

► Adı Soyadı: ► Doğum Tarihi : / /

► Dosya No: Cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek ► Bölüm :

► Protokol No: Doktoru : ► Oda No :

KABUL BİLGİLERİ

Yatış Tarihi ve Saati: / / 20..... - :

Sağlık Güvencesi: SSK EMS Özel Sigorta Ücretli

Mesleği: Eğitimi: Kullandığı Dil: Dini:

Anne Kan Grubu: Rh () Boyu: Kilosu:

Baba Kan Grubu: Rh () RH Uygunluğu: ☐ Var ☐ Yok Rhogam İmmünizasyonu : ☐ Var ☐ Yok

Doğumhaneye Geliş Şekli: Doğumhaneye Kabul Saati: :

Acil Durumda Aranacak Kişi:

Psikolojik Durum: ☐ Sakin ☐ Kaygılı ☐ Üzüntülü ☐ Heyecanlı ☐ Gergin(Huzursuz) ☐ İçine Kapanık ☐ Ağlıyor ☐ Diğer:.....

ANNE GEBELİK ÖYKÜSÜ

Gestasyon Haftası: SAT: / / 20..... BDT: / / 20.....

Gebelik Sayısı: Yaşayan Çocuk Sayısı: Küretaj Sayısı:

Daha Önceki Doğum Tarihi	Doğum Şekli	Bebegin Kilosu	Anomali Var Mı?	Yaşıyor Mu?

Tetnoz Aşısı: ☐ Yok ☐ Var Zamanı:

Gebelikte Ortaya Çıkan Rahatsızlıklar: ☐ Kanama ☐ HT

☐ Üriner enf. ☐ Hiperemesis ☐ Gestasyonel Diabet ☐ Diğer

Alerjileri: ☐ Yok ☐ Var Tanımlayınız:

Kullandığı İlaçlar: ☐ Yok ☐ Var Açıklayınız :

Düşme Riski Puanı: ☐ Yüksek ☐ Orta ☐ Düşük

Bası Yarası Puanı: ☐ Yüksek ☐ Orta ☐ Düşük

Gebelikte Enfeksiyon (Toksoplazma, su çiçeği, idrar veya solunum yolu enfeksiyonu vb.) Gelişti Mi?

Cinsel İlişki İle Bulaşan Hastalık Durumu: ☐ Yok ☐ Var Açıklayınız :

Planlı Bir Gebelik Mi? ☐ Evet ☐ Hayır

Akraba Evliliği Var Mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Kardeşlerden Vefat Eden Var Mı? ☐ Var ☐ Yok

Önceki Bebeğini Emzirdi Mi? ☐ Evet ☐ Hayır

Geçirilmiş Operasyon / Hastalık: ☐ Yok ☐ Var Açıklayınız :

YAŞAM BULGULARI

Saat	Vücut Isısı	Nabız	Solunum	Kan Basıncı	Ağrı (Vas 0-10)	Ebe - Hemşire

İLK TUŞE BULGULARI

Saat	Dilatasyon	Effesman	Poche	ÇKS	Prezentasyon	Kanama	Değerlendiren

Poche Açılma Saati : :

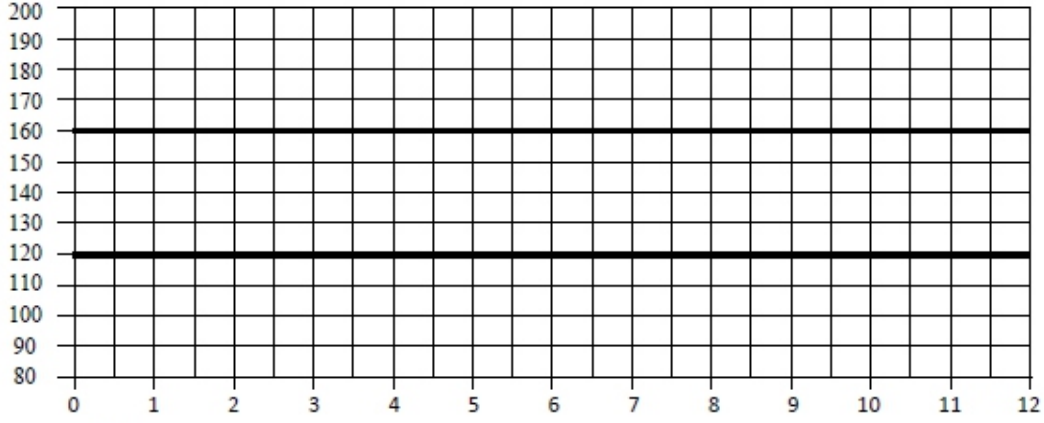
Lavman : ☐ Yapılmadı ☐ Yapıldı Uygulayan Ebe / Hemşire Adı Soyadı :

Hastayı Kabul Eden Ebe / Hemşire Adı Soyadı : İmza:

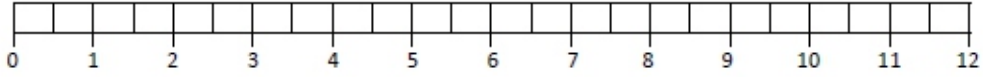
PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü:saat	

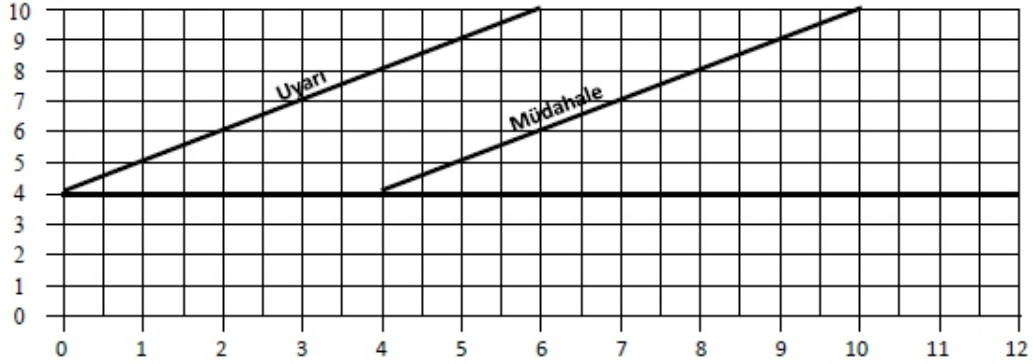
Fetal Kalp Atım Hızı



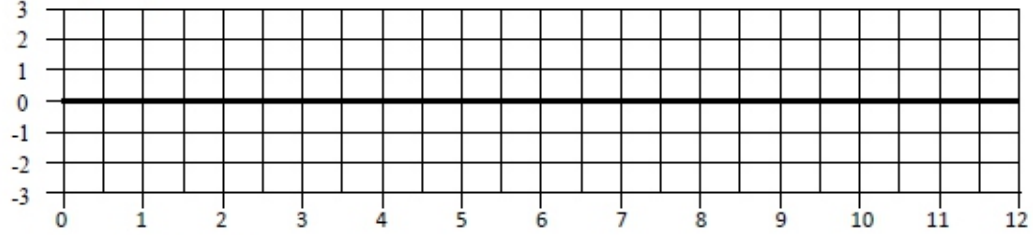
Amniyon Sıvısı



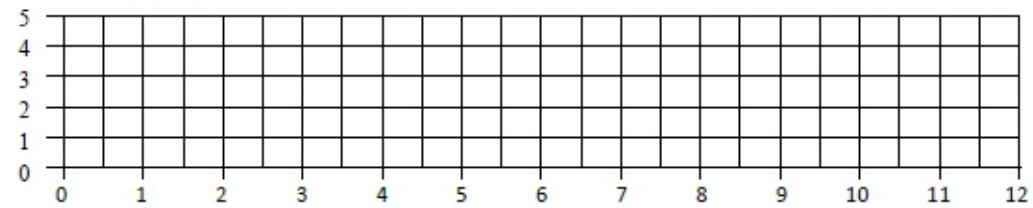
Serviks Açıklığı



Baş Seviyesi



Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati: