

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ DOĞUM SÜRECİ ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

Öğrencinin	Adı Soyadı/ Numarası	
	Uygulama Yapılan Klinik/Hastane	
	Veri Toplama Tarihi	
	Klinik Eğiticinin Adı Soyadı	
	Klinik Eğiticinin Notları	
	Klinik Eğiticinin Ders Notu	

DOĞUM SÜRECİ TANILAMA FORMU		Adı Soyadı: Doğum Tarihi: Yatış Tarihi: Oda numarası: Doğum Şekli: <input type="checkbox"/> Vajinal Doğum <input type="checkbox"/> Müdahaleli Vajinal Doğum (Epizyotomi, Vakum, Forseps vb.) <input type="checkbox"/> Sezaryen- Endikasyonu..... Son Adet Tarihi: Beklenen Doğum Tarihi:..... Doğum Haftası:.....				
KABUL BİLGİLERİ	Hastaneye Kabul Tarihi/Saati	Hasta Kol Bandı	<input type="checkbox"/> Var (bilgil.kont.et)	<input type="checkbox"/> Takıldı		
	Hastaneye Geldiği Yer	<input type="checkbox"/> Ev (Herhangi bir bakım yok)	<input type="checkbox"/> Acil Servis	<input type="checkbox"/> Bir Başka Kurum		
	Eğitim Durumu	.....			
	İşi/Mesleği	<input type="checkbox"/> Aktif çalışıyor		<input type="checkbox"/> Çalışmıyor		
	Medeni Durumu	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Diğer		
	Evlenme Yaşı	.....			
	Sağlık Güvencesi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla)			
	Son 6 Ay İçinde Hastaneye Yatış	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (Tanımla)			
	Acile Aynı Nedenle Başvuru	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (Tanımla)			
	Hastaneye Geliş Nedeni	(Şikayetleri, yakınmaları)				
	Tıbbi Teşhis	.....			
	Servise Geliş Şekli	<input type="checkbox"/> Yürüyerek	<input type="checkbox"/> Sedyeye ile	<input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye	<input type="checkbox"/> Diğer.....	
	Emosyonel Durumu	<input type="checkbox"/> Sakin	<input type="checkbox"/> Kaygılı	<input type="checkbox"/> Üzgün	<input type="checkbox"/> Ajite	<input type="checkbox"/> Diğer.....
	Boy/Kilo	Boy	Kilo			
	Gebelik Öncesi	Boy	Kilo			
Kan Grubu	<input type="checkbox"/> Lab. Sonucu	<input type="checkbox"/> Hastanın Bildirimi			
Eşinin Kan Grubu	<input type="checkbox"/> Lab. Sonucu	<input type="checkbox"/> Hastanın Bildirimi			
Eşler Arasındaki Akrabalık Durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla)				
OBSTETRİK ÖYKÜ	İlk Adet Yaşı	.....			
	Ölü Doğum Sayısı	.....			
	Önceki Gebelik-Doğuma İlişkin Bilgi:.....	.....			
	Ölü Doğum Yapma Durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla, nedeni?)			
	Kullandığı Doğum Kontrol Yöntemi	.....			
	Gravida (Gebelik sayısı): Parite (Canlı doğum sayısı):	D/C: (Küretaj): Abortus (Gebeliğin 20.haftasından önce gerçekleşen doğum):				
Gebelikte sorun yaşama durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla)				

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ DOĞUM SÜRECİ ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

TIBBİ HİKAYESİ	Ailesinde /Kendisinde Bulunan Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla) <input type="checkbox"/> Tbc <input type="checkbox"/> Astm <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Diabet <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Genetik Hastalıklar <input type="checkbox"/> Diğer	
	Daha Önce Geçirilmiş Operasyonlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla)	
	Aşılanma Durumu	<input type="checkbox"/> Tam	<input type="checkbox"/> Eksik (Açıkla)	
	Kullanmakta Olduğu İlaçlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var(Tanımla)	
	İlaç Adı/Günlük Alım/Miktar			
	Alerjiler	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla, varsa reaksiyonu açıkla)..... <input type="checkbox"/> Alerji bilekliği takıldı	
	Bakımında Yardımcı Destek Sistemleri/Kişiler	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....	
	Meme Problemleri	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla)..... <input type="checkbox"/> Hassasiyet <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Dolgunluk	
	Meme Muayenesi	<input type="checkbox"/> Yapıldı		
SAĞLIĞI GELİŞTİRME	Vücut Isısı	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotermi <input type="checkbox"/> Hipotermi <input type="checkbox"/> Aşırı Terleme	
	Düşme Riski	<input type="checkbox"/> Düşük	<input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Yüksek	
	Kanama Riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Aspirin kulanı <input type="checkbox"/> Antikoagülan kull. <input type="checkbox"/> Trombostopenisi var	
	Enfeksiyon Riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....	
	Ağrı Problemleri Var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (Tanımla)	
	Bulantı-Kusma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....	
	Madde Kullanımı (Sigara, alkol vb.)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....	
	Mental Durum	<input type="checkbox"/> Bilinç açık	<input type="checkbox"/> Bilinç kapalı <input type="checkbox"/> Dikkat dağınıklığı <input type="checkbox"/> Algılamada zorluk <input type="checkbox"/> Ajitasyon <input type="checkbox"/> Heyecan <input type="checkbox"/> Huzursuzluk <input type="checkbox"/> Diğer.....	
	BİLİŞSEL ÖRÜNTÜ	Görme Problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....
İşitme Güçlüğü		<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....	
Konuşma Problemi		<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....	
Kullandığı Dil		<input type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> Diğer.....	
Destekleyici Araçlar		<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Koltuk değneği <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye <input type="checkbox"/> Kişi yardımı	
Uyku Saatleri/Süresi		<input type="checkbox"/> Düzenli (Tanımla).....	<input type="checkbox"/> Düzensiz (Tanımla).....	
Uyku ile İlgili Sorunlar		<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Altını ıslatma <input type="checkbox"/> Gece kâbusları <input type="checkbox"/> Diğer	
BESLENME		Beslenme Şekli	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Özel Diyet (Tanımla).....
		Günlük Öğün Sayısı	
	Günlük Sıvı Alımı/İçeriği	.....	
BOŞALTIM	Boşaltım Şekli	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sürgü/ördek <input type="checkbox"/> Foley sonda <input type="checkbox"/> Diğer.....	
	Boşaltım Alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Defekasyon sıklığı...../gün <input type="checkbox"/> İdrar sıklığı...../gün		
	Defekasyon Problemleri	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....	
	<input type="checkbox"/> Proteinüri <input type="checkbox"/> Gloküzüri <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Pollakiüri <input type="checkbox"/> Bakteriüri <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Poliüri			
	BAŞETME /STRES	Hastalık ya da hastanede yatmaya bağlı endişe	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....
Yakın geçmişte önemli bir kayıp/değişim		<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....	
Çoğu zaman kullandığı baş etme yolları		<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....	

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ DOĞUM SÜRECİ ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

SOLUNUM	Solunum Sayısı	...../dakika			
	Solunum Özelliği	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Takipne	<input type="checkbox"/> Dispne	<input type="checkbox"/> Diğer.....
	Öksürük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....		
	Balgam	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....		
	Oksijen Desteği	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Süre/miktar).....		
DOLAŞIM	Nabız	...../dakika			
	Ekstremiteler	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ödemli	<input type="checkbox"/> Siyanoze	<input type="checkbox"/> Deri soluk
		<input type="checkbox"/> Uyuşukluk	<input type="checkbox"/> Nabız alınmıyor		
Hangi ekstremitede olduğunu tanımla.....					
DERİ	Renk	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Siyanotik	<input type="checkbox"/> Sarılık	<input type="checkbox"/> Diğer
	Sıcaklık	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> Terleme
		.....°C	<input type="checkbox"/> Diğer.....		
	Ödem	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....		
	Kızarıklık/Varis	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....		
Tüp/Katater/Dren	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
KAS-İSKELET	Hareket Durumu	<input type="checkbox"/> Mobil	<input type="checkbox"/> Destekli Mobil	<input type="checkbox"/> Yatağa Bağımlı	<input type="checkbox"/> Mutlak yatak İstira.
	Yürüyüş ve Denge	<input type="checkbox"/> Dengeli	<input type="checkbox"/> Dengesiz (Tanımla).....		
	Kas İskelet Sistemi Sorunları	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Deformite	<input type="checkbox"/> Dengesiz Yürüme	<input type="checkbox"/> Diğer
NÖROLOJİK	Pupiller	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Eşit değil		
	Işık Reaksiyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok (Tanımla).....	
	Gözler	<input type="checkbox"/> Temiz	<input type="checkbox"/> Akıntı	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Diğer.....
	Nörolojik Sorunlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Parapleji	<input type="checkbox"/> Hemipleji	<input type="checkbox"/> Kas Zayıflığı / Güçsüzlük
GİS	Bağırsak Sesleri	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipoaktif	<input type="checkbox"/> Hiperaktif.....	
	Karın Muayenesi	<input type="checkbox"/> Sert/hassas	<input type="checkbox"/> Yumuşak/rahat		
LABROTUVAR TESTLERİ VE RADYOLOJİK BULGULAR	Kan:				
	İdrar:				
	USG:				
	NST:				
	Diğer:				

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ DOĞUM SÜRECİ ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

DOĞUMUN I. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR

Kontraksiyonların Başlama Tarihi:/...../..... Kontraksiyonların Başlama Saati:.....	Nişane: <input type="checkbox"/> Atılmış <input type="checkbox"/> Atılmamış Kanama: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Amnion Kesesi: <input type="checkbox"/> Açılmış <input type="checkbox"/> Açılmamış Amniotik Sıvının Özelliği:.....
Leopold manevraları Fundus Yüksekliği Fetüsün Pozisyonu Fetüsün Prezantasyonu Angajman	:.....cm hf : : : :
Perine Temizliği/Vulvan Hazırlığı <input type="checkbox"/> Yapıldı <input type="checkbox"/> Yapılmadı Kişisel Hijyen <input type="checkbox"/> Sağlandı <input type="checkbox"/> Sağlanmadı Barsak Kontrolü/Lavman <input type="checkbox"/> Yapıldı <input type="checkbox"/> Yapılmadı İntravenöz Sıvı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> İndüksiyon <input type="checkbox"/> Diğer Mesane Kontrolü <input type="checkbox"/> Sağlandı <input type="checkbox"/> Sağlanmadı	
Kontraksiyonların Özelliği <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipotonik <input type="checkbox"/> Hipertonik	
Pozisyon verme Emosyonel durum Doğum ağrılarıyla baş etme durumu Diğer destek yöntemleri	

DOĞUMUN II. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR

İkinci Evrenin Başlama Saati :..... İkinci Evrenin Başladığını Gösteren İşaretler: <input type="checkbox"/> Silinme ve Dilatasyon Tamamlanması <input type="checkbox"/> Kontraksiyonların Süre ve Şiddetinin Artması <input type="checkbox"/> İkinme Hissinin Başlaması <input type="checkbox"/> Rektum Üzerindeki Basının Artması <input type="checkbox"/> Perinenin Taçlanması <input type="checkbox"/> Diğer	
İkinme Egzersizlerinin Yaptırılması <input type="checkbox"/> Yapıldı <input type="checkbox"/> Yapılmadı Araç-Gereçlerin Hazırlığının Kontrolü <input type="checkbox"/> Yapıldı <input type="checkbox"/> Yapılmadı Annenin Masaya Alınması Pozisyon Verme <input type="checkbox"/> Sağlandı <input type="checkbox"/> Sağlanmadı Perine Temizliği <input type="checkbox"/> Sağlandı <input type="checkbox"/> Sağlanmadı Yapılan Müdahaleler <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Epizyotomi <input type="checkbox"/> Fundal Basınç <input type="checkbox"/> Forseps <input type="checkbox"/> Diğer	
İkinci evrenin bitiş saati :..... Doğuma ilişkin açıklamalar :.....	

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ DOĞUM SÜRECİ ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

YENİDOĞANIN BAKIM VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Yenidoğanın Solunum Yolları Açıklığının Sağlanması	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Göbek Kordonunun Klemplenmesi ve Kesilmesi	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Anne-Bebek İlişkinin Başlatılması	<input type="checkbox"/> Sağlandı	<input type="checkbox"/> Sağlanmadı
Fontanelerin Değerlendirilmesi	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Anomali	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Bebeğin Giydirilmesi ve Vücut Isısının Kontrolü	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Erken Beslenmenin Sağlanması	<input type="checkbox"/> Sağlandı	<input type="checkbox"/> Sağlanmadı
Ten-Ten Temasinin Başlatılması	<input type="checkbox"/> Sağlandı	<input type="checkbox"/> Sağlanmadı
Aspirasyon	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
O ₂ verilmesi	<input type="checkbox"/> verilmedi	<input type="checkbox"/> verildi
Göbek bakımı	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Kimlik tespiti	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Apgar skoru	1.dk..... 5.dk.....	
Bebek kan grubu	.....
Boy	..... cm	
Kilo	.....gr	
Baş çevresi	.....cm	
Göğüs çevresi	.....cm	

APGAR DEĞERLENDİRMESİ

KRİTERLER	PUAN		PUANLAMA		
	1.dk	5.dk	0	1	2
Kalp Hızı			Yok	100/dk'nın altında	100/dk'nın üzerinde
Solunum			Yok	Yavaş, düzensiz, yüzeysel	İyi, güçlü ağlama, düzenli solunum
Kas Tonüsü			Gevşek	Ekstremitelerde hafif fleksiyon	Aktif hareketli iyi kas tonusu, ekstremitelerde spontan fleksiyon
Refleks			Tepki yok	Yüz buruşturma, kaş çatma	Ağlama, öksürme aksırma
Cilt Rengi			Mavi-soluk	Vücut pembe ekstremiteler mavi	Tüm vücut pembe
Toplam Puan			0-3 puan olan bebeklerde ciddi asfiksi vardır. Acilen resusite edilmesi gerekir. 4-6 puan olan bebekler genellikle mukus, verniks koseoze ve mekonyum aspirasyonu olan bebeklerdir. Aspirasyonla solunum yollarının açılması ve O ₂ tedavisinden sonra bebeğin durumu düzelmeye başlar. 7-10 puan sağlıklı olarak değerlendirilir		

DOĞUMUN III. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR

Plasentanın Ayrıldığı Götürülen İşaretler
<input type="checkbox"/> Umbilikal Kordun Boyunun Uzaması
<input type="checkbox"/> Uterusun Fundusunun Umblikus Hizasına Yükselmesi
<input type="checkbox"/> Ani Vajinal Kanama Olması
<input type="checkbox"/> Uterusun Küre Şeklini Alması
<input type="checkbox"/> Plasentanın Vajinada Palpe Edilmesi

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ DOĞUM SÜRECİ ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

Plasentanın Doğumu ve Kontrolü	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Methargine+Sympitan Uygulanması	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Umbilikal Kordun Kontrolü	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Fundus Kontrolü ve Masajı	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Kanama Kontrolü	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Perine Temizliği	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Perinenin Tamirinde Yardım	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı

DOĞUMUN IV. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR

Perine bakımı	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Üşümenin engellenmesi	<input type="checkbox"/> Sağlandı	<input type="checkbox"/> Sağlanamadı
Dinlenmenin sağlanması	<input type="checkbox"/> Sağlandı	<input type="checkbox"/> Sağlanamadı
Ağrı kontrolü	<input type="checkbox"/> Sağlandı	<input type="checkbox"/> Sağlanamadı
Anne bebek ilişkisinin sürdürülmesi	<input type="checkbox"/> Sağlandı	<input type="checkbox"/> Sağlanamadı
Etkin emzirmenin sağlanması	<input type="checkbox"/> Sağlandı	<input type="checkbox"/> Sağlanamadı
Uterusun ve kanamanın değerlendirilmesi	<input type="checkbox"/> Sağlandı	<input type="checkbox"/> Sağlanamadı
Yaşam bulgularının takibi	<input type="checkbox"/> Sağlandı	<input type="checkbox"/> Sağlanamadı
Diğer.....		

HASTALIK/DURUM BİLGİSİ: (*Doğum şekli, yapılan uygulamalar ya da tespit edilen riskli durum ile ilgili literatür araştırması yapılacak, tanım, prognoz, tedavi, ebelik bakımı yazılacak*)

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SÜRECİ ÖĞRENCİ
BAKIM PLANI**

EBELİK BAKIM PLANI

EBELİK TANISI	HEDEF	PLANLANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME- SONUÇ

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SÜRECİ ÖĞRENCİ
BAKIM PLANI**

EBELİK BAKIM PLANI

EBELİK TANISI	HEDEF	PLANLANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME- SONUÇ

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SÜRECİ ÖĞRENCİ
BAKIM PLANI**

EBELİK BAKIM PLANI

EBELİK TANISI	HEDEF	PLANLANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME- SONUÇ

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ DOĞUM SÜRECİ TAKİP VE YENİDOĞAN ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

DEĞERLENDİRME

1 -Bugün gerçekleştirdiğiniz aktiviteler (bakım, eğitim, uygulama, değerlendirme vb.) neler?

**2-Bugün kaç hastaya bakım verdiniz? Hastalarınızda belirlediğiniz mevcut ve potansiyel sorunlar neler?
Siz ne yaptınız? Hastadaki etkisi ne oldu?**

3-Bugün ne öğrendiniz?

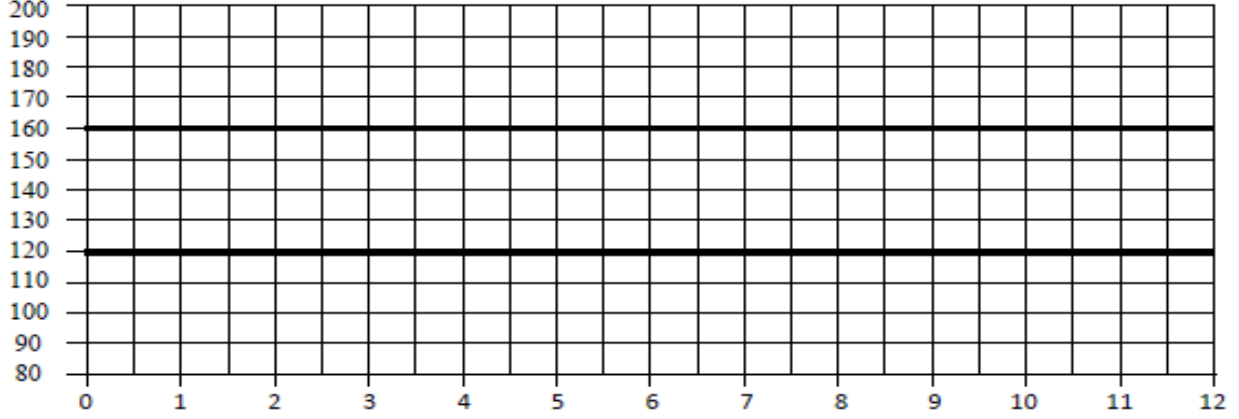
4-Hangi eksiklikleriniz olduğunu fark ettiniz? Bu eksiklikler için ne yapmayı düşünüyorsunuz?

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ DOĞUM SÜRECİ TAKİP VE YENİDOĞAN ÖĞRENCİ BAKIM PLANI

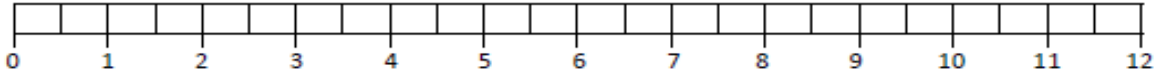
PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Rüptürü: .....saat	

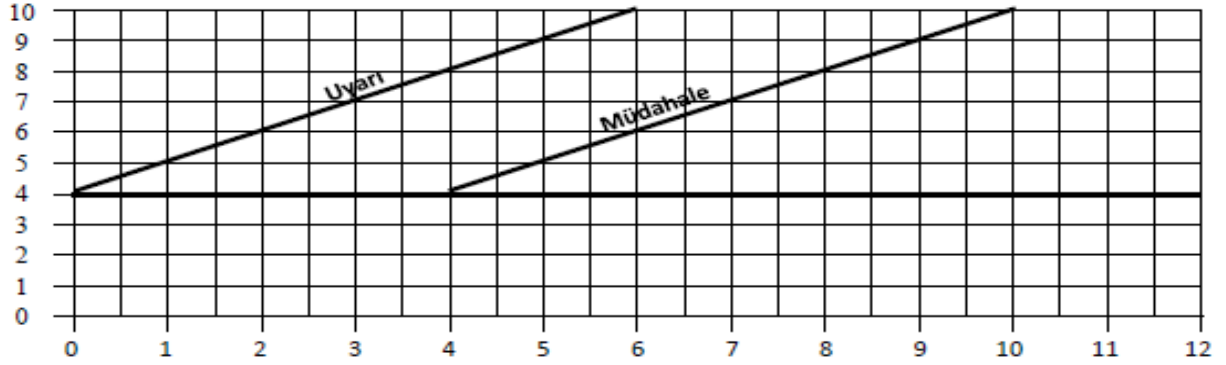
Fetal Kalp Atım Hızı



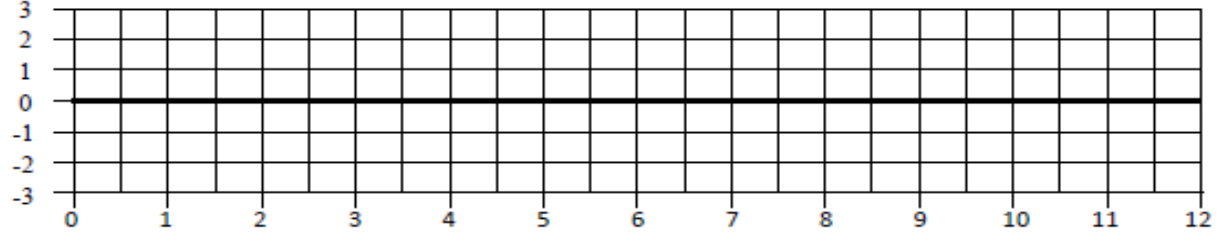
Amniyon Sıvısı



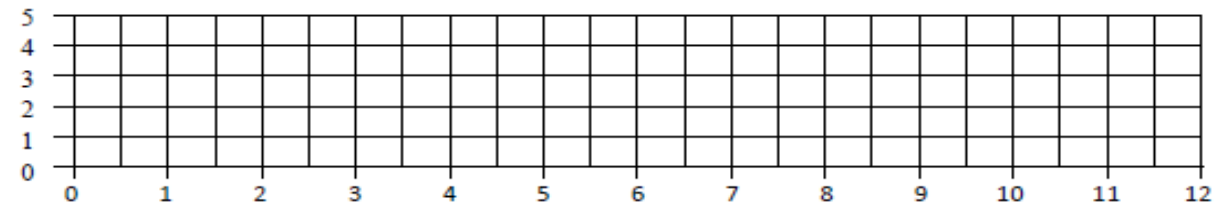
Serviks Açıklığı



Baş Seviyesi



Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:
Başlama Saati: