(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
GEBE DEĞERLENDİRME VE DOĞUM İZLEM FORMU

HASTANIN; Adı Soyadı:		**Eş Adı Soyadı:**	
Hastanın; Telefonu:	Demir [] Kullanıyor [] Hayır	**Eş TC:**	
Hastanın; Kan Grubu:	Devit [] Kullanıyor [] Hayır	**Eş Tel:**	**Eş Kan Grubu:**
Yaşı:	Boy/Kilo:	Tarih:	Saat:

Son Adet Tarihi:	Yakınması:	
Gebelik Haftası:	Beklenen Doğum Tarihi:	
Gebelik Sayısı: Abortus:	Doğum Sayısı:	Küretaj:
Yaşayan Çocuk Sayısı:	Ölü Doğum:	
Son Gebelik Aralığı:	Son Doğum Şekli:	Kaç Kilo Doğurduğu:
Hastanın Kan Grubu:	Eşinin Kan Grubu:	Rh Uyuşmazlığı: Var[] Yok[]

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 [] Yok []
Varsa belirtiniz;.....

HASTA SEZARYEN İSE ENDİKASYONLARI; [] Geliştirilmiş Uterus Cerrahi (Sezaryen ve Diğer) [] Uzamış Eylem	[] Gebeliğin Hipertansif Hastalığı (Preklamsi Eklemsi, Gebelik+HT) [] Çoğul Gebelik
[] Baş pelvis uyumsuzluğu	[] İri Bebek
[] Fetal sıkıntı	[] Plesenta Anomalileri (Pl. Dekolmanı, Pl. Previa)
[] Prezantasyon Anomalileri (Makat, Transvers, Alın yüz) [] Kordon Sarkması	[] Diğer

Genel Notlar:

***** Doğum sonrası bebeğimin ..... kişiye teslim edilmesini istiyorum.**

Gebe Adı-Soyadı/İmza

Sezaryen Sonrası Bebeğin Teslimi	**Tarih:**	**Saat:**
Teslim Eden Ebe Adı-Soyadı **İmza**	**Teslim Alan Hemşire Adı-Soyadı** **İmza**	**Hasta Yakını Adı-Soyadı** **İmza**

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

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

Doğumu Yaptıran Hekim
Ad soyad imza

Doğumu 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