



OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM ÖNCESİ MUAYENE FORMU

Adı Soyadı: _____ Görüşme Tarihi: _____
Yaşı: _____
Kan Grubu: _____
Eğitimi: _____
Mesleği: _____
Sağlık Güvence Durumu: _____
Eşi ile Akrabalık Durumu: _____
Akrabalık Derecesi: _____
Boy: _____ Kilosu: _____ BKI: _____ Gebelikte Aldığı Toplam Kilo: _____
Son Adet Tarihi: _____ Tahmini Doğumu Tarihi: _____ Gebelik Haftası: _____

Obstetrik Öyküsü

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

Vital Bulguları: TA: _____ Nabız: _____ Ateş: _____ Solunum _____

Abdominal Muayene

Leopold Manevraları	
I. Leopold Manevrası	
Fundus Yüksekliği	... Hafta
II. Leopold Manevrası	
Pozisyon	D1
	D2
III. Leopold Manevrası	Transfers
	Longitudinal
	Oblik
Önde Gelen Kısım	Baş
	Makat
IV. Leopold Manevrası	
V. Leopold Manevrası	
Karın Çevresi (110 cm üstünde?)	

**Vajinal Muayene:**

Dış Genital Organlar	
Vajinal Durum	
Vajinal Akıntı Durumu	
Kollum Durumu	
Konjugata diogonalis	Ulaşılamadı () Ulaşıldı/ cm
Servikal Dilatasyon	
Efasman	
Amniotik Mayi ve Rengi	
Godell belirtisi	
Hegar belirtisi	
Chadwick belirtisi	
Ballotman (iç/dış)belirtisi	
ÇKS	

Anormal Bulgular İle İlgili Detaylar	Yapılanlar / Öneriler

İzlemi yapan öğrencinin
Adı soyadı
İmza :
Tarih :

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