

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
FORM NO: 005

GEBE - LOHUSA İZLEME FİŞİ

TC Kimlik No:   
Soyadı:   
Adı:   
Eşinin Adı:   
Eşinin Akrabalık D:   
Doğum Tarihi:   
Öğrenim Durumu:   
İşi:   
Evllenme Yaşı:   
İlk Gebelik Yaşı:

Sıra No. :   
Muhtarlığı :   
Sokağı :   
Ev No. :   
Tlf. No. :

Kurumu :   
Sağlık Evi :   
Düzenlendiği Tarih :   
Boyu :  cm

Kaçıncı Gebeliği	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Annenin Sistematik Hastalığı Varsa Yazınız	Pelvis Durumu	Kan Grubu Rh	Eşinin Kan Grubu - Rh	Bir Önceki Gebeliğin Sonlanma Tarihi	Bir Önceki Gebeliğin Sonucu, Yeri ve Biçimi	Doğumla İlgili Karar
							Uygun <input type="checkbox"/> Dar <input type="checkbox"/> Şüpheli <input type="checkbox"/>				.....gün .....ay .....yıl Yer : ..... Biçim : .....	Sağlık Evi <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağı <input type="checkbox"/> Hastanede <input type="checkbox"/>

Gebelik Öncesi Kullandığı Koruyucu Yöntem	Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler			
	Gebelik Sonucu ve Tarihi	Doğum Nasıl Yapıldı?	Doğuma Yardım Eden	Doğan Bebek
RİA <input type="checkbox"/> Hap <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diğer : .....	Düşük <input type="checkbox"/> Ölü Doğum <input type="checkbox"/> Canlı Doğum <input type="checkbox"/>	Spontan <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Sezaryen <input type="checkbox"/> Forseps <input type="checkbox"/>	Hastane <input type="checkbox"/> Hekim <input type="checkbox"/> Ebe <input type="checkbox"/> Diğer Sağ. Personeli <input type="checkbox"/> Sağlık Pers. Yardımı Olmadan <input type="checkbox"/>	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> Kilosu ..... gr. Boy .....cm. Geliş Biçimi : .....

Ebenin Adı, Soyadı :  Hekimin Adı, Soyadı :   
Tarih :  Tarih :   
İmzası :  İmzası :

Risk Durumu :  Tetanoz aşısının yapıldığı tarihler 1. Aşı :  4. Aşı :   
Son Adet Tarihi :  2. Aşı :  5. Aşı :   
Beklenen Doğum Tarihi :  3. Aşı :

İZLEME VE ÖĞÜTLER

Tarih	Gebelik Haftası	Ağırlık (Kg.)	Kan Basıncı (mmHg)	Ödem	Varis	Nabız / dakika	İdrarda Protein	Hemo globin %	Çocuk Kalp Sesi (sayı/dak.)	Geliş Biçimi	Öğütler ( Yan sütunlardaki ağırlık, kan basıncı, hemoglobinin vb. normal mi?) (Geliş Biçimi, Hekime Sevk)	Sonraki İzleme Tarihi	İmza

LOHUSALIK DÖNEMİ İZLEMESİ

Tarih	Kan basıncı / mmHg	Nabız / dakika	Ateş	Açıklama, diğer inceleme ve öğütler	İmza

GEBE - BEBEK - ÇOCUK PSİKOSOSYAL İZLEME FORMU

GİRİŞ BÖLÜMÜ

(Bu bölüm yeni tespit edilen tüm olgularda, anne aday/anne ile ilk görüşmede uygulanacaktır.)

(.....) Hanım, ben çocuğunuz altı yaşına gelene kadar sizinle birlikte çalışacağım. Amacım sizin ve çocuğunuzun sağlığını korumak, desteklemek. Çocuğunuzun sağlıklı gelişimine yardımcı olmak. Görüşmelerimiz sırasında bazı bilgileri kaydedeceğim. Bu sizinle görüştüklerimizi hatırlamama yardımcı olacak.

Kaç yıllık evlisiniz? .....

Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz? (Kimler?) .....

Siz ve eşiniz herhangi bir işte çalışıyor musunuz? (Hangi iş?) Anne : ..... Baba:.....

Ailenizin herhangi bir sağlık güvencesi var mı? (Hangisi?).....

Ailede ya da sizde bedensel, zihinsel veya ruhsal bir hastalık var mı? (Kim, hastalık ne?) .....

Evinizde sigara, alkol kullanan var mı? (Kim, ne, ne sıklıkta?).....

Ailenizin yiyecek, giyecek, yakacak gibi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor musunuz? .....

Gebeliğiniz siz ve eşiniz tarafından istenilen bir gebelik miydi? .....

GEBELİK DÖNEMİ GÖRÜŞMELERİ

	1. Görüşme (.....haftalık)	2. Görüşme (.....haftalık)
S.1. (.....) Hanım nasılsınız, gebeliğiniz nasıl gidiyor?		
S.2. Gebelik döneminde beslenmeniz siz ve bebeğiniz için çok önemli. Nasıl besleniyor, nelere dikkat ediyorsunuz?		
S.3. Sizin ruh sağlığınızı kendinizin, ailenizin sağlığı açısından önemli. Son bir haftada kendinizi aşırı mutsuz, hüzünlü, çökkün hissettiniz mi? <b>Cevap evet ise</b> (Kaç gün süre ile?)	<input type="checkbox"/> Hayır/1-2 gün <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır/1-2 gün <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri
S.4. a-Ev işleriniz, çocuklarınızın bakımı, sıkıntınızı paylaşma gibi konularda eşinizden ve çevrenizden yeterli destek alabiliyor musunuz? (Kimlerden?) <b>Cevap hayır ise"b ve c" şikkini sor.</b>	<input type="checkbox"/> Evet ..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet ..... <input type="checkbox"/> Hayır
b- Kimlerden destek alabilirsiniz?		
c- Almak istediğiniz destekleri dile getiriyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.5. Eşiniz ve diğer yakınlarınız ile ilişkileriniz sizin ve çocuğunuzun sağlığı açısından önemli. Eşinizin ya da bir başkasının size, çocuklarınıza, eşyalara zarar verdiği, sizi tehdit ettiği ya da incittiği olur mu?	<input type="checkbox"/> Evet ..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet ..... <input type="checkbox"/> Hayır
S.6. Gebelik sonrası kullanmayı düşündüğünüz aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi?)	<input type="checkbox"/> Evet ..... <input type="checkbox"/> Hayır.....	<input type="checkbox"/> Evet ..... <input type="checkbox"/> Hayır.....
S.7. Kendinizi son bir ay içinde çoğu zaman, günlük yaşamınızı kısıtlayacak kadar gergin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılanır hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.8. Bebeğinize ne kadar süre ile sadece anne sütü vermeyi düşünüyorsunuz?		

GÖZLEM

Gebede/babada çocuğuyla ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilecek ağır ruhsal bozukluk (şizofreni vb.) veya mental retardasyon belirtileri olup olmadığını gözlemleyin.  Var .....  Yok  
 Yok  Yok

DEĞERLENDİRME TABLOSU

Tarih	Normal Takip	Sık Takip	Hekime Yönlendirme

AİLE SAĞLIĞI ELEMANI NOTLARI:.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Tarih	Hekime Yönlendirme Nedeni	Tarih	Hekim Değerlendirmesi	İmza	Sonuç

1) Hekimin Adı Soyadı : ..... Tarih : ..... İmza: .....  
2) Hekimin Adı Soyadı : ..... Tarih : ..... İmza: .....