

UYGULAMA

Gebe Bilgi Formu

ADRES

İlçe		Mahalle		Apartman Adı		Ev Tel	
Belde		Cadde		Apartman No		Cep Tel	
Köy		Sokak		Kapı No		e-posta :	

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Adı Soyadı:		Eğitim durumu		Eşinin eğitim durumu	
Doğum tarihi:		Mesleği		Eşinin mesleği	
Kimlik No:		İş Durumu		Aile Hek. Adı	

SOSYO-EKONOMİK DURUM

Yerleşim yeri		Toplam Gelir		Aile tipi		Yardım talebi	
Hanedeki kişi sayısı		Kendi geliri				Ailenin ekonomik durumu	

DOĞURGANLIK DURUMU

Toplam Gebelik Sayısı		Başka çocuk ist.		Son adet tarihi		Varis	
Canlı Doğum Sayısı		Eşi Başka çocuk ist.		Beklenen D. tarihi		Ödem	
Düşük Sayısı		Kan grubu		Gebelik ayı		Hemogloblin	
Ölü Doğum Sayısı		Eşinin Kan grubu		Son iki gebelik arası süre		Porteinüri	
Yaşayan Çocuk Sayısı		Evlilik süresi		Tetanoz Aşı Sayısı		İkili Test	
Ölen Çocuk Sayısı		İlk adet görme yaşı		İzlem sayısı		Üçlü Test	
İstemsiz Düşük		İlk Evlenme Yaşı		Kan Basıncı		Şeker Yükleme Testi	
Kürtaj Sayısı		İlk Gebe Kalma Yaşı		Boy	Kilo	Genetik Danışmanlığı	

Riskli Gebelik Durumu

3+ ardı ardına spontan düşük öyküsü		Önceki gebeliklerde ölü doğum	
Erken doğum öyküsü (22-37 hafta)		Son gebelik: pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış	
Anomalili bebek doğurma öyküsü		Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon?	
Son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g		Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu	
Son bebeğin doğum ağırlığı > 4500g		Yapılan muayene sonucuna göre tespit edilen riskli durum	
Çoğul gebelik		Diastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde olması	
18 yaşından küçük gebe		Hastalık (Renal, Kardiyovasküler, Tiroid, Talesemi diğer.....)	
35 yaş ve üstü gebe		Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı	
Vajinal kanama		İnsülin bağımlı diyabet hastası	
Anemi		Pelvik kitle	

Şikayetler

Kötü kokulu vajinal akıntı		Karın üst bölgesinde ağrı		Ani kilo artışı	
Ateşli- döküntülü bir hastalık		Eller ve göz çevresinde ödem		Kilo alamama	
Düşme veya kaza geçirme		Devamlı Kasılmalar		Devamlı bulantı- kusma	
Ani görme kaybı, şiddetli baş ağrısı		Bebek hareketlerinde azalma		İdrar yaparken yanma, ağrı	

- Eşinizle aranızda akrabalık var mı?
1) Yok 2) Dayı oğlu 3) Teyze oğlu 4) Hala oğlu 5) Amca oğlu 6) 2. Derece
- Akraba evliliğinin herhangi bir sakıncası var mıdır? 1)Evet 2)Hayır 3) Bilmiyorum
- Gebelik Öncesi Mevcut Hastalık :.....
- Hastalığın süresi?.....
- Sürekli ilaç kullanıyor musunuz? 1) Evet (.....) 2) Hayır
- Sigara içiyor musunuz?
1) Hayır, hiç içmedim 2) İçiyordum, bıraktım 3) İçiyordum, gebelikte bıraktım 4) İçiyorum
- Sigara içiyorsanız/içtiyseniz miktarı ve süresi.....adet/..... yıl
- Gebelik öncesi annede mevcut özür:
- Ailede özürlü var mı? Varsa özür türü: özür nedeni:
- Bir önceki gebeliğin sonucu:

11. Son doğumunuz nerede oldu ? : 1) Hastane 2) Sağlık ocağı/evi 3) Ev 4) Diğer
12. Doğumu kim yaptırdı?: 1) Doktor 2) Ebe 3) Kendi kendine 4) Diğer
13. Doğumunuz nasıl oldu?: 1) Normal 2) Sezaryen 3) Diğer.....
14. Bir Önceki Gebelikte;
1) Kanama 2) Yüksek tansiyon 3) Şeker Hastalığı 4) Plesantanın Erken Ayrılması 5) Diğer.....
15. Son iki gebeliğinizin arasındaki süre kaç aydır?:.....ay
16. Gebelik öncesi kullandığı Aile Planlaması yöntemi 1) RİA 2) Hap 3) Kondom 4) Yok 5) Diğer:
17. Gebelik Sonrası Kullanmayı düşündüğünüz AP Yöntemi 1) RİA 2) Hap 3) Kondom 4) Yok 5) Diğer:
18. İsteyerek ve planlayarak mı gebe kaldınız? 1) Evet 2) Hayır
19. Gebelik döneminde kullanılan ilaçlar:
0) Yok 1) Vitamin 2) Folik asit 3) Demir hapi 4) Bulantı giderici 5) Diğer
20. Gebelik döneminde röntgen çekildi mi? 1) Evet.....kez 2) Hayır
21. Gebelik döneminde sürekli stresli misiniz? 1) Evet 2) Hayır
22. Hayatınızdan Memnun Musunuz? 1) Evet 2) Hayır (Neden.....)
23. Kendi Sağlığını Nasıl Değerlendiriyorsunuz? 1) Çok İyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü 5) Çok Kötü
24. DÖB için en son nereye/kime başvurduunuz?
1) Aile Hekimi 2) Devlet Hastanesi 3) Üniversite Hastanesi 4) Özel Hekim 5) Özel Hastane
25. Gittiğiniz bu sağlık kuruluşunda size verilen hizmetten memnun kaldınız mı? 1) Evet 2) Hayır
26. Yanıt hayır ise memnun kalmama nedeniniz?
27. Evinize son bir yıl içerisinde doğum öncesi bakım vermek için sağlık personeli geldi mi? 1) Evet 2) Hayır
28. Gebelikle ilgili bilgileri hangi kaynaktan edindiniz?
1) Kitap 2) Gazete-TV 3) İnternet 4) Aile büyükleri 5) Arkadaş-komşu 6) Sağlık personeli 7) Diğer
29. Anne çocuk sağlığı açısından iki doğum arasında en az kaç ay süre olmalıdır?
1) Biliyor (24 ay) 2) Yanlış biliyor 3) Bilmiyor
30. Bildiğiniz aile planlaması yöntemlerini sayınız?
1) RİA 2) Hap 3) Kondom 5) İğne 4) Geri çekme 6) İmplant 7) Takvim 8) Emzirme 9) Diğer...
31. Bebeğe kaç ay sadece (su bile vermeden) anne sütü verilmelidir? 1) Biliyor (6 ay) 2) Yanlış biliyor 3) Bilmiyor
32. Anne sütü alan bebeğe ek gıdalar kaç aylıkken başlanmalıdır? 1) Biliyor (6 ay) 2) Yanlış biliyor 3) Bilmiyor
33. Doğduktan sonra bebeğinizi nasıl beslemeyi düşünüyorsunuz?
1) Anne sütü ile 2) Hazır mama ile 3) Piring unu vb. ile 4) İnek sütü ile 5) Diğer....
34. Doğumunuzu nasıl yapmak istiyorsunuz?
1) Hastanede Normal D. 2) Evde Normal D. 3) Sezaryen 4) Diğer.....

Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler

35. Gebelik süresince alınan kilo
36. Gebelik Sonucu 1) Düşük 2) Ölü Doğum 3) Canlı Doğum
37. Doğum Nasıl Oldu ? 1) Normal 2) Müdahaleli 3) Sezaryen
38. Doğumda bebek oksijensiz kaldı mı? 1) Evet.....dk 2) Hayır
39. Doğumun Yeri ve Biçimi;
☐ Hastanede ☐ Diğer Sağlık Kuruluşunda ☐ Evde Sağlık Personeli Yardımı İle ☐ Evde Kendi Kendine
40. Doğan Bebeğin; Cinsiyeti 1) Erkek 2) Kız Kilosugr. Boyu cm Geliş Biçimi:
41. Doğuştan Anomali 0) Yok 1) Var:.....

Bebek / Çocuk İzlem Formu

Çocuğun;

1-Adı Soyadı :Yaşı (ay olarak):.....

2-Cinsiyeti:

3-Kardeş sayısı:..... Kaçınıcı çocuk:.....

4-Son iki çocuk arasındaki yaş farkı?: 1) 2 yıldan az 2) 2 yıldan çok

Annenin;

5-Yaşı :

6-Öğrenim durumu :

1) OYD 2) OY 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise ve dengi 6) Üniv.

7-Mesleği : 1) Ev hanımı 2) Evde para getiren iş yapıyor 3) Memur 4)Diğer

Babanın;

8-Yaşı :

9- Öğrenim durumu :

1) OYD 2) OY 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise ve dengi 6) Üniv.

10-Mesleği : 1) İşsiz 2) Memur 3) Esnaf 4) Serbest Meslek (Doktor, avukat, mühendis vs) 5) Çiftçi 6) Ev hanımı 7) Emekli 8) Sigortalı işçi

9) Sigortasız işçi 10) Diğer (.....)

11-Çocuğunuza anne sütü ne kadar süre verildi?:

1) Hiç verilmedi 2) ay verildi 3) Halen emiyor

12-Bu çocuğa hazır mama verdiniz mi ? 1) Evet (hangi mama?kaç ay.....) 2) Hayır

13-Çocuğun aşıları tam mı (yaşına göre): 1) Evet 2)Hayır(neden?.....)

14-Çocuğunuz son 3 ayda ishalli hastalık geçirdi mi?: 1) Evet (..... kez) 2) Hayır

15-Çocuğunuz son 3 ayda başka bir hastalık geçirdi mi?:

1) Evet (Hangileri) 2) Hayır

16-Çocuğunuzun önemli bir hastalığı var mı?: 1) Evet (Hangisi?.....) 2) Hayır

17-Çocuğunuzun doğum kilosuz?:.....gr.,

18-Şu anki kilosuz :.....kggr

19-Çocuğunuzun doğum boyu ? :cm., Şu anki boyu :cm.

20-Size göre bu çocuğun büyüme gelişmesi nasıl?: 1) Normal 2) Geri kalmış

21-Bu gebelikte ebe sizi gebeliğiniz süresince ziyaret etti mi?: 1)Evet(kaçkez?.....) 2)Hayır

22-Doğum sonrası ebe tarafından ziyaret edildiniz mi?: 1) Evet(kaçkez?.....) 2)Hayır

23-Son çocuğunuz kaç aylık?:

24-Çocuğunuzun izlemi ebe tarafından yapılıyor mu?: 1) Evet 2) Hayır

25-Cevabınız evet ise ne kadar aralıkla izlem yapılıyor?:.....ayda.....kez