

GEBE-LOHUSA İZLEME FİŞİ

TC Kimlik No:

Adı Soyadı:
Doğum Tarihi:
Eşi ile Akrabalık Durumu:
Öğrenim Durumu:
İşi:
Evlenme Yaşı:
İlk Gebelik Yaşı:
Eşinin Adı:

Kurumu:

Sıra No:
Muhtarlığı:
Sokağı:
Ev No:
Tif. No:

Gebenin Tespit Edildiği Tarih
...../...../.....

Kaçıncı Gebeliği	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Anne de Mevcut Sistemik Hastalık	Pelvis Durumu	Kan Grubu -Rh	Eşinin Kan Grubu -Rh	Bir Önceki Gebeliğin Sontanma Tarihi	Bir Önceki Gebeliğin Sonucu	Bir Önceki Doğumun Yeri
						DM HT KVS Astım Diğer	Uygun Dar Şüpheli*			..... gün ay yıl	Canlı doğum Ölü doğum Düşük	Hastanede * Veya Diğer Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile* Evde Kendi Kendine*

Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler					
Bir Önceki Gebelikte	Gebelik Sonucu ve Tarihi	Doğum Nasıl Yapıldı ?	Doğumun Yeri ve Biçimi	Doğan Bebek	Doğuştan Şekil Bozukluğu
Kanama *	RİA *	Spontan	Hastanede *	Cinsiyeti	Yok *
Yüksek tansiyon *	Hap *	Vakum	Veya Diğer Sağlık Kuruluşunda	<input type="checkbox"/>	Var:.....
Şeker Hastalığı *	Kondom *	Forseps	Evde Sağlık Personeli Yardımı ile	Kilosu gr.	.....
Plesantanın Erken Ayrılması *	Yok *	Sezaryen	Evde Kendi Kendine*	Boy cm	Notlar:
Enfeksiyon *	Diğer: .....	.....	.....	Geliş Biçimi: .....	.....
Diğer *	.....	.....	Doğumun Planlandığı Yer .....	.....	.....
			.....	Çoğul Doğum <input type="checkbox"/>	

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

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