



T.C.

AĞRI İBRAHİM ÇEÇEN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

EBELİK BÖLÜMÜ

MEZUNİYET KLİNİK UYGULAMA

VE DEĞERLENDİRME DEFTERİ



FOTOĞRAF

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı – Soyadı:

Okul Numarası:

İletişim (Telefon/E-posta):

Defter Başlangıç Tarihi:

Defter Tamamlanma Tarihi:

KRİTER DANIŞMAN BİLGİLERİ

Danışman Adı – Soyadı:

Unvanı:

İmza:

GİRİŞ

Mezuniyet Klinik Uygulama ve Değerlendirme Defteri, 02.02.2008 tarihli ve 26775 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veteriner Hekimlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik” ile Avrupa Birliği’nin 2005/36/EC sayılı Mesleki Yeterliliklerin Tanınmasına İlişkin Direktifi doğrultusunda hazırlanmıştır. Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü’nde öğrenim gören öğrencilerin 2., 3. ve 4. sınıf klinik ve saha uygulamaları süresince gerçekleştirdikleri mesleki uygulamaların kayıt altına alınması ve değerlendirilmesi amacıyla bu defter oluşturulmuştur. Öğrenciler, uygulama sürecinde üniversitenin ilgili fakülte kurulları tarafından yürürlüğe konulan klinik uygulama ve staj yönergelerine uygun hareket etmekle yükümlüdür.

Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Başkanlığı tarafından, 02.02.2008 tarih ve 26775 sayı ile Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 26775 sayılı “Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmeliğin” 5. Maddesine göre ebelik programından mezun olmak için tamamlanması gereken kriterler şunlardır.

- a) En az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebe kadınlara danışmanlık yapması,
- b) En az 40 gebe kadının gebelik takibini ve bakımını yapması,
- c) En az 40 doğumu kendisinin yapması (Doğum yapan kadın sayısı eksikliği nedeniyle bu sayıya ulaşamıyorsa, bu sayı öğrencinin 20 tane daha doğuma yardım etmesi koşulu ile 30’a indirilebilir.),
- d) Makat doğuma aktif olarak katılması (Makat doğum mümkün olmadığı takdirde simülasyon yapılarak çalışılmalıdır.),
- e) Epizyotomi uygulaması ve dikiş ile başlaması (Bu, teorik bilgi verme ve klinik pratiği içerir. Dikiş pratiği, epizyotomi sonrası veya basit perianal yırtılmalara dikiş atılmasını içerir. Gerekirse bu durum simülasyon şeklinde yapılabilir.),
- f) Gebelik, doğum ya da doğum sonrası dönemde risk altında olan 40 kadını izlemesi ve bakım

yapması,

g) En az 100 lohusayı ve sağlıklı yeni doğan bebeği izlemesi ve bakımını yapması (muayene dahil),

h) Özel bakım gerektiren, prematüre, postmatüre, düşük doğum ağırlıklı veya hasta bebekler dahil olmak üzere; yeni doğan bebek gözlemini ve bakımını yapması,

i) Jinekolojik ve obstetrik patolojisi olan kadınların bakımını yapması,

j) Tıbbi ve cerrahi bakımın içinde yer alması (Bu, teorik eğitim ve klinik uygulamayı içermelidir.)

Değerlendirme sürecinde, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan güncel bakım rehberleri, klinik uygulama protokolleri ve ulusal standartlar esas alınır. Bu defter, öğrencilerin mezuniyet için gerekli klinik yeterlilikleri kazandıklarını belgeleyen resmî ve bağlayıcı bir doküman niteliğindedir.

Mezuniyet Klinik Uygulama ve Değerlendirme Defteri, güz ve bahar dönemi olmak üzere yılda iki kez incelenmektedir. Güz dönemi incelemesi Ekim ayında, bahar dönemi incelemesi ise Nisan ayında yapılır. Öğrencilerin, ilgili ayların ilk 5 günü içinde defterlerini kriter danışmanlarına teslim etmeleri gerekmektedir.

GEBE İZLEM VE BAKIM FORMU

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
1	A.Y.	... Eğitim ve Araştırma Hastanesi	05.05.2026	28/05.08.2025/39 W/ G2P1A0Y1	TA:110/70 mmHg, Nabız: 82/dk, Ateş:36.6°C, Solunum: 18 solunum/dk, Hb:12.0 g/dL, Kan Grubu: A Rh (+) NST:Reaktif, ÇKS: 140 atım/dk, Stria gravidarum (+), Linea nigra (+), Ödem (+1/dinlenmekle geçiyor), Varis (-), Homans (-) 1.Leopold:Fundus ksifoid çıkıntının 2 parmak altında, 2.Leopold: Fetüsün sırtı annenin solunda, ekstremiteler sağında, makat fundusta baş perineye yönelmiş,3. Leopold: Prezantan kısım baş, Leopold 4: Mobil	Annenin genel fiziksel ve psikolojik iyilik hali değerlendirildi. Kilo takibi yapıldı (Güncel: 72 kg, Toplam Kilo Alımı: 12 kg - Normal). Gebeye fetal hareketlerin evde takibi, doğum eyleminin başlama belirtileri (nişan gelmesi, su gelişi, düzenli uterus kontraksiyonları vb.) ve acil durumlarda hastaneye başvuru kriterleri hakkında eğitim verildi. Vitamin ve mineral alımları ve bağışıklanmaya yönelik bilgi alındı.	
2							
3							
4							
5							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
6							
7							
8							
9							
10							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
11							
12							
13							
14							
15							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
16							
17							
18							
19							
20							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
21							
22							
23							
24							
25							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
26							
27							
28							
29							
30							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
31							
32							
33							
34							
35							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
36							
37							
38							
39							
40							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
41							
42							
43							
44							
45							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
46							
47							
48							
49							
50							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
51							
52							
53							
54							
55							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
56							
57							
58							
59							
60							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
61							
62							
63							
64							
65							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
66							
67							
68							
69							
70							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
71							
72							
73							
74							
75							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
76							
77							
78							
79							
80							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
81							
82							
83							
84							
85							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
86							
87							
88							
89							
90							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
91							
92							
93							
94							
95							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
96							
97							
98							
99							
100							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
101							
102							
103							
104							
105							

Sıra No	Gebeni n Adının ve Soyadı nın İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş SAT Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Muayene Bulguları	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
106							
107							
108							
109							
110							

RİSKLİ GEBE İZLEM VE BAKIM FORMU

Sıra No	Gebenin Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Tanısı	Gebenin Muayene Bulguları (<i>Tanıyla yönelik muayene bulgularına yer verilmelidir</i>)	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
1	A.B.	...Eğitim ve Araştırma Hastanesi	05.05.2026	32 28+3W G3P1A1Y1	Total Plasenta Previa	Ağrısız, parlak kırmızı renkli vajinal kanama, 2 saatte 1 ped değişimi (1/3 dolu) uterus palpasyonda yumuşak ve hassasiyet yok TA: 100/60 mmHg, Nabız: 98/dk, Ateş: 36.6°C, Solunum: 20/dk. Hb: 10.2 g/dL, Trombosit (PLT): 245.000 /µL, A Rh (+) ÇKS: 150 atım/dk, Uterin kontraksiyon (-)	Yatak istirahati (+), Kanama kontrolü (+) Spekulum muayenesi (+), IV kateterizasyon ve IV sıvı takviyesi (+), şok belirtileri izlendi. Sık NST takibi yapıldı. Dr. Order ettiği ilaçlar verildi. Gebe ve ailesine mevcut durum, yapılacak müdahaleler ve pelvik istirahatin (cinsel ilişki yasağı vb.) önemi hakkında bilgi verilerek anksiyeteleri azaltılmaya çalışıldı.	
2								
3								
4								
5								

Sıra No	Gebenin Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Tanısı	Gebenin Muayene Bulguları (<i>Taniya yönelik muayene bulgularına yer verilmelidir</i>)	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
6								
7								
8								
9								
10								

Sıra No	Gebenin Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Tanısı	Gebenin Muayene Bulguları (<i>Taniya yönelik muayene bulgularına yer verilmelidir</i>)	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
11								
12								
13								
14								
15								

Sıra No	Gebenin Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Tanısı	Gebenin Muayene Bulguları (<i>Tanıyla yönelik muayene bulgularına yer verilmelidir</i>)	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
16								
17								
18								
19								
20								

Sıra No	Gebenin Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Tanısı	Gebenin Muayene Bulguları (<i>Taniya yönelik muayene bulgularına yer verilmelidir</i>)	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
21								
22								
23								
24								
25								

Sıra No	Gebenin Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Tanısı	Gebenin Muayene Bulguları (<i>Tanıyla yönelik muayene bulgularına yer verilmelidir</i>)	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
26								
27								
28								
29								
30								

Sıra No	Gebenin Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Tanısı	Gebenin Muayene Bulguları (<i>Taniya yönelik muayene bulgularına yer verilmelidir</i>)	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
31								
32								
33								
34								
35								

Sıra No	Gebenin Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Tanısı	Gebenin Muayene Bulguları (<i>Tanıyla yönelik muayene bulgularına yer verilmelidir</i>)	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
36								
37								
38								
39								
40								

Sıra No	Gebenin Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Tanısı	Gebenin Muayene Bulguları (<i>Tanıyla yönelik muayene bulgularına yer verilmelidir</i>)	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
41								
42								
43								
44								
45								

Sıra No	Gebenin Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y	Gebenin Tanısı	Gebenin Muayene Bulguları (<i>Tanıyla yönelik muayene bulgularına yer verilmelidir</i>)	Gebeye Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
46								
47								
48								
49								
50								

Ad, Soyad:	R.T.S	Parite:	1	Doğum Başlangıç Şekli:	Spontan
Aktif Faz Tarihi:	21..05.2026	Membran Ruptürü (tarih/saat):	21..05.2026/ 08:05	Risk Faktörleri:	Yok

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)
5	5	180 dk	15 saat 25 dakika	25 dakika	15 dakika	Uygulandı	Vajinal Doğum	Ebe

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensesel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?
20:30	Kız	Canlı	3500 gr/51cm	35 cm/32 cm	7/9	Evet	Ayak izi alındı, bileklikler takıldı.	Evet	İlk 30. Dakikada

Paylaşılabilecek Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 2

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayi	M+++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥120															
	Sistolik KB	<80; ≥140															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5															
	İdrar	P++; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥2.5 saat														
		7	≥3 saat														
		6	≥5 saat														
		5	≥6 saat														
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme: O)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe
Ad- Soyad:
İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 3

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																						
		Saat																						
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE									
Destekleyici Bakım	Refakat	H																						
	Ağrıya Müdahale	H																						
	Oral Sıvı	H																						
	Pozisyon	SP																						
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160																						
	FKH Deselerasyon	G																						
	Amniyotik Mayı	M+++; K																						
	Fetal Pozisyon	P,T																						
	Kaput	+++																						
	Moulding	+++																						
Gebe	Nabız	<60; ≥120																						
	Sistolik KB	<80; ≥140																						
	Diastolik KB	≥90																						
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																						
	İdrar	P++; A++																						
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																						
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																						
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10																						
		9	≥2 saat													İkinci evrede itme/ıkmama başladığında "I" ile işaretleyiniz								
		8	≥2.5 saat																					
		7	≥3 saat																					
		6	≥5 saat																					
		5	≥6 saat																					
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme: O)	5																						
		4																						
3																								
2																								
1																								
0																								
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																							
	İlaç																							
	IV Sıvı																							
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																							
	Planlama																							
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																								

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 4

Ad, Soyad:						Parite:						Doğum Başlangıç Şekli:					
Aktif Faz Tarihi:						Membran Rüptürü (tarih/saat):						Risk Faktörleri:					

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayi	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥120																
	Sistolik KB	<80; ≥140																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																
	İdrar	P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10														İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
	Fetal Baş İnış Seviyesi (İşaretleme:)	5																
		4																
3																		
2																		
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 5

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		Saat																
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayi	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥120																
	Sistolik KB	<80; ≥140																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																
	İdrar	P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10																
		9	≥2 saat															
		8	≥2.5 saat															
		7	≥3 saat															
		6	≥5 saat															
		5	≥6 saat															
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme:)	5																
		4																
		3																
		2																
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 6

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Rüptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayi	M+++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥120																
	Sistolik KB	<80; ≥140																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																
	İdrar	P+; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10														İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat															
		8	≥2.5 saat															
		7	≥3 saat															
		6	≥5 saat															
		5	≥6 saat															
	Fetal Baş İnış Seviyesi (İşaretleme:)	5																
		4																
3																		
2																		
1																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 7

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayi	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥120																
	Sistolik KB	<80; ≥140																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																
	İdrar	P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10																
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme:)	5																
		4																
		3																
		2																
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılan Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 8

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayi	M+ ++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥120															
	Sistolik KB	<80; ≥140															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5															
	İdrar	P++ ; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥2.5 saat														
		7	≥3 saat														
		6	≥5 saat														
		5	≥6 saat														
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme:)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 9

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		Saat															
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayi	M+++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥120															
	Sistolik KB	<80; ≥140															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5															
	İdrar	P++; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10															
		9															
		8															
		7															
		6															
		5															
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme:)	5															
		4															
		3															
		2															
		1															
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılan Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 10

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zam an																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UY ARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayi	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥120																
	Sistolik KB	<80; ≥140																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																
	İdrar	P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10																
		9	≥2 saat															
		8	≥2.5 saat															
		7	≥3 saat															
		6	≥5 saat															
		5	≥6 saat															
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme:)	5																
		4																
3																		
2																		
1																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılan Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 11

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zam an																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayi	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥120																
	Sistolik KB	<80; ≥140																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																
	İdrar	P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10																
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme:)	5																
		4																
		3																
		2																
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılabilecek Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe
Ad- Soyad:
İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 12

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayi	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥120																
	Sistolik KB	<80; ≥140																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																
	İdrar	P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10																
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5																
		4																
		3																
		2																
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe
Ad- Soyad:
İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 13

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 14

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetus	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayi	M+ ++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
	Gebe	Nabız	<60; ≥12 0														
Sistolik KB		<80; ≥14 0															
Diastolik KB		≥90															
Vücut Isısı		<35; ≥37. 5															
İdrar		P++ ; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10															
		9	≥2 saat														
		8	≥ 2.5 saat														
		7	≥ 3 saat														
		6	≥ 5 saat														
		5	≥ 6 saat														
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 16

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayi	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥120																
	Sistolik KB	<80; ≥140																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																
	İdrar	P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10																
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
	Fetal Baş İnış Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5																
		4																
3																		
2																		
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 17

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥12 0																
	Sistolik KB	<80; ≥14 0																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																
	İdrar	P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10														İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5																
		4																
		3																
		2																
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 18

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥120																
	Sistolik KB	<80; ≥140																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																
	İdrar	P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10																
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
	Fetal Baş İnış Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5																
		4																
3																		
2																		
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 19

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
	Gebe	Nabız	<60; ≥12 0															
Sistolik KB		<80; ≥14 0																
Diastolik KB		≥90																
Vücut Isısı		<35; ≥37.5																
İdrar		P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10																
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
	Fetal Baş İnış Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5																
		4																
3																		
2																		
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 20

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 21

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
	Gebe	Nabız	<60; ≥12 0															
Sistolik KB		<80; ≥14 0																
Diastolik KB		≥90																
Vücut Isısı		<35; ≥37. 5																
İdrar		P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10																
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5																
		4																
3																		
2																		
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetüs	Bazal FKH	<110; ≥160															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayı	M++ K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥120															
	Sistolik KB	<80; ≥140															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5															
	İdrar	P++ A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında “I” ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥2.5 saat														
		7	≥3 saat														
		6	≥5 saat														
		5	≥6 saat														
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme:)	5															
		4															
		3															
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılabilecek Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 24

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 25

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 26

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetüs	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥12 0															
	Sistolik KB	<80; ≥14 0															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37. 5															
	İdrar	P++ ; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥ 2.5 saat														
		7	≥ 3 saat														
		6	≥ 5 saat														
		5	≥ 6 saat														
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme:)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 27

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥120																
	Sistolik KB	<80; ≥140																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																
	İdrar	P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz			
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme:)	5																
		4																
3																		
2																		
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 30

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetüs	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥12 0															
	Sistolik KB	<80; ≥14 0															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37. 5															
	İdrar	P++ ; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥ 2.5 saat														
		7	≥ 3 saat														
		6	≥ 5 saat														
		5	≥ 6 saat														
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme:)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 31

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetüs	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥12 0															
	Sistolik KB	<80; ≥14 0															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37. 5															
	İdrar	P++ ; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥ 2.5 saat														
		7	≥ 3 saat														
		6	≥ 5 saat														
		5	≥ 6 saat														
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme:)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 32

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Rüptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 33

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Rüptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
	Gebe	Nabız	<60; ≥12 0															
Sistolik KB		<80; ≥14 0																
Diastolik KB		≥90																
Vücut Isısı		<35; ≥37.5																
İdrar		P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10																
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5																
		4																
		3																
		2																
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? (<i>Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır</i>)	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe
Ad- Soyad:
İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 35

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Rüptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetüs	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥12 0															
	Sistolik KB	<80; ≥14 0															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37. 5															
	İdrar	P++ ; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥ 2.5 saat														
		7	≥ 3 saat														
		6	≥ 5 saat														
		5	≥ 6 saat														
	Fetal Baş İnış Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 36

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 37

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetus	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayi	M+ ++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥12 0															
	Sistolik KB	<80; ≥14 0															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37. 5															
	İdrar	P++ ; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥ 2.5 saat														
		7	≥ 3 saat														
		6	≥ 5 saat														
		5	≥ 6 saat														
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 38

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetus	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayi	M+ ++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥12 0															
	Sistolik KB	<80; ≥14 0															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37. 5															
	İdrar	P++ ; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥ 2.5 saat														
		7	≥ 3 saat														
		6	≥ 5 saat														
		5	≥ 6 saat														
	Fetal Baş İnış Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe
Ad- Soyad:
İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 39

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetüs	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥12 0															
	Sistolik KB	<80; ≥14 0															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37. 5															
	İdrar	P++ ; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥ 2.5 saat														
		7	≥ 3 saat														
		6	≥ 5 saat														
		5	≥ 6 saat														
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme:)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 41

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥12 0																
	Sistolik KB	<80; ≥14 0																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37. 5																
	İdrar	P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10																
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5																
		4																
		3																
		2																
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 43

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman																
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakat	H																
	Ağrıya Müdahale	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetus	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0																
	FKH Deselerasyon	G																
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Kaput	+++																
	Moulding	+++																
Gebe	Nabız	<60; ≥12 0																
	Sistolik KB	<80; ≥14 0																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5																
	İdrar	P++ ; A++																
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10																
		9	≥2 saat															
		8	≥ 2.5 saat															
		7	≥ 3 saat															
		6	≥ 5 saat															
		5	≥ 6 saat															
		Fetal Baş İnış Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5															
	4																	
	3																	
	2																	
1																		
0																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																		

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 44

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 45

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetüs	Bazal FKH	<110; ≥160															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥120															
	Sistolik KB	<80; ≥140															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37.5															
	İdrar	P++ ; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥ 2.5 saat														
		7	≥ 3 saat														
		6	≥ 5 saat														
		5	≥ 6 saat														
	Fetal Baş İnış Seviyesi (İşaretleme:)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 46

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe
Ad- Soyad:
İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 48

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetüs	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥12 0															
	Sistolik KB	<80; ≥14 0															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37. 5															
	İdrar	P++ ; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥ 2.5 saat														
		7	≥ 3 saat														
		6	≥ 5 saat														
		5	≥ 6 saat														
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme: 0-5)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 49

[illegible]

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

NORMAL DOĞUM İZLEM VE BAKIM FORMU 50

Ad, Soyad:		Parite:		Doğum Başlangıç Şekli:	
Aktif Faz Tarihi:		Membran Ruptürü (tarih/saat):		Risk Faktörleri:	

		Zaman															
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		UYARI	BİRİNCİ EVRE												İKİNCİ EVRE		
Destekleyici Bakım	Refakat	H															
	Ağrıya Müdahale	H															
	Oral Sıvı	H															
	Pozisyon	SP															
Fetus	Bazal FKH	<11 0; ≥16 0															
	FKH Deselerasyon	G															
	Amniyotik Mayı	M+ ++; K															
	Fetal Pozisyon	P,T															
	Kaput	+++															
	Moulding	+++															
Gebe	Nabız	<60; ≥12 0															
	Sistolik KB	<80; ≥14 0															
	Diastolik KB	≥90															
	Vücut Isısı	<35; ≥37. 5															
	İdrar	P++ ; A++															
Doğumun İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dk	≤2; >5															
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60															
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme:X)	10													İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz		
		9	≥2 saat														
		8	≥ 2.5 saat														
		7	≥ 3 saat														
		6	≥ 5 saat														
		5	≥ 6 saat														
	Fetal Baş İnış Seviyesi (İşaretleme:)	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dk)																
	İlaç																
	IV Sıvı																
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
Kontrol Eden (Ad, Soyad Başharfler)																	

Değerlendirme ve Planlama Kısımları Bu Sayfaya Yazılacaktır.

Doğumun İlerleyişine Yönelik Bilgiler

Başvuruda Servikal Dilatasyon	Başvuruda başın seviyesi	Toplam latent faz süresi	Doğumun birinci evresinin süresi	Doğumun ikinci evresinin süresi	Doğumun üçüncü evresinin süresi	Epizyotomi uygulandı mı? <i>(Öğrencinin uygulama yapması dahilinde epizyotomi uygulama kısmı ilgili hasta için doldurulmalıdır)</i>	Doğum Şekli	Uygulayan kişi (Ebe, doktor veya öğrenci)

Yenidoğan Yönelik Bilgiler

Doğum Saati	Cinsiyet	Canlı/Ölü Doğum	Doğum Ağırlığı ve Boyu	Baş ve Göğüs Çevresi	APGAR Skoru (1. ve 5. dk)	Hepatit B ve K vitamini yapıldı mı?	Anne-yenidoğan kimliklendirmesi yapıldı mı? (Ayak izi, bileklik takılması vb)	Anne-yenidoğan tensel teması sağlandı mı?	Doğum sonu emzirmenin başlatılma saati nedir?

Paylaşılacak Kararlar (Doğum Bakım Rehberinde yer alan saatlere uygun olarak yazılmalıdır)

Değerlendirme:

Planlama:

Sorumlu Ebe

Ad- Soyad:

İmza:

MAKAT DOĞUMA KATILIM (SİMÜLASYON)

Sıra No	Uygulama Tarihi	Değerlendirme Durumu	Değerlendiren (Ad Soyad İmza)
1		☐ Başarılı ☐ Başarısız	
2		☐ Başarılı ☐ Başarısız	
3		☐ Başarılı ☐ Başarısız	

Açıklama:

Öğrencinin makat doğum yönetimine ilişkin bilgi ve beceriyi kazanabilmesi amacıyla en az bir uygulamaya katılımı zorunludur. Klinik ortamda makat doğum deneyimi sağlanamaması durumunda, ilgili beceri simülasyon ortamında uygulama yapılarak tamamlanır.

EPİZYOTOMİ UYGULAMASI (KLİNİK/SİMÜLASYON)

Sıra No	Klinik/Simülasyon	Uygulama Tarihi	Epizyotomi Uygulaması	Epizyotomi Tamiri	Değerlendiren (Ad Soyad İmza)
1			☐ Başarılı/Uyguladı ☐ Başarılı /Yardım ile uyguladı ☐ Başarısız	☐ Başarılı/Uyguladı ☐ Başarılı /Yardım ile uyguladı ☐ Başarısız	
2			☐ Başarılı/Uyguladı ☐ Başarılı /Yardım ile uyguladı ☐ Başarısız	☐ Başarılı/Uyguladı ☐ Başarılı /Yardım ile uyguladı ☐ Başarısız	
3			☐ Başarılı/Uyguladı ☐ Başarılı /Yardım ile uyguladı ☐ Başarısız	☐ Başarılı/Uyguladı ☐ Başarılı /Yardım ile uyguladı ☐ Başarısız	
4			☐ Başarılı/Uyguladı ☐ Başarılı /Yardım ile uyguladı ☐ Başarısız	☐ Başarılı/Uyguladı ☐ Başarılı /Yardım ile uyguladı ☐ Başarısız	

Açıklama: Öğrencinin epizyotomi uygulamasını klinikte yaptıysa, hastanın adı ve soy adının ilk harfleri ve hastane adı bilgilerini yazmalıdır. En az 2 tane yapılmalıdır

LOHUSA İZLEM VE BAKIM FORMU

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
1	E.G.	AEAH	21.05.2026	25 38 2/2/0/2 1 gün (Erken Dönem) 1. saat	Genel durum iyi, bilinci açık, koopere ve oryante. Ateş 36.7°C, nabız 82/dk, tansiyon arteriyel 110/70 mmHg, solunum sayısı 19/dk. Fundus umbilikus seviyesinde, uterus orta hatta sert ve kontrakte izlendi. Loşia rubra miktarı normal (saatte pedin yarısı kanlı), kötü kokulu akıntı gözlenmedi. Perine bölgesinde epizyotomi hattı temiz ve kuru, enfeksiyon bulgusu saptanmadı. Hassasiyet minimal düzeydedir. İdrar-gaita çıkışı mevcut. Laktasyon; Anne emzirmeyi aktif olarak sürdürmekte, bebeğin memeyi kavraması yeterli, meme başında çatlak veya dolgunluk saptanmadı Anne- bebek etkileşimi olumlu gözlendi. Psikolojik durumu stabil, postpartum döneme uyumu iyi, anksiyete veya depresif duygu durum bulgusuna rastlanmadı.	Lohusanın vital bulguları ilk 2 saatte 15 dakikada bir, ardından 4 saatte bir değerlendirildi ve kayıt altına alındı. Uterus involüsyonu ile loşia kontrol edildi. Perine bakımı yapıldı ve enfeksiyon bulguları açısından değerlendirildi. Emzirme gözlemlenerek anneye emzirme danışmanlığı verildi. Emzirme ile uyumlu korunma yöntemleri konusunda bilgilendirme yapıldı ve uygun sağlık kontrollerinin önemi açıklandı. Anne-bebek etkileşimi desteklendi. Mobilizasyon, hijyen, beslenme, egzersiz ve yenidoğan bakımı konusunda eğitim verildi. Epizyotomi bakımı yapılarak anneye bilgi verildi ve geri bildirim alındı. Psikolojik durumu değerlendirilerek duygusal destek sağlandı. LATCH: 8 Edinburgh puanı: 10	
2							
3							
4							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
5							
6							
7							
8							
9							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat Gün/Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
10							
11							
12							
13							
14							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
15							
16							
17							
18							
19							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
20							
21							
22							
23							
24							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
25							
26							
27							
28							
29							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat Gün/Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
30							
31							
32							
33							
34							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
35							
36							
37							
38							
39							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
40							
41							
42							
43							
44							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
45							
46							
47							
48							
49							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
50							
51							
52							
53							
54							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
55							
56							
57							
58							
59							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
60							
61							
62							
63							
64							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
65							
66							
67							
68							
69							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
70							
71							
72							
73							
74							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
75							
76							
77							
78							
79							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası GTPAL Postpartum Gün/Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
80							
81							
82							
83							
84							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
85							
86							
87							
88							
89							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
90							
91							
92							
93							
94							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
95							
96							
97							
98							
99							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
100							
101							
102							
103							
104							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
105							
106							
107							
108							
109							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yaş Gebelik Haftası G P A Y Postpartum Gün(Erken veya Geç Dönem) /Saat	Lohusanın Muayene Bulguları (Vital bulgular, Loşia, emzirme, perine, psikolojik durum, involüsyon süreçlerini içeren bulgulara yer verilmelidir)	Lohusaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
110							
111							
112							
113							
114							

SAĞLIKLI YENİDOĞAN İZLEM VE BAKIM FORMU

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
1	FH	Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	06.05.2026	GH: 39 1.dakika apgar:9 5. dakika apgar: 9 Postnatal yaş:1. gün Doğum şekli: VD	KAH:138 atım/dk, solunum: 38 kez/dk,Spo2:90, ateş: 37.2C Kilo: 3280 gr, boy: 50 cm, baş çevresi: 34 cm, Ön fontanel: 3x4 cm, arka fontanel:0.5x1 cm. Cilt rengi pembe, deri turgoru normal, Göz, ağız ve burun muayenesi normal, abdomen yumuşak, barsak sesleri doğal. Göbek kordonu normal. Beslenme şekli anne sütü,m oro, emme ve yakalama refleksleri pozitif. Genital organlar normal, ekstremiteler normal ve eşit uzunlukta.	Isı Kontrolünü (+), Vital Bulguların ve Genel Durumun Değerlendirilmesi (+), Göbek Bakımı (+), emzirme (+).İdrar-gaita takibi yapılarak genel durumu izlendi, anneye yenidoğan bakımı, göbek bakımı ve tehlike belirtileri konusunda bilgilendirme yapıldı.	
2							
3							
4							
5							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
6							
7							
8							
9							
10							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
11							
12							
13							
14							
15							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
16							
17							
18							
19							
20							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
21							
22							
23							
24							
25							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
26							
27							
28							
29							
30							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
31							
32							
33							
34							
35							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
36							
37							
38							
39							
40							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
41							
42							
43							
44							
45							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
46							
47							
48							
49							
50							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
51							
52							
53							
54							
55							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
56							
57							
58							
59							
60							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu u Kaşe ve İmzası
61							
62							
63							
64							
65							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
66							
67							
68							
69							
70							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
71							
72							
73							
74							
75							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu u Kaşe ve İmzası
76							
77							
78							
79							
80							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
81							
82							
83							
84							
85							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
86							
87							
88							
89							
90							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
91							
92							
93							
94							
95							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
96							
97							
98							
99							
100							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
101							
102							
103							
104							
105							

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu u Kaşe ve İmzası
106							
107							
108							
109							
110							

RİSKLİ YENİDOĞAN İZLEM VE BAKIM FORMU

Sıra No	Lohusanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yenidoğanın Tanısı	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakulmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
1	GH	Ağrı eğitim ve Araştırma Hastanesi	06.05.2026	Prematüre yenidoğan, düşük doğum ağırlığı	GH: 32+4 1.dakika: 5 5.dakika: 7 18. saat Acil sezaryen	Doğum ağırlığı 1850 gr, boy 43 cm, baş çevresi 30 cm Vücut ısı 36.1°C, nabız 168/dk, solunum sayısı 66/dk ve SpO ₂ değeri oksijen desteği altında %90. Solunum sırasında interkostal çekilmeler, burun kanadı solunumu ve inleme gözlenmiştir.Yenidoğanın emme refleksi zayıf, Moro ve yakalama refleksleri zayıf, ncilt ince ve kırmızı görünümde, Fontanel doğal açıklıkta olup hafif çökük, Akciğer oskültasyonunda bilateral ince raller, periferik siyanoz	Yenidoğan kuvöz bakımı (+), vital bulgu takibi (+) Beslenme intoleransı açısından değerlendirme yapılarak nazogastrik yol ile anne sütü verilmiştir. Günlük kilo takibi ve sıvı dengesi izlenmiştir. Aileye prematüre bebek bakımı konusunda bilgilendirme yapılmış, anne ile ten tene temas ve anne sütü kullanımının önemi anlatılmıştır. Yenidoğanın refleksleri, deri rengi, aktivite düzeyi ve nörolojik durumu düzenli olarak değerlendirilmiştir.	
2								
3								
4								
5								

Sıra No	Lohusan ın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yenidoğanın Tanısı	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Serv is Sorumlu su Kaşe ve İmzası
6								
7								
8								
9								
10								

Sıra No	Lohusan ın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yenidoğanın Tanısı	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Serv is Sorumlu su Kaşe ve İmzası
11								
12								
13								
14								
15								

Sıra No	Lohusan ın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Yenidoğanın Tanısı	Gebelik Haftası APGAR (1./5.) Postnatal Yaş Doğum Şekli	Yenidoğanın Muayene Bulguları (Antropometrik ölçümler, nabız, Spo2, ateş, beslenme durumu, refleksler, deri turgoru, fontanel gibi temel muayene bulgularına ek olarak diğer muayene bulgularına bakılmalıdır)	Yenidoğana Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
16								
17								
18								
19								
20								

JİNEKOLOJİK VAKALARIN İZLEM VE BAKIM FORMU

Sıra No	Hastanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Hastanın Tanısı	Yaş	Muayene Bulguları	Hastaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
1	A.B.	Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	13.05.2026	Vajinal kandidiyazis	28	Hastada vajinal kaşıntı, yanma hissi ve artmış vajinal akıntı şikâyeti bulunmaktadır. Spekulum muayenesinde vajinal mukozada hiperemi ile birlikte beyaz, peynirimsi kıvamda akıntı gözlenmiştir. Vajinal pH normal sınırlarda değerlendirilmiştir. Vital bulguları: Nabız: 76/dk Kan basıncı: 110/70 mmHg Solunum sayısı: 16/dk Vücut ısı: 36.6°C Hastanın genel durumu stabil olup enfeksiyon bulguları ile uyumludur.	Hastanın semptomları ve enfeksiyon bulguları değerlendirildi. Genital hijyen konusunda eğitim verildi (pamuklu iç çamaşırı kullanımı, genital bölgenin kuru tutulması, doğru perine temizliği vb.). -Vajinal irritasyonu arttırabilecek uygulamalardan kaçınması konusunda bilgilendirme yapıldı. -Ağrı ve rahatsızlık düzeyi değerlendirilerek semptom azaltıcı önerilerde bulunuldu. -Hekim istemine uygun antifungal tedaviye uyumu desteklendi. -Hastanın tedavi sürecine ilişkin soruları yanıtladı ve geri bildirim alınarak eğitimin etkinliği değerlendirildi. Bakım sürecinde mahremiyet ve etik ilkeler gözetildi.	
2								
3								

Sıra No	Hastanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Hastanın Tanısı	Yaş	Muayene Bulguları	Hastaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
4								
5								
6								
7								
8								

Sıra No	Hastanın Adının ve Soyadının İlk Harfi	Sağlık Kuruluşu	İzlem Yapılan Tarih	Hastanın Tanısı	Yaş	Muayene Bulguları	Hastaya Yapılan Ebelik Bakım ve Uygulamalar	Sorumlu Ebe/Servis Sorumlusu Kaşe ve İmzası
9								
10								
11								
12								
13								

EBELİK MEZUNİYET KRİTERLERİ DEĞERLENDİRME TUTANAĞI

20..../20.... Eğitim Öğretim Yılı.....Dönemi

..... numaralı öğrencimiz mezuniyet kriterleri olan;
40 normal doğum yaptırma, 1 makat geliş doğumu/simülasyon yönetme, 100 sağlıklı gebe bakım, takip ve danışmanlığını yapma,
40 riskli gebe takibi ve bakımını yapma, 100 lohusa izlem ve bakımını yapma, 100 sağlıklı yenidoğan izlem ve bakımını
yapma ile 10 riskli yenidoğan izlem ve bakımını yapma kriterlerini doğru şekilde kayıt altına alarak tamamlamıştır.

...../...../20....

.....
Kriter Değerlendirme Danışmanı