

**T.C.**

**BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ**

**BUCAK SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

**EBELİK BÖLÜMÜ**

**……/…… EĞİTİM ÖĞRETİM YILI**

**MEZUNİYET KRİTERLERİ DEFTERİ**

**ADI SOYADI :………………………………………**

**NUMARASI :………………………………………**

**SINIFI :………………………………………**

**SORUMLU ÖĞRETİM GÖREVLİSİ :………………………………………**

**TESLİM EDİLDİĞİ TARİH :………………………………………**

**T.C.**

**BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ BUCAK SAĞLIK YÜKSEKOKULU EBELİK BÖLÜMÜ NORMAL DOĞUM TAKİP FORMU**

**GEBENİN BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı-Soyadı: | Yaş: | Tarih: |
| Kilo: | Son Âdet Tarihi: | Protokol No: |
| Boy: | Gebelik Haftası: | Hastane ve Birim Adı: |
| Kan Grubu: | G: P: A: L: |

**DOĞUM DEĞERLENDİRME**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Doğumun nasıl yapıldığı: | ( )Spontan | ( )Müdahaleli | Plasenta doğum saati: |
| Doğumun 2. Evresinin süresi: | Plasenta bütünlüğü: |
| Epizyotomi: | ( ) Yapıldı | ( ) Yapılmadı | **Vital Bulgular** |
| Spontan laserasyon: | ( )Var | ( ) Yok | Kan Basıncı: |
| Hematom: | ( )Var | ( ) Yok | Nabız: |
| Anormal kanama: | ( )Var | ( ) Yok | Ateş: |
| Uygulanan İlaçlar: | Solunum: |
| ÇKS: |
| Ağrı Puanı (10 üzerinden): |

……………………..tarihinde, saat …………da yukarıda kayıtlı bulunan doğumu yardımlı/yardımsız yaptırmış bulunmaktayım.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Öğrencinin**  | **Gözlemleyen Ebe/Hekim** |  **Onaylayan Öğretim Elemanı** |
| Tarih: | Tarih: | Tarih: |
| Adı soyad: | Adı soyad: | Adı soyad: |
| İmza: | İmza: | İmza: |



**T.C.**

**BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ BUCAK SAĞLIK YÜKSEKOKULU EBELİK BÖLÜMÜ**

**DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM (TRAVAY) MUAYENE FORMU**

**GEBENİN BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı: | Yaş: | Tarih: |
| Kilo: | Son Adet Tarihi: | Protokol No: |
| Boy: | Gebelik Haftası: | Hastane ve Birim Adı: |
| Kan Grubu: | G: P: A: L: | Gebelikte Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu: ( ) Aldı ( ) Almadı |

**TRAVAY DEĞERLENDİRMESİ**

|  |
| --- |
| Servise Kabul Saati: |
| Kontraksiyonların Başladığı Saat: |
| Lavman Uygulanma Durumu: ( ) Uygulanmadı ( )Uygulandı Uygulanan saat: |
| Membranların Durumu: ( ) Açık ( ) Kapalı |
| Amniyotomi: ( ) Uygulanmadı ( )Uygulandı Uygulanan saat: |
| İndüksiyon: ( ) Uygulanmadı ( )Uygulandı Uygulanan saat: |
| Beslenme Durumu: |
| **Vital Bulgular** |
| Kan Basıncı: Solunum: |
| Nabız: Ağrı Puanı (10 üzerinden): |
| Ateş: NST Sonucu: ( )Reaktif ( )Nonreaktif |
| **Abdominal Muayene** |
| I. Leopold Manevrası | Fundus Yüksekliği: |
| II. Leopold Manevrası | Situs: ( ) Transfers Longitüdinal ( ) OblikPozisyon: ( ) D1 ( ) D2 ÇKS (Kalp Atımı/Dakika): |
| III. Leopold Manevrası | Önde Gelen Kısım: ( ) Baş ( )Makat |
| IV. Leopold Manevrası | ( ) Mobil ( ) Fikse ( ) Angaje |
| **Vajinal Muayene** |
| Dış Genital Organlar: | ( ) Normal ( )Varis ( )Ödem |
| İskiyal Spinalar: | ( ) Uygun ( ) Uygun Değil |
| Subpubik Açı: | ( ) Uygun ( ) Uygun Değil |
| İnterspinöz Çap: | ( ) Uygun ( ) Uygun Değil |
| Koksiks: | ( ) Uygun ( ) Uygun Değil |
| Servikal Dilatasyon: | …… cm |
| Efasman: | %...... |
| Fetal Başın Düzeyi: | ………… |
| Amniyotik Mayi Rengi: | ( )Berrak ( ) Mekonyumlu |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Öğrencinin**  | **Gözlemleyen Ebe/Hekim** |  **Onaylayan Öğretim Elemanı** |
| Tarih: | Tarih: | Tarih: |
| Adı soyad: | Adı soyad: | Adı soyad: |
| İmza: | İmza: | İmza: |

**T.C.**

**BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ BUCAK SAĞLIK YÜKSEKOKULU EBELİK BÖLÜMÜ**

**DOĞUM SONU TAKİP FORMU**

**ANNENİN BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı: | Yaş: | Tarih: |
| Kilo: | Doğum Yaptığı Gebelik Haftası: | Protokol No: |
| Boy: | Doğum Saati: | Hastane ve Birim Adı: |
| Kan Grubu: | G: P: A: L: |

**DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fundusun Değerlendirilmesi** | **Loşianın Değerlendirmesi** |
| Fundusun Tonüsü: ( ) **N**ormal ( ) Atonik | Renk: |
| Pozisyonu: | Miktar (ped sayısı/24 saat) : |
| Kıvamı: | Koku: |
| Seviyesi: | **Vital Bulgular** |
| Fundus Masajı: ( )Yapıldı ( )Yapılmadı | Kan Basıncı: |
| **Perinenin Değerlendirilmesi** | Nabız: |
| Perine Hijyeni: | Ateş: |
| Perine Bakımı: ( ) Yapıldı ( ) Yapılmadı | Solunum: |
| Perine Hijyeni Eğitimi: ( ) Verildi ( ) Verilmedi | **Sağlığın Değerlendirilmesi** |
| **Epizyonun Değerlendirilmesi** | **Beslenme:** |
| Epizyo: ( ) Var ( ) Yok | Boşaltım: |
| Şiddetli Ağrı: ( ) Var ( ) Yok | İdrar Yapma Durumu: ( ) Yapmadı ( ) Yaptı*Kaçıncı saatte yaptığı:* |
| Akıntı: ( ) Var ( ) Yok | Mobilizasyon: |
| Kızarıklık: ( ) Var ( ) Yok | Ağrı Puanı (10 üzerinden): |
| Ödem: ( ) Var ( ) Yok | **Ruhsal Durum:** ( ) Normal ( ) Anksiyete( )Ajitasyon ( ) Depresyon ( ) Diğer………… |
| **Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirmesi** |
| Meme Ucu Durumu: ( ) Var ( ) Yok | Emzirme Durumu: ( ) Emzirmiyor ( ) Emziriyor*Emzirmenin başlatıldığı saat:* |
| Kolostrum Varlığı: ( ) Var ( ) Yok |
| **Uygulanan İlaçlar:** |

**SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Öğrencinin**  | **Gözlemleyen Ebe/Hekim** |  **Onaylayan Öğretim Elemanı** |
| Tarih: | Tarih: | Tarih: |
| Adı soyad: | Adı soyad: | Adı soyad: |
| İmza: | İmza: | İmza: |

**T.C.**

**BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ BUCAK SAĞLIK YÜKSEKOKULU EBELİK BÖLÜMÜ**

**RİSKLİ GEBE TAKİP FORMU**

**GEBENİN BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı: | Yaş: | Tarih: |
| Kilo: | Son Adet Tarihi: | Protokol No: |
| Boy: | Tahmini Doğum Tarihi: | Hastane ve Birim Adı: |
| Kan Grubu: | G: P: A: L: | Gebelik Haftası: |
| Eşinin Kan Grubu: | Hastaneye Geliş Nedeni: | Tanısı: |

**GEBENİN SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Muayene Bulguları** | Mobilizasyon durumu: |
| Göz: | Fetal hareketler: ( ) Var ( )Yok |
| Ağız ve diş: | Uyku düzeni: |
| Tiroid: | **Vital Bulgular** |
| Memeler: | Kan Basıncı: |
| Deri: | Nabız: |
| Varis: | Ateş: |
| Ödem: | Solunum: |
| Abdomen: ( ) Ağrı ( ) Stria Gravidarum ( )Skar doku | ÇKS: |
| Beslenme: | Ağrı (10 üzerinden): |
| Boşaltım: | NST sonucu: ( )Reaktif ( )Nonreaktif ( ) Şüpheli |
| Gebeliğin planlı olma durumu: ( ) Planlı ( )Plansız | Gebeliğe yönelik tutum: ( )Olumlu ( ) Olumsuz |
| Ruhsal durum:(*Beck Depresyon Ölçeği Skoruna göre değerlendirilecektir)* |
| **Uygulanan Tedavi** | **Laboratuvar Bulguları** |
|  |  |

**SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Öğrencinin**  | **Gözlemleyen Ebe/Hekim** |  **Onaylayan Öğretim Elemanı** |
| Tarih: | Tarih: | Tarih: |
| Adı soyad: | Adı soyad: | Adı soyad: |
| İmza: | İmza: | İmza: |

**T.C.**

**BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ BUCAK SAĞLIK YÜKSEKOKULU EBELİK BÖLÜMÜ**

**SAĞLIKLI GEBE TAKİP FORMU**

**GEBENİN BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı: | Yaş: | Tarih: |
| Kilo: | Son Adet Tarihi: | Protokol No: |
| Boy: | Tahmini Doğum Tarihi (TDT): | Hastane ve Birim Adı: |
| Kan Grubu: | G: P: A: L: | Gebelik Haftası: |

|  |  |
| --- | --- |
| Göz: | Varis: |
| Ağız ve diş: | Ödem: |
| Tiroid: | Vital bulgular: |
| Memeler: | Fetal Hareket Durumu: ( )Var ( ) Yok |
| Deri: | ÇKS: |
| Gebeliğin planlı olma durumu: ( ) Planlı ( )Plansız | Gebeliğe yönelik tutum: ( )Olumlu ( ) Olumsuz |
| Ruhsal durum: |

**MUAYENE BULGULARI**

|  |
| --- |
|  |

**SAPTANAN SORUNLAR VE EBELİK GİRİŞİMLERİ**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Öğrencinin**  | **Gözlemleyen Ebe/Hekim** |  **Onaylayan Öğretim Elemanı** |
| Tarih: | Tarih: | Tarih: |
| Adı soyad: | Adı soyad: | Adı soyad: |
| İmza: | İmza: | İmza: |

**T.C.**

**BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ BUCAK SAĞLIK YÜKSEKOKULU EBELİK BÖLÜMÜ**

**NORMAL VE RİSKLİ YENİDOĞAN DEĞERLENDİRME FORMU**

**ANNE BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı: | Protokol No: | Tarih: |
| Doğum Yaptığı Gebelik Haftası: | Kan Grubu: | Hastane ve Birim Adı: |

**YENİDOĞAN BİLGİLERİ**

|  |
| --- |
| Cinsiyeti: ( ) Kız ( ) Erkek |
| Kilo:……………..gr Boy cm |
| Baş çevresi: …………cm Göğüs çevresi: cm |
| Apgar skoru: 1. Dk: ………………./ 5. Dk:……………. |
| Kan grubu: |

**FİZİK MUAYENE VE REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ateş: |  | Doğum travması: | ( )Var | ( )Yok |
| Solunum: |  | Anoksi: | ( )Var | ( )Yok |
| Nabız: |  | Sarılık: | ( )Var | ( )Yok |
| Beslenme: | ( ) Anne sütü | ( ) Mama |  | Siyanoz: | ( )Var | ( )Yok |
| Emme güçlüğü: | ( )Var | ( )Yok |  | Solunum sıkıntısı: | ( )Var | ( )Yok |
| Cerrahi girişim: | ( )Var | ( )Yok |  | Diğer: |
| Enfeksiyon: | ( )Var | ( )Yok |  |
| Moro refleksi: ( )Var |  | ( )Yok |  |  |
| El-ayak yakalama refleksi: ( )Var |  | ( )Yok |  |  |
| Tonik boyun refleksi: ( )Var |  | ( )Yok |  |  |
| Emme-yutma refleksi: ( )Var |  | ( )Yok |  |  |
| Adım atma ve basma refleksi: ( )Var |  | ( )Yok |  |  |
| Babinski refleksi: ( )Var |  | ( )Yok |  |  |
| Gövdeyi içe eğme refleksi: ( )Var |  | ( )Yok |  |  |
| Derin tendon refleksi: ( )Var |  | ( )Yok |  |  |
| Göz kırpma refleksi: ( )Var |  | ( )Yok |  |  |
| Arama refleksi: ( )Var |  | ( )Yok |  |  |

**EBELİK GİRİŞİMLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| El- yüz temizliği: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı | Pozisyon değiştirme: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı |
| Ağız bakımı: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı | Masaj: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı |
| Göz bakımı: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı | Anneyi emmesine yardım: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı |
| Göbek klempleme/ bakımı: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı | Kanguru bakımı: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı |
| K vit uygulaması: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı | NG beslenme: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı |
| Hepatit B uygulaması: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı | IV girişim: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı |
| Bebeğin giydirilmesi: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı | Oksijen verme: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı |
| Vücut banyosu: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı | Aspirasyon: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı |
| Silme banyosu: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı | Postural drenaj: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı |
| Küvöz bakımı: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı | Pişik bakımı: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı |
| Tırnak kesme: | ( ) Uygulandı ( )Uygulanmadı | Diğer: | ………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Öğrencinin**  | **Gözlemleyen Ebe/Hekim** |  **Onaylayan Öğretim Elemanı** |
| Tarih: | Tarih: | Tarih: |
| Adı soyad: | Adı soyad: | Adı soyad: |
| İmza: | İmza: | İmza: |

**T.C.**

**BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ**

**BUCAK SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

**EBELİK BÖLÜMÜ**

 **MEZUNİYET KRİTERLERİ TESLİM FORMU**

**Öğrencinin Adı-Soyadı: Tarih:…/…/20…**

**Öğrenci Numarası:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formlar**  | **Teslim Edilmesi Gereken Sayı** | **Teslim Edilen****Sayı** | **Teslim Edenin İmzası** | **Teslim Alan Öğretim Elemanın İmzası** |
| **Gebe İzlemi****(Normal)** | **100** |  |  |  |
| **Gebe İzlemi (Riskli)** | **40** |  |  |  |
| **Travayda Gebe İzlem**  | **40** |  |  |  |
| **Normal Doğum Yaptırma** | **40** |  |  |  |
| **Makat Doğuma Yardım** (Makat doğum mümkün olmadığı takdirde simülasyon yapılarak çalışılmalıdır.) | **1-2** |  |  |  |
| **Epizyotomi uygulaması ve dikiş** (Gerekirse bu durum simülasyon şeklinde yapılabilir.) | **1-2** |  |  |  |
| **Lohusa İzlemi** **(Normal ve Riskli)** | **100** |   |  |  |
| **Yenidoğan İzlemi****(Normal ve Riskli)** | **100** |  |  |  |

Mezuniyet kriterleri defteri öğrenci mezun konuma geldiğinde değerlendirilmek üzere Yüksekokula teslim edilmelidir.