



Hastanın Adı, Soyadı:

Hasta ID No:

Doğum Tarihi: / /

Kan Grubu: (Rh)

☐ Bilinmiyor

Eşinin Kan Grubu: (Rh)

☐ Bilinmiyor

Akraba Evliliği:

☐ Yok

☐ Var (yakınlık derecesi):

OBSTETRİK ÖYKÜ

Gebelik Sayısı:

Doğum Sayısı ve Şekli: /

Erken Doğum Öyküsü:

☐ Yok

☐ Var

Küretaj:

☐ Yok

☐ Var (sayısı):

Anomalili Doğum Öyküsü:

☐ Yok

☐ Var

Yaşayan Çocuk Sayısı:

Ölü doğum öyküsü var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Neonatal doğum öyküsü var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

SAT:

Beklenen Doğum Tarihi: / /

Gebelik Haftası:

FHR 1. Bebek: 2.Bebek: 3.bebek: Çoğul gebeliklerde sağ, sol, üst, alt olarak belirtiniz.

Arka arkaya ya da daha fazla spontan abortus oldu mu?

☐ Evet

☐ Hayır

En son doğan bebeğinizin doğum aralığı:

☐ < 2500 gr

☐ 2500 - 4500 gr arası

☐ > 4500 gr

En son gebeliğinizde HT ya da preeklamsi veya eklamsi nedeni ile hastaneye başvurdunuz mu?

☐ Evet

☐ Hayır

Üreme organları ile ilgili bir ameliyat geçirdiniz mi?

☐ Hayır

☐ Myomektomi

☐ Septum çıkarılması

☐ Konizasyon

☐ Servikal serklaj

☐ C / S

☐ Diğer:

ŞİMDİKİ GEBELİK

EVET

HAYIR

35 yaş ve üzeri gebelik

☐

☐

16 yaş ve altı gebelik

☐

☐

Şimdiki veya önceki gebeliklerde RH uygunsuzluğu var mı?

☐

☐

Vajinal kanama var mı?

☐

☐

Gebelik takibi sırasında küçük tansiyonu 90 mmHg üstüne çıktı mı?

☐

☐

Çoğul gebelik tanısı var mı?

☐

☐

IVF veya mikroyejeksiyon

☐

☐

Gestasyonel diabetes var mı?

☐

☐

Değerlendirmeyi Yapan Hemşirenin Adı, Soyadı:

İmza:

Değerlendirme Tarihi: / /

Saati: :

POSTOPERATİF BAKIMLAR (Bu bölüm doğum sonrası takip için kullanılacaktır.)

	İlk	1.saat	2.saat	3.saat	4.saat	6.saat	8.saat	12.saat	24.saat	36.saat	48.saat
Tarih:											
Saat:											
Loşi kontrolü											
Fundus yüksekliği											
Uterus kıvamı: Sert/S, Yumuşak/Y, Normal/N											
Pet sayısı / kanama											
IV sıvı alımı											
Oral sıvı alımı											
Mobilizasyon zamanı											
Miksiyon	Foley										
	Spontan										
Perine bakımı											
Meme bakımı											
Distansiyon											
Defekasyon											
Takibi Yapan Hemşirenin Adı, Soyadı:											
İmzası											

NOT: Fundus yüksekliği; Umblikusun altındaysa: (-) işareti ile, Umblikusun üstündeyse: (+) işareti ile ve Umblikus: (U) harfiyle belirtilir.

Kontrolünüzün sonucu OLUMSUZ veya YAPILMADI ise (Ø) işaretiyle belirtin. OLUMLU veya YAPILDI ise √ işaretiyle belirtin.

