı?	Var ()	Yok ()
Alerji öyküsü var mı?	Var ()	Yok ()
Ailesinde kronik bir hastalığı olan var mı?	Var () Anne Baba Kardeşler	Yok ()

3. JİNEKOLOJİK ÖYKÜSÜ

İlk menarş yaşı:		
Menstürasyon süre ve sıklığı:		
Menstürasyon düzeni:		
Dismenore öyküsü:	Var ()	Yok ()
Cinsel aktivite:	Var ()	Yok ()
Geçirdiği jinekolojik sorunlar?	Var ()	Yok ()
Doğum kontrol yöntemi:	Kullanıyor () Kullanmıyor () Gebe kalınca bıraktı ()	
Jinekolojik kontrol yaptıırma durumu?	Evet () Hayır ()	

4. OBSTETRİK ÖYKÜSÜ

Gravida:	
Para:	
Abortus/küretaj:	
Yaşayan:	
Anomali doğum öyküsü:	Var ()Yok ()
Ölü doğum öyküsü:	Var ()Yok ()
Abortus varsa nedeni:	
Küretaj varsa nedeni:	
Önceki gebeliğinde (Preeklampsi, GDM vs.) öyküsü?	Var ()Yok ()
Önceki doğumunda (Hızlı doğum, C/S, Kanama vs.) öyküsü?	Var ()Yok ()
Önceki çocuk/çocuklarında anne sütü verme durumu?	Evet ()Hayır () (ay)
Toplam emzirme süresi:	
Varsa önceki doğumlarına ilişkin bilgi:	

Çocuk sayısı	Doğum haftası	Doğumun gerçekleştiği yer	Doğumu destekleyen kişi (Ebe, Dr.)	Doğum şekli (NSD, C/S, Müdahaleli doğum)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

5. ŞİMDİKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ

Son adet tarihi (SAT):		
Şu an ki gebelik haftası:		
Tahmini doğum tarihi (TDT):		
Antenatal izlem sıklığı:		
Şimdiki kilo:	Gebelik öncesi kilo:	
Boy:		
BKİ:		
Gebeliğinde yaşadığı problem durumu? (ödem,kramp vs.)	Var ()	Yok ()
Gebelik sırasında herhangi bir hastalık geçirme durumu?	Var ()	Yok ()
Aşılama öyküsü: (Hepatit , Tetanoz, Grip, Pnömoni, Covid)		
Gebelikte ilaç kullanma durumu:	Var ()	Yok ()
Sigara kullanma durumu (adet/günde):	Kullanıyor ()	Kullanmıyor ()
Alkol kullanma durumu (miktar):	Kullanıyor ()	Kullanmıyor ()
Şimdiki gebeliğinizle ilgili aşağıdaki risk faktörlerinden biri oldu mu?	Evet ()	Hayır ()
Enfeksiyon Hastalıkları () EMR () Hiperemesis Gravidarum () Düşük Tehdidi () Oligohidroamniyoz () Polihidroamniyoz () Kalp Hastalığı ()	Preeklampsi () Diyabet ()) PIH () Rh Uyuşmazlığı () Plasenta Previa () Ablasio Plasenta () Diğer	
Bu hastalıklar gebeliğin kaçınıcı haftası başladı ve nasıl ilerledi?		
Şu anda aldığınız bakım/televi protokolü nedir?		

6. YAŞAM BULGULARI GÖZLEM FORMU

Saat	Nabız (atım/dk)	Ateş	Solunum (dk)	Kan basıncı mmHg	FKH (+/-)

7. MUAYENE BULGULARI

Abdomenin değerlendirilmesi:

Linea nigra:	Var ()	Yok ()
Stria gravida:	Var ()	Yok ()
Gebelik maskesi:	Var ()	Yok ()

Fundus yüksekliği:		
1. Leopold		
2. Leopold		
3. Leopold		
4. Leopold		
Memelerin değerlendirilmesi:		
Meme ucu durumu:		
Süt akışı durumu:	Var ()	Yok ()
Psikolojik değerlendirme:		
Gebelik planlama durumu:	Planlı ()	Plansız ()
Gebelik isteme durumu:	İstiyor ()	İstemiyor ()
Gebeliğe karşı ilk tepki:	Olumlu ()	Olumsuz ()
Gebelik için şu an yaşadığı duygular:	Olumlu ()	Olumsuz ()
Eş/ailenin gebelik için tepkisi:	Olumlu ()	Olumsuz ()
Gebelikle birlikte kendi ya da bebekle ilgili yaşanan herhangi endişe/korku varlığı:	Var ()	Yok ()
Herhangi bir problem olduğunda gebeye destek olacak kişiler:		
Gebelik, doğum lohusalık dönemi, bebek bakımı ve genel sağlığa yönelik bilinen / uygulanan geleneksel uygulamalar var mı? Varsa neler:		

8. LABORATUVAR BULGULARI

Test	Değer	Referans Aralığı	Tarih	Anormal lab. bulgularının gebenin durumu ile ilişkisi nedir?
Kan Analizi:				
Hb: gr/dl				
Hct:				
WBC:				
RBC:				
Trombosit:				
Glukoz (Açlık KŞ):				
TSH:				
ALT:				
AST:				
Üre:				
Kreatinin :				
CRP:				
Ferritin:				
Demir:				
İdrar Analizi:				
Dansite:				
Ph:				
Lökosit:				
Albumin cinsi protein:				
Keton:				
Glukoz:				
Eritrosit:				
Bakteri:				

9. SAĞLIK ALGISI - SAĞLIK YÖNETİMİ					
Genel olarak sağlığını nasıl tanımlarsınız?		Çok iyi () İyi () Kötü () Çok kötü ()			
Gebelerde bulunan risk faktörleri:					
10. BESLENME – METABOLİZMA					
Gebelik döneminde alınan kilo:					
İştah durumu:		Çok iştahlı ()		Normal () İştahsız ()	
Günlük öğün sayısı:		Ana öğün:		Ara öğün:	
Bulantı/kusma:		Var ()		Yok ()	
Diş fırçalama durumu:		Evet () kez/günde		Hayır ()	
11. BOŞALTIM					
Dışkılama durumu:		Normal ()		Konstipe () Diyare ()	
Lavman/ laksatif kullanıyor mu?		Evet ()		Hayır ()	
Konstipe ise kaç gündür sürüyor?					
İdrar rengi:					
İdrarda koku var mı?		Var ()		Yok ()	
İdrar yaparken yanma var mı?		Evet ()		Hayır ()	
Sık idrara çıkma?		Evet () kez/günde		Hayır ()	
12. AKTİVİTE - EGZERSİZ – KENDİNE BAKIM					
Düzenli egzersiz uygulama durumu:		Evet () 		Hayır ()	
Kas gücünde değişim oldu mu?		Evet () 		Hayır ()	
Ağrı durumu:		Evet () nerede/nasıl		Hayır ()	
13. ÖZ BAKIM YETERLİLİĞİ					
Aktivite toleransı:		Normal () Çabuk yoruluyor () Halsiz-güçsüz () Göğüs-bacak-eklem-sırt ağrısı ()			
Kalp dolaşım sistemi:		Ekstremitelerde ödem: Yeri..... Seviyesi..... Süresi..... Varis..... Yok ()			
Solunum Sistemi:		Dispne () Ortopne () Apne () Öksürük () Hemoptizi () Burun tıkanıklığı () Balgam: Çıkıyor () Çıkarmıyor () Özellikleri..... Siyanoz: Var () Yok () Yeri..... Burun akıntısı: Var () Yok () Özellikleri.....			
	0	1	2	3	4
Yeme-içme					
Banyo					
Giyinme					
Merdiven çıkma					
Tuvalete gitme					
Yatak içi mobilite					
Yürüme gezinme					

0= Bağımsız 1=Yardımcı araçla 2=Başkalarının yardımıyla 3=Başka kişi ve araçların yardımıyla 4=Tamamen bağımlı

14. UYKU DİNLENME

Normal uyku süresi: Uyuma/Uyanma zamanı:
Gündüz uykusu: () Var () Yok; Zamanı ve Süresi.....
Uyku alışkanlığında değişme: (Gürültü, ılık, soğuk/sıcak, yatak değişikliği, stres, anksiyete, ilaçlar, ağrı vb.).....
Uykuya dalmak için yapılanlar..... Gebede
uykusuzluğun etkileri:.....

15. KENDİNİ ALGILAMA VE BENLİK KAVRAMI

Gebeliğiniz sizde ne tür duygular yaratıyor?.....
Fiziksel sağlığınıza ilgili en önemli endişeniz/korkunuz nedir? Kendinizi nasıl tanımlarsınız?.....

16. ZİHİNSEL ALGISAL FONKSİYONLAR

Mental durum:

Uyanık/canlı: () Letarjik () Agresif/saldırgan () İlgisiz/isteksiz
() Huzursuz ()
Öğrenme engeli: Yok ()
Motivasyon eksikliği () Dil farklılığı () Depresyon () Zihinsel yetersizlik ()
Anksiyete () Diğer ().....

Duyular:

Görme: Normal ()	Miyop ()	Hipermetrop ()	Astigmat ()
Çift görme ()	Glakon ()	Katarakt ()	
Gözlük/lens:		Kullanıyor ()	Kullanmıyor ()
Göz enfeksiyonu:		Var ()	Yok ()
İşitme: Normal ()	Cihaz kullanıyor ()		
Tat alma: Normal ()	Değil ()..... nedeni		
Koku alma: Normal ()	Değil (..... nedeni		
Dokunma-hissetme:			

Ağrı: () Yok Akut () Kronik () Ağrı
Şiddeti (0-10):
Ağrı Yeri:.....
Karakteri: Batıcı () Delici () Yakıcı () Yaygın () Sınırlı ()
Süresi: Sürekli () Aralıklı () , başlama zamanı.....
Başlatan/Artıran faktörler:..... Azaltan faktörler:.....
Ağrıya tepki: Hareketsiz kalma () Ağrıyan bölgeyi tutma/masaj yapma () Kaslarda gerginlik () Acılı yüz ifadesi () Hareket halinde olma () KB, nabız, solunum değerlerinde artma () Ağrısı olduğunu ifade etme () Analjezik isteme () Diğer.....

Ağrı yönetimi

İlaç dışı uyguladığı yöntemler:

17. ROLLER VE İLİŞKİLER

Aile içi rolü:.....
Rollerini yerine getirebilme durumu: Evet () Hayır (); Açıklayınız.....
Çalışma durumu : Çalışıyor () Çalışmıyor ()
Destekleyici /yardımcı kişiler: Var () Yok (); Nasıl destekliyor?.....
Ailede her birey rahatça duygularını/düşüncelerini paylaşır mı?
Evet () Hayır (); Neden?.....
Bakıma katılmaya isteklilik..... Gebenin ailede şiddet örüntüsüne ilişkin düşünceleri:.....

18. STRES – BAŞETME

Herhangi bir sorununuz olduğunda bununla nasıl başa çıkıyorsunuz?

Yaptıklarınız ne kadar yararlı oluyor?

Sağlık profesyonelleri size nasıl yardımcı olabilir?

Gözlenen stres belirti ve bulguları:

Yüz ifadesi: Normal () Gergin () Korku-endişeli () Sinirli ()

19. DEĞERLER VE İNANÇLAR

Kendi inanışınıza veya kültürünüze göre özel sağlık uygulamalarınız var mı? Varsa neler? Yok ()

Gebelik, doğum, doğum sonu ve yenidoğana yönelik uyguladığınız geleneksel uygulamalar var mı? (tuzlama, kırk çıkarma, ayva yedirme vb.) Yok ()

20. CİNSELLİK VE ÜREME

Dış genitaller: Vulvada kızarıklık () Ağrı () Koku () Pruritis () Ödem () Varis () Hematom () Laserasyon ()

Vajinal akıntı: Rengi () Kokusu () Miktarı ()

Vajinal duş yapıyor mu? Evet () Hayır ()

Günlük ped kullanma durumu? Evet ()değiştirme sıklığı Hayır ()

Kendi kendine vulva muayenesi yapma durumu? Evet ()sıklığı Hayır ()

Tuvalet hijyeni: Önden arkaya () Arkadan öne () Önem vermiyor ()

Perinenin kurulanması: Tuvalet kağıdıyla () Bezle () Kurulamıyor ()

İç çamaşırı değiştirme sıklığı:

Aktif bir cinsel hayatınız var mı? Evet () sıklık Hayır ()

Cinsel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu? Evet () Hayır ()

Cinsellik ve cinsel aktivite konusunda herhangi bir sorununuz var mı? Evet () Hayır ()

Gebeliğin cinsel yaşamınızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

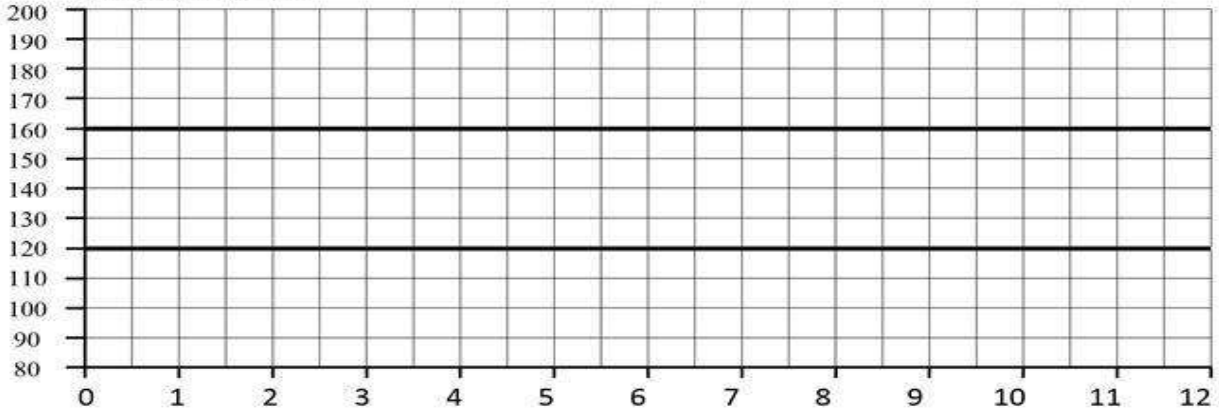
İL AÇ FORMU	
1. İlaç-doz:	3. İlaç-doz:
Uygulama yolu:	Uygulama yolu:
Etki mekanizması:	Etki mekanizması:
Gebe bu ilacı neden alıyor?	Gebe bu ilacı neden alıyor?
Ebenin izlemesi gerekenler:	Ebenin izlemesi gerekenler:
2.İlaç-doz:	4.İlaç-doz:
Uygulama yolu:	Uygulama yolu:
Etki mekanizması:	Etki mekanizması:
Gebe bu ilacı neden alıyor?	Gebe bu ilacı neden alıyor?
Ebenin izlemesi gerekenler:	Ebenin izlemesi gerekenler:
GEBENİN EĞİTİM ALMAK İSTEDİĞİ VEYA BAKIM GEREKSİNİMİ DUYDUĞU KONULAR?	
Nefes ve gevşeme egzersizleri: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Doğum pozisyonları: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Doğum ağrısında nonfarmakolojik yöntemler: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
İkınma egzersizleri: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Loşia takibi: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Epizyotomi/insizyon bakımı: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Emzirme Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Ebeveyn olma Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Doğum sonu kişisel bakım Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Doğum sonu beslenme Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Doğum sonu egzersiz Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Doğum sonu cinsellik Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Aile planlaması Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Yenidoğan bakımı Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Diğer: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
GEBENİN GEREKSİNİMİ DOĞRULTUSUNDA PLANLANAN EĞİTİMLER	
Eğitim adı:	
Eğitim Konusu:	
Eğitim Süresi:	
Eğitim materyali:	
Eğitim içeriği:	
Kullanılan kaynaklar:	

DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR	
Kontraksiyonların başlama tarihi:/...../..... Kontraksiyonların başlama saati:..... Show (nişane): atılmış ☐ atılmamış ☐ Kanama: var ☐ yok ☐ Membranlar: açılmış ☐ açılmamış ☐ Amniotik sıvının özelliği:..... Leopold manevraları Fundus yüksekliği:.....cmhf Fetüsün pozisyonu:..... Fetüsün prezantasyonu:..... Angajman:..... Kontraksiyonların Özelliği: Normal ☐ Hipotonik ☐ Hipertonik ☐	İndüksiyon var ☐ yok ☐ (Kullanılan uterotonik ve miktarı):..... Perine temizliği ve vulvanın hazırlığı: Yapıldı ☐ Yapılmadı ☐ Kişisel hijyen gereksinimi: sağlandı ☐ sağlanmadı ☐ Mesane kontrolü: sağlandı ☐ sağlanmadı ☐ Barsak kontrolü ve lavman: yapıldı ☐ yapılmadı ☐ İntravenöz sıvı: var ☐ yok ☐ Oral sıvı/besin alımı var ☐ yok ☐ Emosyonel durum:
DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR	
ikinci evrenin başlama saati:..... İkinci evrenin başladığını gösteren işaretler: ☐ Silinme ve dilatasyon tamamlanması ☐ Kontraksiyonların süre ve şiddetinin artması ☐ İkinme hissinin başlaması ☐ Rektum üzerindeki basının artması ☐ Perinenin taçlanması ☐ Diğer Doğuma blbşkb açıklamalar:.....	Araç-gereçlerbn hazırlığının kontrolü: yapıldı ☐ yapılmadı ☐ /..... Doğumdan hemen sonra ten tene temasın başlatılması sağlandı ☐ sağlanamadı ☐ Doğumda yapılan müdahaleler: ☐ Vakum ☐ Epizyotomi ☐ Diğer ☐ Fundal basınç ☐ Forseps ikinci evrenin bitiş saati:.....
YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ	
Doğum saati:..... Bebeğin cinsiyeti: Apgar skoru: 1.dk..... 5.dk..... Aspirasyon : yapılmadı ☐ yapıldı ☐ /..... O2 verilmesi : verilmedi ☐ verildi ☐ /..... Boy:.....cm Kilo:.....gr Baş çevresi:.....cm Göğüs çevresi:.....cm	Fontanelerin değerlendirilmesi: normal ☐ anormal ☐ /..... Anomali: var ☐ yok ☐ Bebeğin giydirilmesi ve vücut ısısının kontrolü: yapıldı ☐ yapılmadı ☐ /..... Erken beslenmenin sağlanması: sağlandı ☐ sağlanmadı ☐ /..... Bağışıklama : sağlandı ☐ sağlanmadı ☐
DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR	
☐ Plasentanın ayrıldığını gösteren işaretler: ☐ Umblikal kordun boyunun uzaması ☐ Uterusun fundusunun umblikus hizasına yükselmesi ☐ Ani vajinal kanama olması ☐ Uterusun küre şeklini alması ☐ Plasentanın vajbnada palpe edilmesi Plasentanın doğumu ve bütünlük kontrolü: yapıldı ☐ yapılmadı ☐ Uterotonik uygulanması: yapıldı ☐ yapılmadı ☐ /..... Kullanılan uterotonik ve miktarı:..... Başlama zamanı:	Umblikal kordun kontrolü: (2 arter 1 ven) yapıldı ☐ yapılmadı ☐ Fundus kontrolü ve masajı: yapıldı ☐ yapılmadı ☐ Kanama kontrolü: yapıldı ☐ yapılmadı ☐ Perine temizliği: yapıldı ☐ yapılmadı ☐ Perinenin onarımı: yapıldı ☐ yapılmadı ☐
DOĞUMUN DÖRDÜNCÜ EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR	
Perine bakımı : yapıldı ☐ yapılmadı ☐ Üşümenin engellenmesi: sağlandı ☐ sağlanamadı ☐ Dinlenmenin sağlanması: sağlandı ☐ sağlanamadı ☐ Ağrı kontrolü : sağlandı ☐ sağlanamadı ☐ Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi ve emzirmenin başlaması: sağlandı ☐ sağlanamadı ☐	

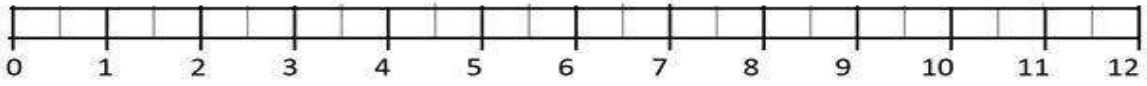
PARTOGRAF

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

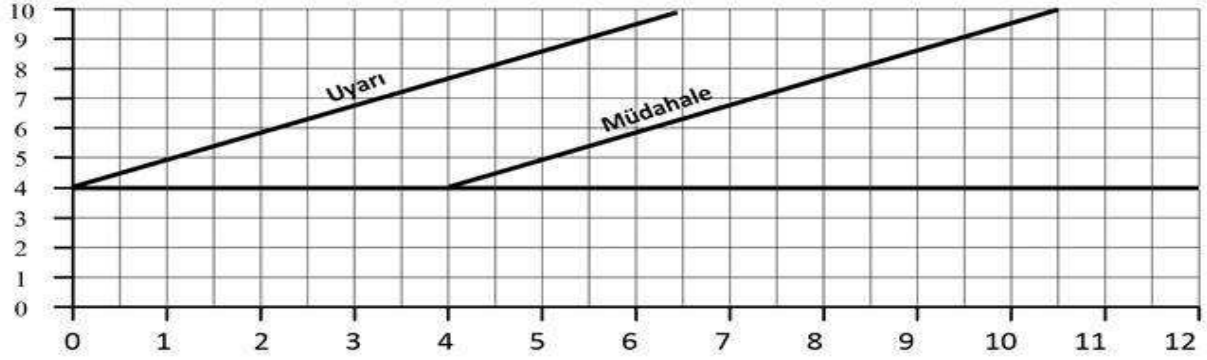
Fetal Kalp Atım Hızı



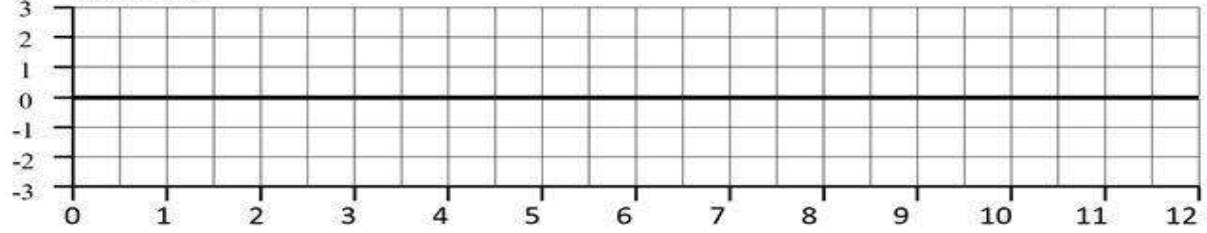
Amniyon Sıvısı



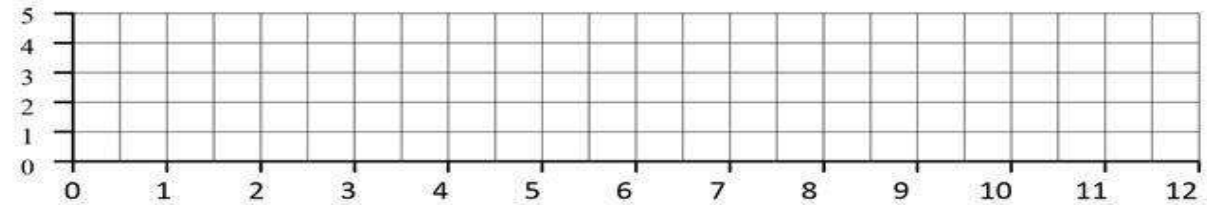
Serviks Açıklığı



Baş Seviyesi



Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

Başlama Saati:

TRAVAY İZLEM FORMU

SAT:

GRAVİDA:

PARİTE :

ABORTUS:

YAŞAYAN:

Travay Odasına Geliş Saati:

İndüksiyon Alma Durumu / Başlangıç Saati:

Saat	T.A	Nabız	Ateş	Solunum	Kontraksiyonlar			F.K.H	Serviks		Fikse (F) Mobil (M)	Solüsyon Cinsi	Dakika Damla Sayısı	Şişe seviyesi	Giden Sıvı
					Süre	Sıklık	Şiddet		Dilatasyon	Silinme					

DOĞUM ŞEKLİ: Spontan () Müdahaleli ()

DOĞUM TARİHİ VE SAATİ:

YENİDOĞANIN CİNSİYETİ: Kız () Erkek ()

EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ VE HEDEFLER	EBELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
1.				

☐ Sayfa sayısı ebelik tanısına göre istenildiği kadar artırılabilir.