T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
FORM NO: 005

GEBE - LOHUSA İZLEME FİŞİ

TC Kimlik No:

Soyadı :

Adı : .....

Kurumu :.....

Sağlık Evi :.....

Eşinin Adı : .....

Eşinin Akrabalık D : .....

Doğum Tarihi : .....

Sıra No. : .....

Muhtarlığı : .....

Sokağı : .....

Ev No. : .....

Tlf. No.: .....

Düzenlendiği Tarih
...../...../.....

Boyu : .....cm

Öğrenim Durumu : .....

İşi : .....

Evlenme Yaşı : .....

İlk Gebelik Yaşı : .....

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 ☐ Dar ☐ Şüpheli ☐			.....gün ..... ay ..... yıl	Canlı Doğum ☐ Ölü Doğum ☐ Düşük ☐ Yer :..... Biçim :.....	Sağlık Evi ☐ Sağlık Ocağı ☐ Hastanede ☐

Gebelik Öncesi Kullandığı Koruyucu Yöntem	Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler				
	Gebelik Sonucu ve Tarihi	Doğum Nasıl Yapıldı?	Doğuma Yardım Eden	Doğan Bebek	Doğuştan Şekil Bozukluğu
RİA ☐ Hap ☐ Kondom ☐ Yok ☐ Diğer :	Düşük ☐ Ölü Doğum ☐ Canlı Doğum ☐ ...../...../.....	Spontan ☐ Vakum ☐ Sezaryen ☐ Forseps ☐	Hastane ☐ Hekim ☐ Ebe ☐ Diğer Sağ. Personeli ☐ Sağlık Pers. Yardımı Olmadan ☐	Cinsiyeti ☐ Kilosu ..... gr. Boyu .....cm. Geliş Biçimi : .... Çoğul Doğum ☐	Yok Var : .... Notlar : ....

Ebenin Adı, Soyadı :.....
Tarih :...../...../.....
İmzası :.....

Hekimin Adı, Soyadı :.....
Tarih :...../...../.....
İmzası :.....

Risk Durumu :.....
Son Adet Tarihi :.....
Beklenen Doğum Tarihi :.....

Tetanoz aşısının yapıldığı tarihler
1. Aşı :.....
2. Aşı :.....
3. Aşı :.....
4. Aşı :.....
5. 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, hemoglobin 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 adayı/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 sağlığınız kendinizin, ailenizin sağlığı açısından önemli. Son bir haftada kendinizi aşırı mutsuz, hüzünlü, çökkün hissettiniz mi? **Cevap evet ise** (Kaç gün süre ile?)	☐ Hayır/1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri	☐ Hayır/1-2 gün ☐ 3-4 gün ve üzeri
S.4. a-Ev işleriniz, çocuklarınızın bakımı, sıkıntınızı paylaşma gibi konularda eşinizden ve çevrenizden yeterli destek alabiliyor musunuz? (Kimlerden?) **Cevap hayır ise"b ve c" şıkkını sor.**	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır
b- Kimlerden destek alabilirsiniz? c- Almak istediğiniz destekleri dile getiriyor musunuz?	..... ☐ Evet ☐ Hayır	..... ☐ Evet ☐ 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?	☐ Evet ..... ☐ Hayır	☐ Evet ..... ☐ Hayır
S.6. Gebelik sonrası kullanmayı düşündüğünüz aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi?)	☐ Evet ..... ☐ Hayır.....	☐ Evet ..... ☐ Hayır.....
S.7. Kendinizi son bir ay içinde çoğu zaman, günlük yaşamınızı kısıtlayacak kadar gergin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılanır hissettiniz mi?	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ 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	☐ Var..... ☐ 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: