



Doküman Kodu: DH.FR.018

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 2

HASTANIN; Adı Soyadı:		Eş Adı Soyadı:	
Hastanın; Telefonu:	Demir <input type="checkbox"/> Kullanıyor <input type="checkbox"/> Hayır	Eş TC:	
Hastanın; Kan Grubu:	Devit <input type="checkbox"/> Kullanıyor <input type="checkbox"/> Hayır	Eş Tel:	Eş Kan Grubu:
Yaşı:	Boy/Kilo:	Tarih:	Saat:
Son Adet Tarihi:	Yakınması:		
Gebelik Haftası:	Beklenen Doğum Tarihi:		
Gebelik Sayısı:	Doğum Sayısı:	Küretaj:	
Abortus:			
Yaşayan Çocuk Sayısı:	Ölü Doğum:		
Son Gebelik Aralığı:	Son Doğum Şekli:	Kaç Kilo Doğurduğu:	
Hastanın Kan Grubu:	Eşinin Kan Grubu:	Rh Uyuşmazlığı: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	
Sağlık Öyküsü; Geçirilmiş Operasyon:			
Kalp Hastalığı:	Troid Hastalığı:		
Böbrek Hastalığı:	Hipertansiyon:		
Ödem:	Gebelikte Hipertansiyon:		
Diabet:	Gebelikte Gelişen Diabet:		
Alerji:	Psikiyatrik Hastalık:		
Varis:	Akraba Evliliği:		
Fiziksel Engel:	Sigara Kullanımı:		
SOY GEÇMİŞİ; Aile yada yakınlarında Kanser, Kalp Hastalığı, Konjenital Anomali, Diabet, Hipertansiyon, Böbrek Hastalığı, Tüberküloz, vb. hastalıkların olup olmadığı Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>			
Varsa belirtiniz;.....			
HASTA SEZARYEN İSE ENDİKASYONLARI;		[] Gebeliğin Hipertansif Hastalığı (Preklamsi Eklemsi, Gebelik+HT)	
[] Geliştirilmiş Uterus Cerrahi (Sezaryen ve Diğer)		[] Çoğul Gebelik	
[] Uzamış Eylem		[] İri Bebek	
[] Baş pelvis uyumsuzluğu		[] Plesenta Anomalileri (Pl. Dekolmanı, Pl. Previa)	
[] Fetal sıkıntı		[] Diğer	
[] Prezantasyon Anomalileri (Makat, Transvers, Alın yüz)			
[] Kordon Sarkması			
Genel Notlar:			
*** Doğum sonrası bebeğimin kişiye teslim edilmesini istiyorum.			
Gebe Adı-Soyadı/İmza			
Sezaryen Sonrası Bebeğin Teslimi	Tarih:	Saat:	
Teslim Eden Ebe Adı-Soyadı	Teslim Alan Hemşire Adı-Soyadı	Hasta Yakını Adı-Soyadı	
İmza	İmza	İmza	

Bebek, ameliyathaneden servis hemşiresine, doğum ebesi refakatinde kimlik doğrulama yapılarak teslim edilir.



Doküman Kodu: DH.FR.018

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 2 / 2

DOĞUMUN 1. EVRESİ		BARKOD	
PELVİK MUAYENE:	ÇKS:		
DİLATASYON:.....	EFFASMAN:.....		
GELEN KISIM:	SEVİYE:.....		
AMNİYOTİK KESE:	AÇILMIŞ <input type="checkbox"/> =>BERRAK <input type="checkbox"/> MEKONYUMLU <input type="checkbox"/>	AÇILMAMIŞ <input type="checkbox"/>	
AÇILMIŞSA TARİH/SAAT:			
KANAMA:	VAR <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/>		
TARİH:.....	MUAYENE EDEN		
SAAT:	HEKİM:.....	EBE:	
DOĞUMUN 2. EVRESİ			
Doğumun tarihi /saati:		Doğumun Şekli:	
İndüksiyon:	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Doğum Süresi:	
DOĞUMUN 3. EVRESİ			
Plesentanın Ayrılma Şekli:	Spontan <input type="checkbox"/> Müdahale ile <input type="checkbox"/>	Plesentanın ayrılma süresi..... Dk	
Postpartum kanama	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>		
Epizyo	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Süresi: Dk' da suture edildi	
NOT:			
Perine Yırtığı	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>		
NOT:			
Vajinal Tampon	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>		
NOT:			
Doğan bebek sayısı:.....	Tek <input type="checkbox"/> Çoğul <input type="checkbox"/>		
Bebeğin cinsiyeti	Kız <input type="checkbox"/>bebek (sayı)	Erkek <input type="checkbox"/>bebek(sayı)	Canlı <input type="checkbox"/> Ölü <input type="checkbox"/> Anomali <input type="checkbox"/>
Boy:.... Kilo:...	Baş çevresi:.....	Göğüs çev:....	Apgar: 1dk... 5dk.....
Çoğul İse (2. Bebek)			
Bebeğin cinsiyeti	Kız <input type="checkbox"/>bebek (sayı)	Erkek <input type="checkbox"/>bebek(sayı)	Canlı <input type="checkbox"/> Ölü <input type="checkbox"/> Anomali <input type="checkbox"/>
Boy:.... Kilo:...	Baş çevresi:.....	Göğüs çev:....	Apgar: 1dk... 5dk.....

Doğumu Yaptıran Hekim
Ad soyad imzaDoğumu Yaptıran Ebe
Ad soyad imza

Normal Doğum Sonrası Bebeğin Servise Teslimi	Tarih:	Saat:
Teslim Eden Ebe Ad Soyad İmza	Teslim Alan Hemşire Ad Soyad İmza	Hasta Yakını Ad Soyad İmza