



OSMANIYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
GEBE İZLEM FORMU

TANITICI BİLGİLER

Adı Soyadı:

Görüşme Tarihi:

Yaşı:

Kan Grubu:

Medeni Durumu:

Eğitimi:

Mesleği:

Sağlık Güvence Durumu:

Aile Tipi: Çekirdek aile () Geniş aile ()

Gelir Düzeyi: Gelir giderden fazla () Gelir gidere denk () Gelir giderden az ()

Evlilik Süresi:

Eşi ile Akrabalık Durumu: Var () Yok ()

Akrabalık Derecesi:

Eşinin

Yaşı:

Eğitim Düzeyi:

Mesleği:

Kan Grubu:

GEBE VE/VEYA 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.)

Problemler	Gebe Kadın	Eş	Birinci Derece Yakınlar
Jinekolojik Hastalık			
CYBH			
Kalp ve damar hastalıkları			
Tüberküloz			
Diyabet			
Konvülsif hastalıklar / Epilepsi			
Troid problemleri			
Psikolojik Problemler			
Enfeksiyonlar			
Hematolojik problemler			
Çoğul doğumlar			
Konjenital hastalık & anomali			
Ameliyat			
Genetik hastalık			

GENEL SAĞLIK DURUMU

Boy:	Kilosu:	Gebelik öncesi kilosu:	Gebelik Öncesi BKİ:
Öğün sayısı (gün):	Sigara kullanımı Kullanmıyor ()	Alkol Kullanımı Kullanmıyor ()	Egzersiz alışkanlığı:
Sıvı Tüketimi (bardak/gün):	Eskiden kullandım(süre...) Kullanıyor (süre...)	Eskiden kullandım(süre...) Kullanıyor (süre...)	
Gebe kalmadan önce kullanılan ilaçlar			
İlacın adı	Dozu	Kullanım süresi	Kullanım amacı
Sağlık sorunu nedeniyle halen kullandığı ilaçlar			
İlacın adı	Dozu	Kullanım süresi	Kullanım amacı



OBSTETRİK ÖYKÜSÜ

Menarş yaşı:	Evlilik yaşı:	İlk gebelik yaşı:
Gebelik Sayısı:	Doğum Sayısı:	Yaşayan çocuk sayısı:
D/C:	Abortus:	Ölü doğum:

Aşağıdaki tabloyu ilk gebelik tarihinden başlayarak doldurunuz.

Gebelik Tarihi	Gebelik Haftası	Eylem Süresi	Doğum Şekli	Doğumu Kimin/Nerede Gerçekleştirdiği	Yenidoğanın Cinsiyeti	Yenidoğanın Sağlık Durumu (yenidoğanda varolan sorunlar belirtilecek)

GEBENİN FİZİK MUAYENESİ

Son Adet Tarihi:	Tahmini Doğum Tarihi:	Şu andaki Gebelik Haftası:	
Vital Bulguları			
Ateş:	Nabız:	Solunum:	Tansiyon:
Göz:	Ağız mukozası/Boğaz:		
Diş:	Kalp:		
Deri:	Akciğer:		
Meme dolgunluğu:	Böbrek:		
Meme ucunun durumu:	Ciltteki değişiklikler:		
Fundus yüksekliği:	Varis varlığı:		
Fetüs Pozisyonu:	Ödem varlığı:		
Prezentasyon:	Gebeliğin istenme durumu:		
ÇKS:	Anksiyete:		
Fetal Hareketler:	Kanama:		

LABORATUVAR TAHLİL SONUÇLARI

İdrarda:	Kanda:	HIV
Renk	A.K.Ş.	Hepatit B virüsü taraması
Albümin	Lökosit	Glukoz tolerans testi
Glikoz	Eritrosit	İkili ve üçlü tarama testleri
Bakteriüri aranması	Hemoglobin	Amniosentez
pH	Hematokrit	Chlamydia taraması
Protein	Sedimantasyon	Sifiliz testi
idrarda keton	T.O.R.C.H.	Vaginal Smear tetkiki

FİZYOLOJİK DEĞİŞİMLERE BAĞLI SIK GELİŞEN RAHATSIZLIKLAR

Fizyolojik değişikliklere ilişkin sorunlar	Evet, var (Trimestr)	Sorunlara ilişkin öneriler / yapılanlar
Bulantı	I. II. III.	
Kusma	I. II. III.	
Yorgunluk	I. II. III.	
Burun tıkanıklığı	I. II. III.	
Burun kanaması	I. II. III.	
Göğüslerde hassasiyet	I. II. III.	
Nefes darlığı	I. II. III.	
Sık idrara çıkma	I. II. III.	
Mide yanması	I. II. III.	
Konstipasyon	I. II. III.	
Sırt ağrısı	I. II. III.	
Baş ağrısı	I. II. III.	
Kas krampları	I. II. III.	
Varikoz venler	I. II. III.	
Ayaklarda ödem	I. II. III.	
Üriner sistem enf.	I. II. III.	
Genital sistem enf.	I. II. III.	
Hemoroid	I. II. III.	
Pityalizm	I. II. III.	
Pika	I. II. III.	



GEBENİN FİZİKSEL BAKIM İHTİYACI

Çalışma hayatı:			
Beslenme ve diyet :			
Deri hijyeni/ Banyo:			
Meme bakımı:			
Emzirme eğitimi:			
Diş bakımı:			
Dinlenme ve uyku:			
Giyimi :			
Seyahat:			
Cinsel ilişki:			
Kötü alışkanlıkları:			
Egzersiz ve aktivite:			
Doğum hazırlığı:			
Tetanoz aşısı yaptırma durumu			
Doz Sayısı	Yapılma Tarihi	Uygulama Zamanı	Koruma Süresi
Tetanoz 1		Gebeliğin 4. ayında	Yok
Tetanoz 2		Tetanoz 1'den en az 4 haft.sonra	1-3 yıl
Tetanoz 3		Tetanoz 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
Tetanoz 4		Tetanoz 3'ten en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
Tetanoz 5		Tetanoz 4'ten en az bir yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca
Başka bir aşı yaptırma durumu			
Doğum öncesi eğitim ihtiyacı		Var (.....)	Yok
Gebelikte sosyal destek sistemleri		Var (.....)	Yok

İlaç Alımı (SAT'den itibaren)	Doz	Doz Başlangıç zamanı	Son Kullanma Zamanı
Vitaminler			
Demir ilacı			

İzlemi yapan öğrencinin
Adı soyadı
İmza :
Tarih :

İzlem esnasında sorumlu Ebe-Öğretim Elemanı
Adı soyadı
İmza :
Tarih:

