

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

EBELİK BÖLÜMÜ

MİZZUNİYET KRİTER DEĞERLERİ

ÖĞRENCİNİN

ADI SOYADI.....

DANIŞMAN ÖĞRETİM ELEMANI.....

BAŞLANGIÇ TARİHİ.....

ÖĞRENCİNİN KİMLİĞİ

Adı Soyadı:.....

Doğum Yeri ve Yılı:

Uyruğu:

Fakülte Kayıt Yılı:

Öğrenci No:

Telefon No:.....

Adres:.....

Öğrenci imzası

Danışman imzası

Ebelik Bölüm Başkanı Onayı



Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

İÇİNDEKİLER

<i>Bölüm No</i>	<i>İçerik</i>
1	Doğum Öncesi Muayene (100)
2A	Riskli Gebe Takibi (15)
2B	Riskli Doğum Takibi (10)
2C	Riskli Doğum Sonu Dönem (15)
3	Doğum Takibi (40)
4	Doğum Sonu Muayene (100)
5	Sağlıklı Yenidoğan Muayenesi (100)
6	Riskli Yenidoğan Muayenesi (10)
7	Makat Doğum

TAMAMLAMA KRİTERLERİ

- Ebelik öğrencileri gözlemlerini ve uygulamalarını doğru bir şekilde kaydetmekle sorumludurlar.
 - Bu kitap her bir eğitimci tarafından onaylanan resmi bir dokümandır.
- Çalışmalar tamamlandığında, kitap ebelik bölüm başkanı ve klinik uygulama yürütücüsü tarafından imzalanmalıdır.
 - Sağlık Bilimleri Fakülte kaşesi (damgası) ve imzası mutlaka konmalıdır.

PRATİK VE KLİNİK EĞİTİM:

- En az 100 doğum öncesi muayeneyi de içerecek şekilde gebe kadınlara danışmanlık yapmak. (Bölüm 1)
 - En az 40 gebe kadına bakım vermek ve izlemine yapmak. (Bölüm 2)
- En az 40 doğumun öğrenci tarafından yapılması; (Doğum yapan kadın sayısı eksikliği nedeniyle bu sayıya ulaşamıyorsa, bu sayı öğrencinin 20 tane daha doğuma yardım etmesi koşulu ile 30'a indirilebilir). (Bölüm 3)
 - En az 100 lohusayı izlemek ve bakımını vermek (Bölüm 4)
 - En az 100 sağlıklı yeni doğan bebeği izlemek ve bakımını vermek. (Bölüm 5)
- Özel bakım gerektiren, prematüre, postmatüre, düşük doğum ağırlıklı veya hasta bebekler dahil olmak üzere yeni doğan gözlemi ve bakımını vermek. (Bölüm 6)
 - Makat doğuma aktif katılmalıdır. Makat doğum mümkün olmadığı takdirde simülasyon yapılarak çalışılmalıdır. (Bölüm 7)

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

➤ **Bölüm 1: Doğum Öncesi Muayene (100)**

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Muayenenin Amacı	Gözlemler (TA, NB, Ateş, Ödem, Varis, ÇKS,,,) Leopold Manevraları (I,II,III,IV)	İmza Yetkili Kişi
Örn.	07.12.2023	123456	Kepez Devlet Hastanesi	30	G2P1	28hf SAT TDT	Rutin Kontrol	130/80, 86, 37.2, +, 164	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Muayenenin Amacı	Gözlemler (TA, NB, Ateş, Ödem, Varis, ÇKS,,,) Leopold Manevraları (I,II,III,IV)	İmza Yetkili Kişi
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Muayenenin Amacı	Gözlemler (TA, NB, Ateş, Ödem, Varis, ÇKS,,,) Leopold Manevraları (I,II,III,IV)	İmza Yetkili Kişi
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Muayenenin Amacı	Gözlemler (TA, NB, Ateş, Ödem, Varis, ÇKS,,,) Leopold Manevraları (I,II,III,IV)	İmza Yetkili Kişi
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Muayenenin Amacı	Gözlemler (TA, NB, Ateş, Ödem, Varis, ÇKS,,,) Leopold Manevraları (I,II,III,IV)	İmza Yetkili Kişi
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Muayenenin Amacı	Gözlemler (TA, NB, Ateş, Ödem, Varis, ÇKS,,,) Leopold Manevraları (I,II,III,IV)	İmza Yetkili Kişi
51									
52									
53									
54									
55									
56									
57									
58									
59									
60									

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Muayenenin Amacı	Gözlemler (TA, NB, Ateş, Ödem, Varis, ÇKS,,,) Leopold Manevraları (I,II,III,IV)	İmza Yetkili Kişi
61									
62									
63									
64									
65									
66									
67									
68									
69									
70									

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Muayenenin Amacı	Gözlemler (TA, NB, Ateş, Ödem, Varis, ÇKS,,,) Leopold Manevraları (I,II,III,IV)	İmza Yetkili Kişi
71									
72									
73									
74									
75									
76									
77									
78									
79									
80									

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Muayenenin Amacı	Gözlemler (TA, NB, Ateş, Ödem, Varis, ÇKS,,,) Leopold Manevraları (I,II,III,IV)	İmza Yetkili Kişi
81									
82									
83									
84									
85									
86									
87									
88									
89									
90									

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Muayenenin Amacı	Gözlemler (TA, NB, Ateş, Ödem, Varis, ÇKS,,,) Leopold Manevraları (I,II,III,IV)	İmza Yetkili Kişi
91									
92									
93									
94									
95									
96									
97									
98									
99									
100									

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Muayenenin Amacı	Gözlemler (TA, NB, Ateş, Ödem, Varis, ÇKS,,,) Leopold Manevraları (I,II,III,IV)	İmza Yetkili Kişi

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

➤ Bölüm 2A: Riskli Gebe Takibi (15)

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı (G,P,A,Y)	Gebelik Haftası	Tıbbi Tanı	Gözlemler (ANTA, Ödem..)	Tedavi	İmza Yetkili Kişi
1	12.12.2023	123456	Kepez Devlet Hastanesi/ Perinatoloji	39	G1	34	EMR	110/60 , 80 nabız, 36,4 Ödem +1		
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası	Tıbbi Tanı	Gözlemler (ANTA, Ödem..)	Tedavi	İmza Yetkili Kişi
11										
12										
13										
14										
15										

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

➤ Bölüm 2B: Riskli Doğum Takibi (10)

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası	Tıbbi Tanı	Gözlemler (Membran Ruptürü, Amnion Sıvısı, Silinme, Dilatasyon, Kontraksiyon Sayısı)	Müdahaleler (Amniotomi, Epizyotomi, İndüksiyon)	Tedavi	İmza Yetkili Kişi
Örn.	12.12.2023	123456	Kepez Devlet Hastanesi/Acil Kadın Doğum	16	G1	34	Adolesan Gebelik	Membran Ruptürü+ 2cm dilatasyon %20 efasman			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

➤ Bölüm 2C: Riskli Doğum Sonu Dönem (15)

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saat/Gün	Gözlemler (Vital Bulgular, Meme Sorunları, Defakasyon ve idrar Çıkışı, Tromboflobit, Üriner Sistem Sorunları ve Enf.)	Obstetrik Gözlem (Atoni Kanaması, Plasenta Retansiyonu, Subinvolisyon, Epizyotomi, Uterus İnversiyonu, DIC)	Verilen Eğitim Hijyen, Kanama, Enfeksiyon..	İmza Yetkili Kişi
Örn.	12.12.2023	123456	Kepez Devlet Hastanesi / Yoğunbakım	32	G5P5	CIS	2.gün	180/80 ...	Atoni Kanaması	Hijyen, Kanama, Enfeksiyon..	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saat/Gün	Gözlemler (Vital Bulgular, Meme Sorunları, Defakasyon ve idrar Çıkışı, Tromboflobit, Üriner Sistem Sorunları ve Enf.)	Obstetrik Gözlem (Atoni Kanaması, Plasenta Retansiyonu, Subinvolisyon, Epizyotomi, Uterus İnversiyonu, DIC)	Verilen Eğitim Hijyen, Kanama, Enfeksiyon..	İmza Yetkili Kişi
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

➤ Bölüm 3: Doğum Takibi (40)

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Travay Odasına Giriş Saati	Doğum Saati/ Doğum Süresi	Müdahaleler (Amniotomi, Epizyotomi, İndiksiyon)	Bebek Bilgileri (Boy, Kilo, 1. ve 5.dk Apgar)	İmza Yetkili Kişi
Örn.	12.12.2023	123456	Kepez Devlet Hastanesi Doğumhane	30	G2P1	40w 19.03.2023	10.00	14.00	Epizyotomi+	50cm/ 2950kg 9/10	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Travay Odasına Giriş Saati	Doğum Saati/ Doğum Süresi	Müdahaleler (Amniotomi, Epizyotomi, İndiksiyon)	Bebek Bilgileri (Boy, Kilo, 1. ve 5.dk Apgar)	İmza Yetkili Kişi
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Travay Odasına Giriş Saati	Doğum Saati/ Doğum Süresi	Müdahaleler (Amniotomi, Epizyotomi, İndiksiyon)	Bebek Bilgileri (Boy, Kilo, 1. ve 5.dk Apgar)	İmza Yetkili Kişi
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Travay Odasına Giriş Saati	Doğum Saati/ Doğum Süresi	Müdahaleler (Amniotomi, Epizyotomi, İndiksiyon)	Bebek Bilgileri (Boy, Kilo, 1. ve 5.dk Apgar)	İmza Yetkili Kişi
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası SAT/ TDT	Travay Odasına Giriş Saati	Doğum Saati/ Doğum Süresi	Müdahaleler (Amniotomi, Epizyotomi, İndiksiyon)	Bebek Bilgileri (Boy, Kilo, 1. ve 5.dk Apgar)	İmza Yetkili Kişi

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

➤ Bölüm 4: Doğum Sonu Muayene (100)

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saat/Gün	Gözlemler (Vital Bulgular, Emzirme durumu, Defakasyon-idrar çıkışı.)	Kanama Kontrolü (Fundus Yüksekliği, Uterus Masajı)	Verilen Eğitim Emzirme, Hijyen, Cinsellik vb..	İmza Yetkili Kişi
Örn.	12.12.2023	123456	Kepez Devlet Hastanesi	32	G1	NSD	1.gün /10.saat	120/60-82-36.1 Def+,İdr+ Anne Sütü+	löşi rubra, Umblikus hizasında, +	Emzirme	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saatte	Gözlemler (Vital Bulgular, Emzirme durumu, Defakasyon-idrar çıkışı.)	Kanama Kontrolü (Fundus Yüksekliği, Uterus Masajı)	Verilen Eğitim Emzirme, Hijyen, Cinsellik vb..	İmza Yetkili Kişi
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saatte	Gözlemler (Vital Bulgular, Emzirme durumu, Defakasyon-idrar çıkışı.)	Kanama Kontrolü (Fundus Yüksekliği, Uterus Masajı)	Verilen Eğitim Emzirme, Hijyen, Cinsellik vb..	İmza Yetkili Kişi
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saatte	Gözlemler (Vital Bulgular, Emzirme durumu, Defakasyon-idrar çıkışı.)	Kanama Kontrolü (Fundus Yüksekliği, Uterus Masajı)	Verilen Eğitim Emzirme, Hijyen, Cinsellik vb..	İmza Yetkili Kişi
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saatte	Gözlemler (Vital Bulgular, Emzirme durumu, Defakasyon-idrar çıkışı.)	Kanama Kontrolü (Fundus Yüksekliği, Uterus Masajı)	Verilen Eğitim Emzirme, Hijyen, Cinsellik vb..	İmza Yetkili Kişi
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saatte	Gözlemler (Vital Bulgular, Emzirme durumu, Defakasyon-idrar çıkışı.)	Kanama Kontrolü (Fundus Yüksekliği, Uterus Masajı)	Verilen Eğitim Emzirme, Hijyen, Cinsellik vb..	İmza Yetkili Kişi
51											
52											
53											
54											
55											
56											
57											
58											
59											
60											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saatte	Gözlemler (Vital Bulgular, Emzirme durumu, Defakasyon-idrar çıkışı.)	Kanama Kontrolü (Fundus Yüksekliği, Uterus Masajı)	Verilen Eğitim Emzirme, Hijyen, Cinsellik vb..	İmza Yetkili Kişi
61											
62											
63											
64											
65											
66											
67											
68											
69											
70											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saatte	Gözlemler (Vital Bulgular, Emzirme durumu, Defakasyon-idrar çıkışı.)	Kanama Kontrolü (Fundus Yüksekliği, Uterus Masajı)	Verilen Eğitim Emzirme, Hijyen, Cinsellik vb..	İmza Yetkili Kişi
71											
72											
73											
74											
75											
76											
77											
78											
79											
80											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saatte	Gözlemler (Vital Bulgular, Emzirme durumu, Defakasyon-idrar çıkışı.)	Kanama Kontrolü (Fundus Yüksekliği, Uterus Masajı)	Verilen Eğitim Emzirme, Hijyen, Cinsellik vb..	İmza Yetkili Kişi
81											
82											
83											
84											
85											
86											
87											
88											
89											
90											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saatte	Gözlemler (Vital Bulgular, Emzirme durumu, Defakasyon-idrar çıkışı.)	Kanama Kontrolü (Fundus Yüksekliği, Uterus Masajı)	Verilen Eğitim Emzirme, Hijyen, Cinsellik vb..	İmza Yetkili Kişi
91											
92											
93											
94											
95											
96											
97											
98											
99											
100											

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Başvurulan Hastane ve Birim Adı	Anne Yaşı	Doğum Sayısı	Doğum Şekli	Anne Doğum Sonrası Kaçınıcı Saatte	Gözlemler (Vital Bulgular, Emzirme durumu, Defakasyon-idrar çıkışı.)	Kanama Kontrolü (Fundus Yüksekliği, Uterus Masajı)	Verilen Eğitim Emzirme, Hijyen, Cinsellik vb..	İmza Yetkili Kişi

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

➤ Bölüm 5: Sağlıklı Yenidoğan Muayenesi (100)

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.-5.dk)	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontaneller,K vit, Tarama testleri)	Verilen Eğitimler	İmza Yetkili Kişi
Örn	12.12.2023	123456	Kepez Devlet Hastanesi	1.gün	E / 50 cm 2950 kg	40w	9/10	Postpartum	NSD	36.4, +, Emme+, babinski+, moro+ K vit+	Göbek bakımı vb.	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.-5.dk)	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontaneller,K vit, Tarama testleri)	Verilen Eğitimler	İmza Yetkili Kişi
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.- 5.dk	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontaneller,K vit, Tarama testleri)	Verilen Eğitimler	İmza Yetkili Kişi
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.-5.dk	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontaneller,K vit, Tarama testleri)	Verilen Eğitimler	İmza Yetkili Kişi
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.- 5.dk	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontaneller,K vit, Tarama testleri)	Verilen Eğitimler	İmza Yetkili Kişi
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.-5.dk	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontaneller,K vit, Tarama testleri)	Verilen Eğitimler	İmza Yetkili Kişi
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.- 5.dk	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontaneller,K vit, Tarama testleri)	Verilen Eğitimler	İmza Yetkili Kişi
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.-5.dk	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontaneller,K vit, Tarama testleri)	Verilen Eğitimler	İmza Yetkili Kişi
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.-5.dk	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontaneller,K vit, Tarama testleri)	Verilen Eğitimler	İmza Yetkili Kişi
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.-5.dk	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontaneller,K vit, Tarama testleri)	Verilen Eğitimler	İmza Yetkili Kişi
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.-5.dk	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontaneler,K vit, Tarama testleri)	Verilen Eğitimler	İmza Yetkili Kişi

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

➤ Bölüm 6: Riskli Yenidoğan Takibi (10)

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.-5.dk)	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Tıbbi Tanı	Anomali Durumu	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontaneler,K vit, Tarama testleri)	İmza Yetkili Kişi
Örn	12.12.2023	123456	Kepez Devlet Hastanesi	20 gün	Erkek-51 cm-1290 gr	32 hf	7/6	YDYB	CIS	Dismatur	-		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Yenidoğan Gün Sayısı	Cinsiyet Boy Kilo	Doğum Haftası	Apgar Skoru (1.-5.dk	Yenidoğanın Gözlemlendiği Klinik	Doğum Şekli	Tıbbi Tanı	Anomali Durumu	Yenidoğana İlişkin Gözlemler (Ateş, emme durumu, sarılık, refleksler, göbek bakımı, fontanelleler,K vit, Tarama testleri)	İmza Yetkili Kişi

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

➤ Bölüm 7: Makat Doğum Takibi (1-2)

MAKAT GELİŞ DOĞUM KAYIT FORMU

Sıra No	Tarih	Protokol No	Doğum Yapılan Hastane ve Birim Adı	Hasta Yaşı	Doğum Sayısı	Gebelik Haftası	Travay Odasına Giriş	Doğum Saati Süresi	Müdahaleler/ Manevralar	Bebğin			İmza Yetkili Kişi
										Cinsiyet	Boy / Kilo	Apgar Skoru	
1													

SİMÜLASYON İLE MAKAT GELİŞ DOĞUM KAYIT FORMU

Sıra No	Tarih	Makat Geliş Türü	Doğumda Öğrenciye Yaptırılan Müdahaleler (Bilgi verme, iletişim, umblikusu görene kadar müdahale etmemek, doğum manevralarını yaptırabilme..)	Öğretim Elemanı İmza
1				
2				

Öğrencinin Adı Soyadı:

Okul Numarası:

İmzası:

EBELİK MEZUNİYET KRİTERLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU TUTANAĞI

20.../20... Eğitim Öğretim YılıDönemi

..... Numaralı Ebelik Öğrencisi..... Mezuniyet kriterleri olan; 40 normal doğum yaptırma, 1 makat geliş doğumu yönetme, 100 sağlıklı gebe bakımı, takip ve danışmanlığını yapma, 15 riskli gebe takibi ve bakımını yapma, 15 riskli lohusa takibi ve bakımını yapma, 10 riskli doğum 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....

.....

Komisyon Başkanı

.....

Komisyon Üyesi

.....

Komisyon Üyesi

.....

Komisyon Üyesi

.....

Komisyon Üyesi

.....

Komisyon Üyesi

ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ