

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ**

**RİSKLİ GEBELİK VE BAKIM DERSİ
DERSİ BAKIM PLANI (PERİNATOLOJİ)**

**ÖĞRENCİ ADI-SOYADI
ÖĞRENCİ NUMARASI**

.....
(DERSİN SORUMLU AKADEMİSYENİ)

1. TANITICI BİLGİLER

Adı-Soyadı:	EŞİNİN
Yaşı:	Yaşı:
Eğitimi:	Eğitimi:
Mesleği:	Mesleği:
Sağlık Güvencesi:	Kan grubu:
Aile Tipi (çekirdek, geniş, bölünmüş, vb.):	
Evlilik Süresi:	
Gelir düzeyi: () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla	
Kan grubu:	
Eşi ile akrabalık durumu: () Yok () Var, tanımlayınız:	
Medeni durumu:	

2. MEVCUT GEBELİK ÖYKÜSÜ VE HASTANEYE BAŞVURU NEDENİ

SAT (Son Adet Tarihi):	Tıbbi Tanı:		
MDT (Muhtemel doğum tarihi):	Hastaneye başvuru tarihi:		
Gebelik haftası:	Hastaneye başvuru nedeni:		
Gebelik sayısı (Gravida):	Şikayetleri:		
Yaşayan:	Şikayetlerin başlama zamanı:		
Para:	Belirti ve bulguları:		
Abortus:			
Küretaj:			
Ölü doğum:			
Gebenin aldığı tıbbi tedavi:			
İlaç Tedavisi			
İlacın Adı	Dozu	Endikasyonu	Yan Etkisi/Etkileşimi

3. GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜ

☐ Kalp damar hastalıkları Tanımlayınız:	☐ Psikolojik problemler Tanımlayınız:
☐ Romatizma	☐ Hematolojik hastalıklar Tanımlayınız:
☐ Astım	☐ Konvülsif hastalıklar
☐ Tüberküloz	☐ Tiroid
☐ Diyabet	☐ Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanımlayınız:
☐ Kanser Tanımlayınız:	☐ Geçirilmiş ameliyat Tanımlayınız:
☐ Konjenital hastalık / Anomali Tanımlayınız:	☐ İlaç kullanma Tanımlayınız:
☐ Genetik (kalıtsal) hastalık Tanımlayınız:	☐ Diğer Tanımlayınız:

4. OBSTETRİK ÖYKÜ

Gebeliğe karşı tutumu:	Gebeliği planlama durumu: ☐ Evet ☐ Hayır
İlk prenatal kontrole gitme zamanı:	Önceki Gebeliklerde Doğum Öncesi Kontrollere Gitme Durumu: ☐ Evet ☐ Hayır
Tetanoz aşısı olma durumu: ☐ Evet ☐ Hayır Dozu: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Aşının yapıldığı tarih:	

4.1. Önceki Gebeliklerde Yaşanan Problemler

☐ Hipertansiyon:	☐ Gestasyonel diyabet
☐ Ödem:	☐ Rh uyuşmazlığı
☐ Preeklamps	☐ Hiperemesis gravidarum
☐ Eklamps	☐ Enfeksiyon (vajinal, üriner vb.)
☐ Diğer, tanımlayınız:	

4.2. Önceki Doğumlarda Ortaya Çıkan Problemler	
☐ Hızlı doğum	☐ Düşük doğum ağırlıklı bebek
☐ Zor ve uzun doğum eylemi	☐ Preterm eylem
☐ Epizyotomi	☐ Postterm eylem
☐ Forseps/vakum uygulaması	☐ Ölü doğum
☐ Sezaryen	☐ İlk 24 sa ölen bebek
☐ Makrozomik bebek (4kg ve üzeri)	☐ Anomalili bebek/problemlili bebek
☐ Diğer:	

4.3. Önceki Doğum Sonu Dönemde Yaşanan Problemler	
☐ Kanama	☐ Meme problemleri, Tanımlayınız:
☐ Enfeksiyon	☐ Psikolojik problemler, Tanımlayınız:
☐ Tansiyon problemi, Tanımlayınız:	☐ Diğer:

5. JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

İlk menarş yaşı:	Menstrüasyon süresi, sıklığı ve düzeni:
Menstrüasyon bozukluğu:	Geçirdiği ya da var olan jinekolojik problemler-yakınmalar (ağrı, akıntı, kaşıntı, kanama vb.):
Geçirdiği jinekolojik cerrahi girişimler:	Son pap-smear tarihi ve sonucu:
Probe Küretaj:	Doğum kontrol yöntemi:
Menopoz yaşı:	Cinsel aktivite:

6. GEBENİN FİZİK MUAYENESİ

Boy:	Kilosu:	Gebelik öncesi kilosu:	BKİ:	
Vital Bulguları				
Ateş:	Nabız:	Kan basıncı:	Solunum:	Ağrı:
Derinin muayenesi				
☐ Stria Gravidarum	☐ Linea Nigra	☐ Geçirilmiş ameliyat izi		
Abdomen Muayenesi (Leopold Manevraları)				
I. Manevra:				

II. Manevra:				
III. Manevra:				
IV. Manevra:				
Prezentasyon: ☐ Baş ☐ Makat				
Situs: ☐ Longitudinal ☐ Transvers ☐ Oblik				
Pozisyon: ☐ Sağ ☐ Sol				
Fetal Kalp Hızı (FKH):				
Meme Muayenesi				
Meme emzirmeye uygun mu? ☐ Evet ☐ Hayır				
Meme ucunda çatlak var mı? ☐ Evet ☐ Hayır				
Meme ucunda içe çöküklük var mı? ☐ Evet ☐ Hayır				
Memelerde dolgunluk var mı? ☐ Evet ☐ Hayır				
Memelerde ağrı ve hassasiyet var mı? ☐ Evet ☐ Hayır				
Şu anki gebelikte aşağıda belirtilen sorunlar varsa işaretleyiniz.				
☐ Yorgunluk		☐ Solunum sıkıntısı		
☐ Çarpıntı		☐ Kas krampları		
☐ Bel ağrısı		☐ Varikoz venler		
☐ Vajinal kanama		☐ Vajinal akıntı		
☐ Diğer, tanımlayınız:				
Laboratuvar Bulguları				
Kan				
WBC:	RBC:	PLT:	Hb:	Htc:
Kan şekeri:	Na:	K:	Ca:	Cl:
İdrar				
Dansite:	Ph:	Eritrosit:	Lökosit:	Protein:
Glikoz:	Keton:	BUN:	Kreatinin:	Ürik asit:
TORCH Testi:				
Hepatit B aşısı olma durumu: ☐ Evet ☐ Hayır				

Dozu: () 1 () 2 () 3
Aşının yapıldığı tarih:

7. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ

7.1. Çevre Güvenliği
Gebenin düşme riski var mı? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Gebenin çevresinde sağlığını tehdit eden riskler var mı? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
7.2. İletişim
Gebe sağlık personeli ile etkili bir iletişim kurabiliyor mu? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Gebe ihtiyaçlarını doğru şekilde ifade edebiliyor mu? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Gebe sizin söylediklerinizi anlayabiliyor mu? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Gebe de iletişim kurmasını engelleyecek herhangi bir durum var mı? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
7.3. Solunum
Gebe etkili bir solunum gerçekleştirebiliyor mu? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Gebe de herhangi bir solunum problemi var mı? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Gebe sigara içiyor mu? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
7.4. Beslenme
Gebe beslenme aktivitesini bağımsız olarak gerçekleştirebiliyor mu? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Gebe çay/kahve tüketiyor mu? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Gebe günde kaç öğün besleniyor:
Gebe günde ne kadar sıvı tüketiyor:.....bardak/gün
Gebenin özel diyeti var mı? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Gebe alkol tüketiyor mu? () Hayır () Evet, tanımlayınız:

Gebe aşağıdaki sorunlardan birini yaşıyor mu?			
☐ Bulantı	☐ İştahsızlık	☐ Diş eti kanaması	
☐ Kusma	☐ Hazımsızlık	☐ Diş çürüğü	
☐ Mide yanması	☐ Mide ağrısı	☐ Pika (Aşerme)	
7.5. Boşaltım			
Gebe boşaltım fonksiyonunu bağımsız bir şekilde gerçekleştirebiliyor mu?			
☐ Evet ☐ Hayır, tanımlayınız:			
☐ Konstipasyon	☐ Diyare	☐ Poliüri	☐ Dizüri
☐ İnkontinans	☐ Noktüri	☐ Oligüri	☐ Hematüri
☐ İdrarda kötü koku		☐ Mesane kateteri	
7.6. Kişisel Temizlik ve Giyinme			
Gebe bağımsız bir şekilde kişisel hijyen ve temizliğini gerçekleştirebiliyor mu?			
☐ Evet ☐ Hayır, tanımlayınız:			
El yıkama sıklığı:			
Banyo yapma sıklığı:			
Diş fırçalama sıklığı:			
İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:			
Perineyi temizleme yöntemi:			
7.7. Vücut Isısını Kontrol			
Gebe bağımsız olarak hareket edebiliyor mu?			
☐ Evet ☐ Hayır, tanımlayınız:			
Gebenin giydiği kıyafetler ortam ısısına uygun mu?			
☐ Evet ☐ Hayır, tanımlayınız:			
7.8. Hareket			
Gebe bağımsız olarak hareket edebiliyor mu?			
☐ Evet ☐ Hayır, tanımlayınız:			
Gebenin hareketini kısıtlayıcı bir rahatsızlığı var mı?			
☐ Evet ☐ Hayır, tanımlayınız:			
Gebe hareket ederken ağrısı oluyor mu?			
☐ Evet ☐ Hayır, tanımlayınız:			
Gebe düzenli egzersiz yapıyor mu?			
☐ Evet ☐ Hayır, tanımlayınız:			
Gebelikte aktivitelerinde bir değişiklik oldu mu?			
☐ Evet ☐ Hayır, tanımlayınız:			

7.9. Çalışma ve Eğlence	
Gebe çalışıyor mu?	
☐ Evet ☐ Hayır	
Gebe çalışıyorsa gebeliğin iş hayatını etkilediğini düşünüyor mu?	
☐ Hayır ☐ Evet, tanımlayınız:	
Gebe, gebeliğin sosyal hayatını/ilişkilerini etkilediğini veya etkileyeceğini düşünüyor mu?	
☐ Hayır ☐ Evet, tanımlayınız:	

7.10. Cinselliği İfade		
Gebelik cinsel yaşantısını olumsuz etkiliyor mu? () Hayır () Evet, tanımlayınız:		
Cinsel ilişki sıklığı:	() Disparoni	() Vajinismus
7.11. Uyku		
Uyku süresi...../gün		
() Uykuya dalmada zorluk	() Sürekli uyku hali	
() Uykuda bölünme	() Diğer, tanımlayınız:	
7.12. Ölüm		
Gebede ölüm korkusu var mı? () Hayır () Evet, tanımlayınız:		
Gebede bebeğini kaybetme korkusu var mı? () Hayır () Evet, tanımlayınız:		

EBE GÖZLEM RAPORU
(Yapılan işlemler kaydedilir)

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih	Saat	Notlar	Paraf

EBELİK BAKIM PLANI

TARİH	EBELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (-dı, -di)	DEĞERLENDİRME
	Etiyolojik Faktör (Sebep)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	AMAÇ (-mek, -mak)	Ebelik Girişimleri (-ecek, -acak)		