



**FIRAT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ**

NORMAL GEBELİK 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:		
Menstrüasyon süre ve sıklığı:		
Menstrüasyon düzeni:		
Dismenore öyküsü:	Var ()	Yok ()
Cinsel aktivite:	Var ()	Yok ()
Geçirdiği jinekolojik sorunlar?	Var ()	Yok ()
Doğum kontrol yöntemi:	Kullanıyor ()	Kullanmıyor () Gebe kalınca bıraktı ()
Jinekolojik kontrol yaptırma durumu?	Evet ()	Hayır ()

4. OBSTETRİK ÖYKÜSÜ

Gravida:	
Para:	
Abortus/küretaj:	
Yaşayan:	
Anomali doğum öyküsü:	Var ()

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 () (ay)	Hayır ()
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 () Hiperemezis 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/tedavi 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 ()
Gebelikte 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 ()

Gebede 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: Çıkartıyor () Çıkartmıyor () 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, ıstık, 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 sorunuz var mı?	Evet () Hayır ()
Gebeliğin cinsel yaşamınızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?	

İLAÇ 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?	
Gebelikte beslenme: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Aile planlaması: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Demir preparatlarının kullanımı: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Doğum öncesi egzersizler: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Gebelikte cinsellik eğitimi: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()

Emzirme eğitimi: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Bebek bakımı: Evet () Hayır ()	Eğitim planlandı ()
Taburculuk: 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:

EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ VE HEDEFLER	EBELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
1.				

□ Sayfa sayısı ebelik tanısına göre istenildiği kadar artırılabilir.