

# GEBE İZLEM formu



Türk Perinatoloji Derneği  
tarafından hazırlanmıştır.



**GEBE  
İZLEM**  
*formu*

**Abdi İbrahim İlaç Sanayi A.Ş. sponsorluğunda basılmıştır.**

# Değerli Anne Adayı,

Gebeliğin saptanmasından itibaren sizin ve bebeğinizin düzenli aralıklarla yapılacak olan sağlık kontrolleri, gebelikte karşılaşılabileceğiniz sorunların erken dönemde tanınmasına, ciddi sonuçlar gelişmeden önlenmesine veya tedavi edilmesine olanak sağlayacaktır. Ülkeler arası bazı farklılıklar olmakla birlikte, gebelik takip yöntemleri standart hale gelmiştir. Ülkemizde tüm dünyada kabul gören standart tarama ve tanı yöntemleri başarı ile uygulanmaktadır. Bu kitapçık size gebeliğiniz boyunca yapılacak muayenelerin zamanlarını ve şekillerini hatırlatacaktır.

## **Bu nedenle;**

**1>** Bu kitapçığı her muayenenizde sizi muayene eden hekime gösteriniz ve doldurulmasını sağlayınız.

**2>** Muayene sonunda geri almayı unutmayınız.

**3>** Gebeliğiniz süresince gittiğiniz her sağlık kuruluşunda bu kitapçığı gösteriniz.

**4>** Doğuma gelirken kitapçığı getirmeyi unutmayınız ve doğum bilgilerinizi yazdırınız.

**5>** Doğumdan sonra kitapçığı geri isteyiniz ve sonraki gebelikleriniz için saklayınız.

**6>** Bu kitapçık sizin kişisel belgenizdir, gerekmedikçe başkalarına göstermeyiniz.

**Sağlıklı ve mutlu bir  
gebelik dileriz .**

# Değerli Meslektaşımız,

Gebelerinizin takibinde doğru ve tam bilgiye ulaşmak; gelişebilecek komplikasyonların ön görülmesi, önlenmesi ve en uygun şekilde tedavisinde en önemli etkidir. "Gebe Takip Kılavuzu" size bu olanağı sağlamak amacı ile hazırlanmıştır. Bu kılavuz, Türk Perinatoloji Derneği'nin 1982'den bu yana olan tecrübesinin yanında, bu konuda 50'nin üzerinde ulusal akademisyen ve araştırmacının katıldığı ve özveri ile toplam 5 gün süren I ve II. Perinatoloji Çalıştayı'nın sonuç bildirelerinin bir ürünüdür.

## **Bu kılavuzu kullanırken;**

**1>** İlk muayene sırasında özellikle öykü kısmını özenle doldurunuz.

**2>** Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre riskli bir gebelik olup olmadığını saptayınız.

**3>** Kitapçığın her sayfasını eksiksiz doldurmaya, belirtilenler dışında yaptığınız

muayene ve tetkikleri not etmeye özen gösteriniz.

**4>** Hastaneye yatış ve doğum bilgilerini kitapçığa işlemeyi ihmal etmeyiniz.

**5>** Muayene ve doğum sonrasında kitapçığı sahibine geri veriniz.

**Çalışmalarınızda  
başarılar dileriz .**

# İlk Muayene

Tarih: Ad-Soyad: Evlilik süresi:  
Dosya no: Yaş: İş:  
Telefon: S.A.T: T.D.F: Kan grubu:  
Acet düzeni:

**G:** **P:** **A:** **C (gebelik):** **Y:**

## A.OBSTETRİK HİKAYE (tüm gebelikleri yazınız)

NO	YIL	DOĞUMDA GEBELİK YAŞI	DOĞUM ŞEKLİ	ÖLÜ / CANLI DOĞUM	YENİDOĞAN		KOMPLİKASYONLAR*
					Ağrlık	Cinsiyet Anomali	
1							Anne
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

\*Preeklamps-eklamps: gestasyonel diyabet, erken doğum, erken membran rüptürü, uzamış gebelik (42+0 ve üzeri),

B.ÖZGEÇMİŞ

Şeker hastalığı

Yüksek tansiyon

Kalp hastalığı

Böbrek hastalığı

Sigara kullanımı

Geçirilmiş ameliyat (işaretleyin): miyomektomi,  
sezaryen, septum rezeksiyonu, konizasyon, serviks

C.MEVcut GEBELİK

YOK

Çoğul gebelik

Vajinal kanama

Vajinal akıntı

Sigara kullanımı

Yüksek tansiyon

Üreme organlarında kitle

Akrabalık

Diğer:

D.SOY GEÇMİŞ:

Şeker hastalığı

Kalp hastalığı

Yüksek tansiyon

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ:

# Genel Muayene

Kan basıncı (KB): Boy: Gebelik Öncesi Kilo Gebelik öncesi VK İndeksi:

Kalp muayenesi:

Solunum sistemi muayenesi:

Tiroid muayenesi:

Varis: Ödem:

## Pelvik Muayene

Spekulum muayenesi:

Serviks:

Perine:  
PAP test:

Vajen:

## VAJİNAL ULTRASONOGRAFİ (6-10 gebelik haftaları)

(Gebelik 14 haftadan  
büyüğe boş bırakınız)

Yolk kesesi	var / yok
Gebelik kesesi (mm)	
CRL (mm)	
Fetüs sayısı	
Koryon sayısı (Amnion sayısı ?)	
Fetal kalp aktivitesi	var / yok
Miyom (yerleşim-çap)	var / yok (.....)
Adneksler (fal alanlar)	

## LABORATUVAR

HbsAg:

(Hbs Ag (-) ise aş önerilir)

İndirekt Coombs Testi:

(Rh (-) olan gebelerde)

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

\* Anne adayına "GEBE İZLEM KILAVUZU"nu vermedi ve sonraki muayeneleri hakkında bilgilendirmeyi unutmayınız.

# 11-14. (ya da 16-20 hafta) Muayenesi

Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Öykü: Vajinal kanama  
Diğerleri

Vajinal akıntı/kaşıntı

Üriner şikayetler

KB:

Kilo:

Ödem:

Varis:

## ULTRASONOGRAFİ MUAYENESİ

Ultrasonografiye göre gebelik yaşı (hafta+gün):

CRL(mm) \_\_\_\_\_  
BPCÇ(mm) \_\_\_\_\_  
BÇ (mm) \_\_\_\_\_  
AÇ (mm) \_\_\_\_\_  
FL(mm) \_\_\_\_\_  
NT(mm) \_\_\_\_\_  
Burun kemiği var / yok \_\_\_\_\_  
Yüz \_\_\_\_\_  
Vertebral kolon \_\_\_\_\_  
Kann ön duvarı \_\_\_\_\_  
Kollar/bacaklar var / yok \_\_\_\_\_  
Eller/ayaklar var / yok \_\_\_\_\_  
Mide var / yok \_\_\_\_\_  
Mesane var / yok \_\_\_\_\_  
Fetal kardiak aktivite var / yok \_\_\_\_\_  
Koryonisite \_\_\_\_\_  
(çoğul gebelik varlığında)  
Diğer \_\_\_\_\_

Bebeğinizin Down Sendromu riskini öğrenmek istiyor musunuz? Evet  Hayır

(Test hakkında bilgi verildikten sonra cevap EVET ise)

PAPP-A : MOM

S BETA-HCG: MOM

**(Eğer 11-14 hafta atlandı ise)**

Alfafetoprotein MOM

S-Beta-HCG: MOM

Östriol: MOM

Down Sendromu riski: 1 / ....

Muayeneyi yapan:

## EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

Hatırlatma: Gebenin ilk geliş ise 6 ve 7. sayılardaki muayene ve testleri yapınız ve sonraki muayene ile ilgili bilgi veriniz. İnvazif test planlanmış ise belirtiniz.

# 11-14. (ya da 16-20 hafta) Muayenesi

Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Öykü: Vajinal kanama  
Diğerleri

Vajinal akıntı/kaşıntı

Üriner şikayetler

KB:

Kilo:

Ödem:

Varis:

## ULTRASONOGRAFİ MUAYENESİ

Ultrasonografiye göre gebelik yaşı (hafta+gün):

CRL(mm) \_\_\_\_\_  
BPCÇ(mm) \_\_\_\_\_  
BÇ (mm) \_\_\_\_\_  
AÇ (mm) \_\_\_\_\_  
FL(mm) \_\_\_\_\_  
NT(mm) \_\_\_\_\_  
Burun kemiği var / yok \_\_\_\_\_  
Yüz \_\_\_\_\_  
Vertebral kolon \_\_\_\_\_  
Kann ön duvarı \_\_\_\_\_  
Kollar/bacaklar var / yok \_\_\_\_\_  
Eller/ayaklar var / yok \_\_\_\_\_  
Mide var / yok \_\_\_\_\_  
Mesane var / yok \_\_\_\_\_  
Fetal kardiak aktivite var / yok \_\_\_\_\_  
Koryonisite \_\_\_\_\_  
(çoğul gebelik varlığında)  
Diğer \_\_\_\_\_

Bebeğinizin Down Sendromu riskini öğrenmek istiyor musunuz? Evet  Hayır

(Test hakkında bilgi verildikten sonra cevap EVET ise)

PAPP-A : MOM

S BETA-HCG: MOM

**(Eğer 11-14 hafta atlandı ise)**

Alfafetoprotein MOM

S-Beta-HCG: MOM

Östriol: MOM

Down Sendromu riski: 1 / ....

Muayeneyi yapan:

## EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

Hatırlatma: Gebenin ilk geliş ise 6 ve 7. sayılardaki muayene ve testleri yapınız ve sonraki muayene ile ilgili bilgi veriniz. İnvazif test planlanmış ise belirtiniz.

# 11-14. (ya da 16-20 hafta) Muayenesi

Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Öykü: Vajinal kanama  
Diğerleri

Vajinal akıntı/kaşıntı

Üriner şikayetler

KB:

Kilo:

Ödem:

Varis:

## ULTRASONOGRAFİ MUAYENESİ

Ultrasonografiye göre gebelik yaşı (hafta+gün): \_\_\_\_\_

CRL(mm) \_\_\_\_\_  
BPCÇ(mm) \_\_\_\_\_  
BÇ (mm) \_\_\_\_\_  
AÇ (mm) \_\_\_\_\_  
FL(mm) \_\_\_\_\_  
NT(mm) \_\_\_\_\_  
Burun kemiği \_\_\_\_\_ var / yok  
Yüz \_\_\_\_\_  
Vertebral kolon \_\_\_\_\_  
Kann ön duvarı \_\_\_\_\_  
Kollar/bacaklar \_\_\_\_\_ var / yok  
Eller/ayaklar \_\_\_\_\_ var / yok  
Mide \_\_\_\_\_ var / yok  
Mesane \_\_\_\_\_ var / yok  
Fetal kardiak aktivite \_\_\_\_\_ var / yok  
Koryonisite \_\_\_\_\_  
(çoğul gebelik varlığında)  
Diğer \_\_\_\_\_

Bebeğinizin Down Sendromu riskini öğrenmek istiyor musunuz? Evet  Hayır

(Test hakkında bilgi verildikten sonra cevap EVET ise)

PAPP-A : \_\_\_\_\_ MOM

S BETA-HCG: \_\_\_\_\_ MOM

**(Eğer 11-14 hafta atlandı ise)**

Alfafetoprotein \_\_\_\_\_ MOM

S-Beta-HCG: \_\_\_\_\_ MOM

Östriol: \_\_\_\_\_ MOM

Down Sendromu riski: 1 / ....

Muayeneyi yapan: \_\_\_\_\_

## EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

Hatırlatma: Gebenin ilk geliş ise 6 ve 7. sayılardaki muayene ve testleri yapınız ve sonraki muayene ile ilgili bilgi veriniz. İnvazif test planlanmış ise belirtiniz.

# 22-24. Hafta Muayenesi

Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Öykü: Vajinal kanama, Vajinal akıntı/kaşıntı, Üriner şikayetler  
Diğerleri \_\_\_\_\_

KB: \_\_\_\_\_ Kilo: \_\_\_\_\_ Varis: \_\_\_\_\_ Ödem: \_\_\_\_\_

## ULTRASONOGRAFİ MUAYENESİ

BPC (mm)	
BÇ (mm)	
Yan Ventrikül	
Posterior Fossa	
Yüz profili	
Dudaklar	
Nokal Kalınlık (mm)	
Vertebral Kolon	
Kalp 4-Odack	
Aort / Pulmoner A. Çıkışı (görülebilirse)	
Mide	
Göbek Kordonu Girişi	
KÇ (mm)	
Böbrekler	
Mesane	
Kollar/Bacaklar	
Eller/Ayaklar	
FU (mm)	
Plasenta	
Amniyon Sımsı	
Gelen kısım	
Serviks Uzunluğu: (hasta izin verir ise)	

## DOPPLER ÖLÇÜMLERİ

Sağ Uterin Arter PI: Notch: + / -  
Sol Uterin Arter PI: Notch: + / -  
Göbek kordonu damar sayısı:

## LABORATUVAR MUAYENESİ

Hb (g/dl): \_\_\_\_\_ Htc (%): \_\_\_\_\_

50g glukoz tarama testi (GTT):

100g. 3-saat OGTT: (GTT  $\geq$  140mg/dl ise)  
AKŞ: 1.saat: \_\_\_\_\_ 2.saat: \_\_\_\_\_ 3.saat: \_\_\_\_\_  
(Normal: 95-180-155-140)

İndirekt Coombs Testi / Rh (-) ise:

TANI:

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

\*Hatırlatma: Gebenin ilk gelişi ise 6 ve 7. sayfalardaki muayene ve testleri yapınız ve sonraki muayene ile ilgili bilgi veriniz. Fetus ölçümlerini son sayfadaki grafikler üzerinde MUTLAKA gösteriniz.

Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Öykü: Vajinal kanama, Vajinal akıntı/kaşıntı, Üriner şikayetler  
Diğerleri \_\_\_\_\_

KB: \_\_\_\_\_ Kilo: \_\_\_\_\_ Varis: \_\_\_\_\_ Ödem: \_\_\_\_\_

## ULTRASONOGRAFİ MUAYENESİ

BPC (mm)	
BÇ (mm)	
Yan Ventrikül	
Posterior Fossa	
Yüz profili	
Dudaklar	
Nükal Kalınlık (mm)	
Vertebral Kolon	
Kalp 4-Odack	
Aort / Pulmoner A. Çıkışı (görülebilirse)	
Mide	
Göbek Kordonu Girişi	
KÇ (mm)	
Böbrekler	
Mesane	
Kollar/Bacaklar	
Eller/Ayaklar	
FU (mm)	
Plasenta	
Amniyon Sıvısı	
Gelen kısım	
Serviks Uzunluğu: (hasta izin verir ise)	

## DOPPLER ÖLÇÜMLERİ

Sağ Uterin Arter PI: Notch: + / -  
Sol Uterin Arter PI: Notch: + / -  
Göbek kordonu damar sayısı:

## LABORATUVAR MUAYENESİ

Hb (g/dl): \_\_\_\_\_ Htc (%): \_\_\_\_\_

50g glukoz tarama testi (GTT):

100g. 3-saat OGTT: (GTT  $\geq$  140mg/dl ise)  
AKŞ: 1.saat: \_\_\_\_\_ 2.saat: \_\_\_\_\_ 3.saat: \_\_\_\_\_  
(Normal: 95-180-155-140)

İndirekt Coombs Testi / Rh (-) ise:

TANI:

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

\*Hatırlatma: Gebenin ilk gelişi ise 6 ve 7. sayılardaki muayene ve testleri yapınız ve sonraki muayene ile ilgili bilgi veriniz. Fetus ölçümlerini son sayfadaki grafikler üzerinde MUTLAKA gösteriniz.

Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Öykü: Vajinal kanama

Baş ağrısı

Bebek hareketlerinde azalma

Vajinal akıntı/kaşıntı

Karın ağrısı

Bulantı/kusma

Üniner şikayetler

Görme bulanıklığı

Diğerleri

KB:

Kilo:

Ödem:

Varis:

## ULTRASONOGRAFİ MUAYENESİ

BPC (mm)	
BÇ (mm)	
KÇ (mm)	
FU (mm)	
Fetal Tahmini Ağırlık (g)	
Plasenta	
Amniyon sıvısı	
(en derin tek cep ölçümü)	
Gelen kısım	

## LABORATUVAR MUAYENESİ

İndirekt Coombs Testi / Rh (-) ise:

HbsAg:

TANI:

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

\*Hatırlatma: Gebenin ilk gelişi ise 7 ve 9. sayfalardaki muayene ve testleri yapınız, doğum eylemi hakkında bilgi veriniz ve doğum şeklini tartışınız. Fetus ölçümlerini son sayfadaki grafikler üzerinde MUTLAKA gösteriniz.

Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Öykü: Vajinal kanama

Baş ağrısı

Bebek hareketlerinde azalma

Vajinal akıntı/kaşıntı

Karın ağrısı

Bulantı/kusma

Üniner şikayetler

Görme bulanıklığı

Diğerleri

KB: \_\_\_\_\_

Kilo: \_\_\_\_\_

Ödem: \_\_\_\_\_

Varis: \_\_\_\_\_

## ULTRASONOGRAFİ MUAYENESİ

BPC (mm)	
BÇ (mm)	
KÇ (mm)	
FU (mm)	
Fetal Tahmini Ağırlık (g)	
Plasenta	
Amniyon sıvısı (en derin tek cep ölçümü)	
Gelen kısım	

## LABORATUVAR MUAYENESİ

İndirekt Coombs Testi / Rh (-) ise:

HbsAg:

TANI:

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

\*Hatırlatma: Gebenin ilk gelişi ise 7 ve 9. sayfalardaki muayene ve testleri yapınız, doğum eylemi hakkında bilgi veriniz ve doğum şeklini tartışınız. Fetus ölçümlerini son sayfadaki grafikler üzerinde MUTLAKA gösteriniz.

# 32. Hafta Muayenesi

Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Öykü: Vajinal kanama

Baş ağrısı

Bebek hareketlerinde azalma

Vajinal akıntı/kaşıntı

Karın ağrısı

Bulantı/kusma

Üriner şikayetler

Görme bulanıklığı

Diğerleri

KB: \_\_\_\_\_

Kilo: \_\_\_\_\_

Ödem: \_\_\_\_\_

Varis: \_\_\_\_\_

## ULTRASONOGRAFİ MUAYENESİ

BPC (mm)	
BC (mm)	
KÇ (mm)	
FU (mm)	
Fetal Tahmini Ağırlık (g)	
Plasenta	
Amniyon sıvısı (en derin tek cep ölçümü)	
Gelen kısım	

## LABORATUVAR MUAYENESİ

İndirekt Coombs Testi / Rh (-) ise:

HbsAg:

TANI:

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

\*Hatırlatma: Gebenin ilk gelişi ise 7 ve 9. sayfalardaki muayene ve testleri yapınız, doğum eylemi hakkında bilgi veriniz ve doğum şeklini tartışınız. Fetus ölçümlerini son sayfadaki grafikler üzerinde MUTLAKA gösteriniz.

Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Öykü: Vajinal kanama \_\_\_\_\_ Baş ağrısı \_\_\_\_\_ Bebek hareketlerinde azalma \_\_\_\_\_

Vajinal akıntı/kaşıntı \_\_\_\_\_ Karın ağrısı \_\_\_\_\_ Bulantı/kusma \_\_\_\_\_

Üriner şikayetler \_\_\_\_\_ Görme bulanıklığı \_\_\_\_\_

Diğerleri \_\_\_\_\_

KB: \_\_\_\_\_ Kilo: \_\_\_\_\_ Ödem: \_\_\_\_\_ Varis: \_\_\_\_\_

## ULTRASONOGRAFİ MUAYENESİ

BPC (mm)	
BC (mm)	
KÇ (mm)	
FU (mm)	
Fetal Tahmini Ağırlık (g)	
Plasenta	
Amniyon sıvısı (en derin tek cep ölçümü)	
Gelen kısım	

## LABORATUVAR MUAYENESİ

İndirekt Coombs Testi / Rh (-) ise:

HbsAg:

TANI:

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

\*Hatırlatma: Gebenin ilk gelişi ise 7 ve 9. sayfalardaki muayene ve testleri yapınız, doğum eylemi hakkında bilgi veriniz ve doğum şeklini tartışınız. Fetus ölçümlerini son sayfadaki grafikler üzerinde MUTLAKA gösteriniz.

Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Öykü: Vajinal kanama

Baş ağrısı

Bebek hareketlerinde azalma

Vajinal akıntı/kaşıntı

Karın ağrısı

Bulantı/kusma

Üriner şikayetler

Görme bulanıklığı

Diğerleri

KB: \_\_\_\_\_

Kilo: \_\_\_\_\_

Ödem: \_\_\_\_\_

Varis: \_\_\_\_\_

## ULTRASONOGRAFİ MUAYENESİ

BPC (mm)	
BÇ (mm)	
KÇ (mm)	
FU (mm)	
Fetal Tahmini Ağırlık (g)	
Plasenta	
Amniyon sıvısı (en derin tek cep ölçümü)	
Gelen kısım	

## LABORATUVAR MUAYENESİ

İndirekt Coombs Testi / Rh (-) ise:

HbsAg:

TANI:

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

\*Hatırlatma: Gebenin ilk gelişi ise 7 ve 9. sayfalardaki muayene ve testleri yapınız, doğum eylemi hakkında bilgi veriniz ve doğum şeklini tartışınız. Fetus ölçümlerini son sayfadaki grafikler üzerinde MUTLAKA gösteriniz.

# 38. Hafta Muayenesi

Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Öykü: Vajinal kanama	Baş ağrısı	Bebek hareketlerinde azalma
Vajinal akıntı/kaşıntı	Karın ağrısı	Bulantı/kusma
Üriner şikayetler	Görme bulanıklığı	Su gelmesi
Diğerleri		

KB: \_\_\_\_\_ Kilo: \_\_\_\_\_ Ödem: \_\_\_\_\_ Varis \_\_\_\_\_

## USG MUAYENESİ

BPC (mm)	
BÇ (mm)	
Fetal kalp aktivitesi	
KÇ (mm)	
FU (mm)	
Tahmini Fetal Ağırlık (g)	
Plasenta	
Amniyon sıvısı (en derin tek cep ölçümü)	
Gelen kısım	

## LABORATUVAR MUAYENESİ

İndirekt Coombs Testi / Rh (-) ise:

Hb (g/dl):

Htc (%):

TANI:

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

\*Hatırlatma: Gebenin ilk gelişi ise 7 ve 9. sayfadaki muayene ve testleri yapınız ve DOĞUM eyleminin başlama bulguları hakkında bilgi veriniz. Fetus ölçümlerini son sayfadaki grafikler üzerinde MUTLAKA gösteriniz.

Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Öykü: *Vajinal kanama* *Baş ağrısı* *Bebek hareketlerinde azalma*

*Vajinal akıntı/kaşıntı* *Karın ağrısı* *Bulantı/kusma*

*Üriner şikayetler* *Görme bulanıklığı*

*Diğerleri*

KB: \_\_\_\_\_ Kilo: \_\_\_\_\_ Ödem: \_\_\_\_\_ Varis: \_\_\_\_\_

## ULTRASONOGRAFİ MUAYENESİ

BPÇ (mm)	
BÇ (mm)	
KÇ (mm)	
FU (mm)	
Fetal Tahmini Ağırlık (g)	
Plasenta	
Amniyon sıvısı (en derin tek cep ölçümü)	
Gelen kısım	

## LABORATUVAR MUAYENESİ

İndirekt Coombs Testi / Rh (-) ise:

HbsAg:

TANI:

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

\*Hatırlatma: Gebenin ilk gelişi ise 7 ve 9. sayfalardaki muayene ve testleri yapınız, doğum eylemi hakkında bilgi veriniz ve doğum şeklini tartışınız. Fetus ölçümlerini son sayfadaki grafikler üzerinde MUTLAKA gösteriniz.

# Doğum Bilgileri

Başvuru Tarihi:

Doğum tarihi:

Doğumda gebelik yaşı:

Doğum şekli:

İndüksiyon var  yok

İndüksiyon endikasyonu:

İndüksiyon şekli:

Operatif doğum şekli: Vakum

Forseps

Sezaryen

Operatif doğum endikasyonu:

Aktif eylem süresi:

Amnion sıvı rengi:

Amnion kesesi açılma zamanı:

Epizyotomi var  yok

Komplikasyonlar:

Atoni

Perine laserasyonu

DIĞERLERİ:

## YENİDOĞANIN DOĞUM ODASI BİLGİLERİ

Apgar skoru 1.dk. 5.dk. 10.dk

Yenidoğan ağırlığı:

Kan grubu:

Kordon arteri pH:

PCO2 (mmHg):

Baz ağı (mEq/L):

## Yenidoğan doğum odası muayenesi

Kafa	
Yüz	
Kollar/bacaklar	
Eller/ayaklar	
Cilt	
Cinsiyet	
Genital organlar	
Anüs	

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

K vit:  
Göz bakımı:

# Doğum Sonrası 6.hafta Muayenesi

Pelvik muayene: normal

Laktasyon: var  yok

Seçilen korunma yöntemi: Yok  RIA  OK  Prezervatif  İmplant   
Geri çekme  Takvim

## LABORATUVAR MUAYENESİ

Hb (mg/dl): Htc (%):

75g yükleme testi:  
(gebelik diabeti tanısı olanlara)

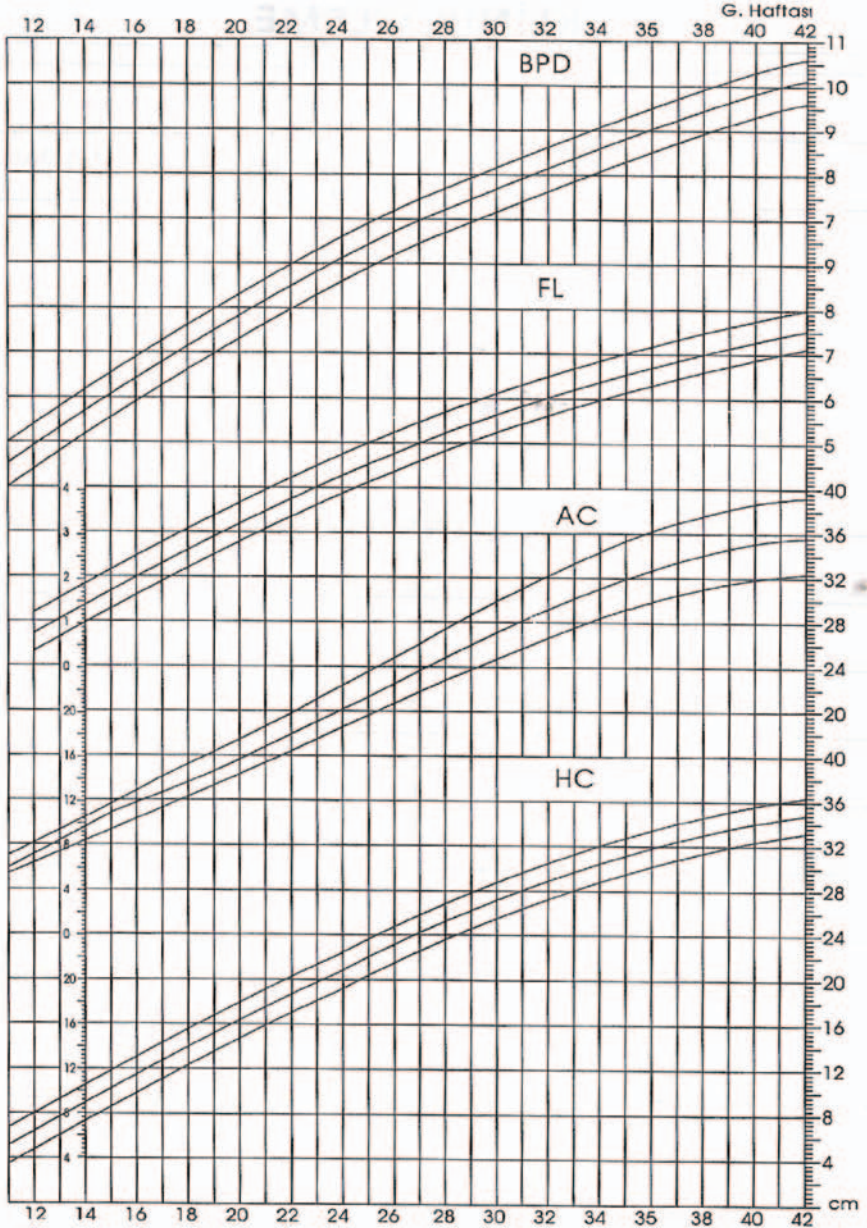
KB: (Gebelikte hipertansiyon saptanmış olanlarda)

TANI:

Muayeneyi yapan:

EK BİLGİ ve ÖNERİLER:

# Fetal Gelişim Eğrileri



# İnvaziv Girişimler



# Notlar

A series of horizontal lines for writing, spanning the width of the page.

