



TC. Sağlık Bakanlığı  
Halk Sağlığı  
Genel Müdürlüğü

# DOĞUM ÖNCESİ BAKIM YÖNETİM REHBERİ



## **Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi**

**T.C. Sağlık Bakanlığı  
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü  
Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı  
Ankara, 2018**

**ISBN: 978-975-590-686-7**

**Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925**

### **Baskı**

Sistem Ofset Bas. Yay. San. ve Tic. Ltd. Şti.  
Strazburg Cad. No: 31/17 Sıhhiye/ ANKARA  
Tel. (0.312) 229 18 81 Faks: (0.312) 229 63 97  
[www.sistemofset.com.tr](http://www.sistemofset.com.tr)

Bu yayını; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmış, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından güncellenmiş ve bastırılmıştır. Her türlü yayın hakkı T.C Sağlık Bakanlığına aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınamaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No, Basıldığı İl ve Yayın Tarihi şeklinde olmalıdır.

**Ücretsizdir. Parayla satılamaz.**

## SUNUŞ

Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar gelişmekte olan ülkelerde üreme yaşındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenidir. Çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak anne ölüm oranı, üreme sağlığı hizmet sunumu kalitesi ile yakından ilişkilidir. Dünyada her yıl 300.000 civarında anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nin 5'incisi; anne sağlığındaki iyileşmesinin temel göstergesi anne ölümlerinin azaltılmasıdır.

Ülkemizde 2003 yılından buyana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda anne ve çocuklara özel önem verilmesi öncelikli konular arasında yer almıştır. Bu çerçevede yapılan çalışmalar sonucunda anne ve bebek ölümlerinde önceki yıllara göre çok daha yüksek oranlarda azalmalar sağlanmıştır. 2002 yılında anne ölüm oranı yüzbin canlı doğumda 64 iken, 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında 28,5'e, 2016 yılında 14,7'ye, bebek ölüm hızı ise 2002 yılında binde 31,5 iken 2016 yılında 7,3'e düşürülmüştür.

Bu sonuçların alınmasında ülkemizdeki genel gelişmenin yanında, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi, doğumların hastanede yapılmasının sağlanması, doğu ve güneydoğu başta olmak üzere kalkınmada öncelikli bölgelerdeki sağlık personeli sayısının artırılması, hastanelerdeki erişkin ve yenidoğan yoğun bakım hizmetlerindeki gelişmeler ve 112 acil yardım ve kurtarma hizmetlerindeki gelişmelerin büyük katkısı olmuştur.

Bilindiği üzere anne ve bebek ölümlerinde geline bu düzeyden daha iyi sonuçlara ulaşmak gittikçe zorlaşmaktadır. Bugüne kadar yapılanlardan daha fazlasını, daha kaliteli olarak yapmak zorundayız. Bunu gerçekleştirmek için sağlık kuruluşlarının tıbbi donanım ve alt yapı eksikliklerini tamamlamanın yanında, hizmeti sunan sağlık personelinin bilgi ve becerilerini de en üst düzeyde tutmak mecburiyetindeyiz.

Ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması, uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla Bakanlığımız bilim komisyonları ve ilgili meslek kuruluşlarının katkılarıyla Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberi ve Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi oluşturulmuş ve 2017 yılında bu rehberlerin revizyonu yapılmıştır.

Bu rehberler değişmez kurallar dizisi değildir ve hastaya sunulan hizmetlerin genel çerçevesini oluşturmak üzere düzenlenmiştir. “Hastalık yok hasta vardır” prensibi doğrultusunda her hastanın durumunun kendi özel koşulları içinde değerlendirilmesi gerektiğini kabul eder.

Rehberlerin uygulanması ile her gebenin en az 4 kez nitelikli izlenmesi, doğum sonrası hastanede 3 ve evde 3 olmak üzere 6 kez lohusa izleminin yapılması, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi ve gerektiğinde stabilize etmek kaydıyla bir üst düzey hastaneye sevklerinin sağlanması beklenmektedir.

Klinik rehberlerin hazırlanmasında ve revizyonunda emeği geçen Bilim Komisyonu üyeleri ve programda çalışan kurum personeli ile bu güne kadar anne ve bebek ölümlerini önlemek adına sahada özveri ile çalışan, bu rehberlerin uygulamasını gerçekleştirecek olan sağlık personeline teşekkür ederim.

Dr. Hüseyin İLTER  
Genel Müdür

**Bilim Komisyonu üyeleri ile programlarda görev alan çalışanlar aşağıda soyadına göre alfabetik sırayla yer almaktadır.**

<b>Rehberi İlk Hazırlayan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Bilim Komisyonu</b>	<b>AÇSAP Genel Müdürlüğü Program Görevlileri</b>
Dr. Namık DEMİR	Dr. Şevki ÇELEN (Program sorumlu uzmanı)
Dr. Recep HAS	Dr. Ece ABAY
Dr. Acar KOÇ	Dr. İbrahim AÇIKALIN
Dr. Yakup KUMTEPE	Dr. Sibel BİLGİN
Dr. Tamer MUNGAN	Hem. Hacer BOZTOK
Dr. Lütfü ÖNDEROĞLU	Dr. Rukiye GÜL
Dr. Mustafa UĞUR	Dr. Mine İREZ
	Dr. Mehmet Rifat KÖSE (Genel Müdür)

<b>Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Revizyonu Bilim Komisyonu (2014)</b>	<b>Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Revizyonu Bilim Komisyonu (2018)</b>
Doç. Dr. Ömer KANDEMİR	Doç. Dr. Şevki ÇELEN
Uzm. Dr. Veli Dünder ONGUN	Doç. Dr. Nuri DANIŞMAN
Doç. Dr. Ferit SARAÇOĞLU	Prof. Dr. Özgür DEREN
Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN	Prof. Dr. Serdar DİLBAZ
Prof. Dr. Filiz Bilgin YANIK	Prof. Dr. Berna DİLBAZ
	Uzm Dr. Veli Dünder ONGUN
	Uzm.Dr.Sema SANISOĞLU
	Doç. Dr. Dilek ŞAHİN
	Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN
	Prof. Dr. Filiz Bilgin YANIK

<b>Yayın Komisyonu</b>	
Uzm. Dr. Hasan IRMAK	HSGM Yayın Komisyonu Başkanı
Doç. Dr. Nazan YARDIM	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanı
Dr. Kanuni KEKLİK	Göç Sağlığı Dairesi Başkanı
Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL	HSGM Erken Uyarı-Cevap ve Saha Epidemiyolojisi Dairesi Başkanlığı

<b>Yayın Koordinatörleri</b>	
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	HSGM Genel Müdür Yardımcısı
Uzm. Dr. Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanı
Uzm. Dr. Veli Dünder ONGUN	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Dr. Pınar KAPLANKIRAN	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı
T.Teknolog Seher DUMAN	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Ebe Hamide Gül KAMALAK	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı

# İÇİNDEKİLER

## A. BİRİNCİ İZLEM (İlk izlem)

1. İletişim .....	2
2. Öykü alma .....	2
3. Fizik muayene .....	6
4. Laboratuvar testleri .....	8
5. Gebeye verilecek ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler.....	10
6. Bilgilendirme ve danışmanlık .....	11
7. Sevk edilecek durumlar .....	13
8. Yapılan izlemin kayıt altına alınması .....	13

## B. İKİNCİ İZLEM

1. İletişim.....	16
2. Öykü alma .....	16
3. Fizik muayene .....	16
4. Laboratuvar testleri .....	17
5. Gebeye verilecek ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler.....	17
6. Bilgilendirme ve danışmanlık .....	18
7. Sevk edilecek durumlar .....	18
8. Yapılan izlemin kayıt altına alınması .....	18

## C. ÜÇÜNCÜ İZLEM

1. İletişim.....	21
2. Öykü alma .....	21
3. Fizik muayene .....	21
4. Laboratuvar testleri .....	22
5. Gebeye verilecek ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler.....	22

6. Bilgilendirme ve danışmanlık .....	23
7. Sevk edilecek durumlar .....	23
8. Yapılan izlemin kayıt altına alınması .....	23

#### **D. DÖRDÜNCÜ İZLEM**

1. İletişim.....	26
2. Öykü alma .....	26
3. Fizik muayene .....	26
4. Laboratuvar testleri .....	27
5. Gebeye verilecek ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler.....	27
6. Bilgilendirme ve danışmanlık .....	28
7. Sevk edilecek durumlar .....	28
8. Yapılan izlemin kayıt altına alınması .....	28

#### **EKLER**

Sevk kriterleri .....	29
Gebelikte risk değerlendirme formu .....	30-31-32-33
Gebelikte venöz tromboemboli yönetim algoritması .....	33-34-35
Gebelik ve lohusalıkta demir desteği akış şeması.....	36
Gebelik ve lohusalıkta D Vitamini desteği akış şeması .....	37
Doğurganlık çağı (15-49 Yaş) kadınlarda tetanoz aşısı takvimi .....	38
Serviks kanseri taramalarında HPV bazlı tarama programı sonuç süreci .....	39
Gebelik takibinde Hepatit B Yönetim Algoritması .....	40



# A. BİRİNCİ İZLEM (İlk İzlem)

**Gebeliğin İlk 14 haftası içerisinde yapınız ve izlem için 30 dakika zaman ayırınız.**

14. gebelik haftasından sonraki gebe tespitleri;

Gebelik haftasına bakılmaksızın “İlk İzlem” olarak değerlendirilir.

İlk izlemde yapılması gereken tüm prosedürler uygulanır.

Ek olarak; gebelik haftasına uygun izlem prosedürleri de yerine getirilir.

## 1. İLETİŞİM

Gebe ve varsa aile yakınlarını karşılayarak uygun iletişimi kurmak için aşağıdaki basamakları uygulayınız.

- Kendini tanıtmak
- Gebenin adını öğrenme ve kullanma
- Gerekli olumlu beden dilini kullanma
- İletişim için gerekli mesafeyi ayarlama
- Gebe ile yüz yüze olma, göz teması kurma
- Her aşamada soru sorabileceğini belirtme
- Gerekli mahremiyeti sağlama

## 2. ÖYKÜ ALMA

### 2.1. Kişisel bilgilerini alınız:

- T.C. Kimlik Numarası
- Yaş (Doğum tarihi)
- Adres ve telefon numarası
- Medeni hali
- Akraba evliliği/derecesi (Birinci derece akraba; kardeş çocukları arasında, ikinci derece akraba; kardeş torunları arasında)
- Yaşadığı ev tipi, büyüklüğü ve hane halkı sayısı
- Yaşadığı mekanın alt yapı koşulları; tuvalet, su kaynağı
- Yaşadığı mekanın elektrik ve ısınma kaynağı
- Eğitim düzeyi
- Ekonomik kaynakları (Kendi mesleği ve çalışma durumu, eşinin mesleği ve çalışma durumu)
- Yaşadığı yerin en yakın sağlık kuruluşuna uzaklığı ve ulaşım şartları
- Sosyal güvencesi

## 2.2. Soy geçmişini alınız:

- Kalıtsal hastalıkların (konjenital hastalıklar, kas hastalıkları, metabolik hastalıklar, endokrinolojik hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar vb.) varlığı.

## 2.3. Alışkanlıklarını sorgulayınız:

- Madde bağımlılığı (sigara, alkol, uyuşturucu)
- Toprak vb. yeme

## 2.4. Tıbbi öykü alınız:

- Kronik sistemik hastalıklar (epilepsi,diyabet, hipertansiyon, tiroid, kardiyovasküler hastalıklar, böbrek hastalıkları vb.)
- Venöz tromboemboli
- Geçirilmiş veya tedavisi sürmekte olan enfeksiyon hastalıkları (tüberküloz, brusella, paraziter hastalıklar, vb.)
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)
- Psikiyatrik hastalıklar
- Aile içi şiddet
- Kan transfüzyonu
- Talasemi taşıyıcılığı
- Hastaneye yatış öyküsü ve nedenleri
- Geçirilmiş jinekolojik operasyonlar (histerotomi, myomektomi vb.)
- Geçirilmiş diğer operasyonlar (apendektomi vb.)
- Anestezi problemleri
- İlaç allerjisi
- Sürekli kullanmak zorunda olduğu ilaçlar (antiepileptikler, antidiyabetikler, antihipertansifler vb.)
- Tetanoz toksoid immünizasyonu
- Rubella immünizasyonu

- Hepatit B immünizasyonu
- Serviks kanseri taraması
- HIV profilaksi veya tedavisi

## **2.5. Obstetrik ve üreme sağlığı öyküsü alınız.**

- Bu gebeliği dahil toplam gebelik sayısı (Gravida),
- Daha önceki doğum sayısı (Parite),
- Yaşayan çocuk sayısı,
- Son gebeliğin sonlanma tarihi ve şekli,
- İnfertilite hikayesi mevcut ise süresi, gördüğü tedaviler (IVF vb.),
- Önceden kullanılan gebelik önleyici yöntem.

### **Gebenin her gebeliği ile ilgili öyküsünü ve gebelik sonucunu aşağıdaki bilgilere göre irdeleyiniz:**

- o Doğum ağırlığı,
- o Cinsiyeti,
- o Prematür doğum,
- o Erken membran rüptürü,
- o Günaşımı,
- o Çoğul gebelik,
- o Tekrarlayan birinci trimester düşükleri,
- o Tekrarlayan ikinci trimester düşükleri,
- o Maternal komplikasyonlar (kanama, preeklampsi, eklampsi, gestasyonel diyabet, tromboemboli vb.)
- o Gebeliğin sonlanma şekli ve gebelik haftası (normal doğum, sezaryen, müdahaleli doğum, kendiliğinden düşük, isteyerek düşük, tıbbi endikasyonlu düşük, ektopik gebelik, mol gebeliği),
- o Doğumun nerede ve kim tarafından yaptırıldığı,

- o Doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar (plasentanın erken ayrılması, plasenta previa, prezentasyon anomalileri, uzamış doğum eylemi, omuz takılması, perine yırtıkları, masif kanama, plasentanın elle çıkarılması vb.),
- o Doğum sonrası yaşanan komplikasyonlar (kanama, sepsis, depresyon, meme absesi vb.),
- o Fetal komplikasyonlar (düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, makrozomi, resüsitasyon veya başka tedavi almış yenidoğan, kromozomal anomali veya malformasyon, hidrops fetalis vb.),
- o Ölü doğum ve nedenleri,
- o Bebek ölümü ve nedenleri,
- o Çocuk ölümü ve nedenleri,
- o Emzirme öyküsü ve süresi.

## 2.6. Mevcut gebelik öyküsünü alınız.

- Son adet tarihinin ilk günü (SAT),
- Son adet tarihini bilmiyorsa veya şüpheli ise mevcut ultrason raporları ile gebelik yaşının belirlenmesi,
- Adet düzeni,
- Tahmini doğum tarihi,
- Gebelikte değerlendirilmesi gereken yakınmalar (bulantı, kusma, toprak vb. yeme, sık idrara çıkma, meme hassasiyeti, kabızlık, mide yanması, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb.)
- Gebelikte tehlike işaretleri (vajinal kanama, yüksek ateş, karın ağrısı, baş ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi vb.),
- Gebelik öncesi ve gebelikte ilaç kullanımı,
- Gebelik öncesi ve gebelikte seyahat (sıtma, zika vb. açısından).

### 3. FİZİK MUAYENE

**Fizik muayenesini yapınız ve özellikle aşağıdaki bilgileri kaydediniz.**

- Gebenin boy ve kilosu [Vücut Kitle İndeksi (VKİ)  $<18.5 \text{ kg/m}^2$  veya  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  ise diyetisyene yönlendiriniz. VKİ'ye göre zayıf ve normal ağırlıktaki gebelerde ayda en fazla 2 kilo alımı, kilolu ve obez olan gebelerde ise en fazla 1 kilo alımı önerilmektedir.]

**Tablo: VKİ'ye Göre Gebelikte İdeal Kilo Alımı**

Gebelik Öncesi VKİ Vücut Ağırlığı (kg) / Boy <sup>2</sup> (m <sup>2</sup> )	Gebelik Boyunca Alınabilecek Toplam Kilo	2.ve 3.Trimesterde Haftada Alınabilecek Kilo
Zayıf ( $<18.5 \text{ kg/m}^2$ )	12.5-18	0.51 (0.44-0.58)
Normal ( $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$ )	11.5-16	0.42 (0.35-0.50)
Kilolu ( $25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$ )	7-11.5	0.28 (0.23-0.33)
Obez ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ )	5-9	0.22 (0.17-0.27)

- Kan basıncı (sistolik 140 mmHg ve/veya diastolik 90 mmHg ve üzeri değerler gebelikte yüksek tansiyon olarak kabul edilir ve kadın doğum uzmanına sevk gerektirir. Sistolik 160 mmHg ve/veya diastolik 110 mmHg ve üzeri değerlerde ise 15 dakika sonra ölçümü tekrarlayınız, hala yüksek ise 'Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi Hipertansiyon Tedavi Algoritmasına' göre tedavi başlayarak 112 ile sevk ediniz.
- Nabız ( $<60$  atım/dakika veya  $>100$  atım/dakika ise değerlendiriniz),
- Anemi bulguları,
- Göğüs ve kalp oskültasyonu,
- Pretibial ödem ve varis,
- Gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uyumu,

- Semptomatik CYBE bulgusu,
- Fetus kalp atımı (Fetal kalp atımı sayısı dakikada 120-160 aralığındadır. El doppleri ile 12.haftadan itibaren duyulabilir.),
- Hastalıklara özgü diğer tehlike işaretleri (döküntü, peteşi, kaşıntı izleri, sarılık vb.). Fizik muayeneden sonra gebenin risk değerlendirmesini forma göre yapınız. (*Bakınız: Gebelikte Risk Değerlendirme Formu, Sayfa: 31*) Saptanan riske göre uzman görüşü alınarak izlem sayısı ve izlemin nerede, nasıl yapılacağı konusunda karar veriniz.
- o Preeklampsi risk faktörlerine göre 12-35.haftalarda aspirin profilaksisi başlayınız.

**Tablo: Preeklampsi Öngörüsü İçin Risk Faktörleri**

Majör Risk Faktörleri	Minör Risk Faktörleri
Önceki gebeliklerde hipertansif hastalık	İlk gebelik
Kronik böbrek hastalığı	yaş≥40 yaş
Otoimmün hastalıklar (SLE ya da AFS)	10 yıldan fazla gebelik aralığı
Tip 1 ya da Tip 2 DM	VKİ≥35 kg/m <sup>2</sup>
Kronik hipertansiyon	Ailede preeklampsi öyküsü
	Çoğul gebelik

Majör risk faktörlerinden en az bir, minor risk faktörlerinden en az 2 tanesinin varlığında bir kontrendikasyon yoksa 12-35. gebelik haftalarında 80 mg/gün Aspirin veriniz.

- o Gebeleri venöz tromboemboli risk faktörleri açısından değerlendiriniz. Gerekiyorsa tromboproflaksi başlayınız (*VTE Risk Faktörü: Gebelikte Venöz Tromboemboli Risk Değerlendirme Formu, Sayfa: 33*).
- o Gebelikte sistemik hastalık varlığında hastayı değerlendiriniz ve gerekli konsültasyonları yaptırınız (*Bakınız: Risk değerlendirme, Sayfa: 30*).

## 4. LABORATUVAR TESTLERİ

### 4.1. Tam İdrar Tahlili ve İdrar Kültürü

İdrar kültüründe asemptomatik bakteriüri tespit edilirse tedavi başlanır.

### 4.2. Kan tetkiki:

- Tam kan sayımına bakınız. Mikrositer anemi mevcut ise (Hb < 11 gr/dL ve MCV (ortalama eritrosit hacmi) <80 fL) demir tedavisi başlayınız.2-4 hafta sonra kontrol ediniz. Hemoglobin yükselmez ise sevk ediniz. (*Bakınız: Gebelik ve Lohusalıkta Demir Desteği Akış Şeması, Sayfa:36*) Demir eksikliği olmayan gebede MCV<80 fL ise talasemi taramasına yönlendiriniz.
- Aşılanmış olsa dahi HBsAg bakınız.(*Bakınız: Gebe Takibinde Viral Hepatit B Yönetim Algoritması, Sayfa;40*)
- Kan grubu tayini: Gebenin ve eşinin kan grubuna bakınız. Anne Rh (-), baba Rh (+) ise indirekt coombs testinin yapılmasını sağlayınız. İndirekt coombs testi sonucu (-) olanları 28.haftada tekrarlayınız, (+) olanları üst basamağa sevk ediniz.
- Sifiliz taraması yapınız.
- Gebenin bilgi ve onayı dahilinde HIV testi yapınız.
- TSH bakınız.

### GEBELİKTE TSH DEĞERLENDİRMESİ

	TSH (Alt Sınır)	TSH (Üst Sınır)
1. TRİMESTR	0.1 mIU/L	2.5 mIU/L
2. TRİMESTR	0.2 mIU/L	3 mIU/L
3.TRİMESTR	0.3 mIU/L	3 mIU/L



### 4.3 Diğer muayene ve testler:

- Gebe gestasyonel diyabet açısından risk grubunda ise, riskli gebelik [makrozomik doğum öyküsü ( $\geq 4500$  g), gestasyonel diyabet öyküsü, VKİ  $\geq 30$ kg/m<sup>2</sup>, birinci derece yakınlarında diyabet öyküsü, bilinen bozulmuş glukoz toleransı (PKOS vb)] durumu, hipertansiyon, kardiyovasküler sistem hastalığı varsa kan şekeri bakınız. (AKŞ  $\geq 126$ /dl veya rastgele bakılan kan şekeri  $\geq 200$  mg/dl ise aşikar diyabet tanısı konulur.) Bu değerlerin altında ise 75 gr oral glukoz tanı testinin (OGTT) yapılmasını sağlayınız. (Bakınız: *Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi, Sayfa 53-54*).
- Test sonuçları negatif ise gebeliğin 24-28. haftalar arasında 75 gr oral glukoz tanı testini tekrarlayınız.
- Fetal anomaliler ve kromozomal anopluidi tarama testleri ve USG incelemeleri hakkında bilgilendiriniz.
  - ◆ 11-14. haftalar arasında ultrasonografi ile ense saydamlılığı ve kombine test,
  - ◆ 16-20. haftalar arasında maternal serum AFP,
  - ◆ 16-20. haftalar arasında üçlü/dörtlü test (kombine test yapılmamışsa) ,
  - ◆ 18-22. haftalar arasında ultrasonografi ile fetal anomali taraması.
- Gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler sağlık kuruluşunda yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendiriniz.

## 5. GEBEYE VERİLECEK İLAÇ DESTEĞİ, BAĞIŞIKLAMA VE TEDAVİLER

- Anemi tespit edildiğinde tedavi dozunda demir başlayınız. *(Bakınız: Gebelik ve Lohusalıkta Demir Desteği Akış Şeması, Sayfa:36)*
- Anemi yoksa 16.gebelik haftasından itibaren demir desteğine başlayınız. *(Bakınız: Gebelik ve Lohusalıkta Demir Desteği Akış Şeması,Sayfa:36)*
- Gebelik planlayan her kadının gebelikten en az 1 ay önce başlamak üzere 400-800 mikrogr/gün folik asit kullanması uygundur. Nöral tüp defekti açısından yüksek riskli gruplarda (antiepileptik ilaç kullananlar, nöral tüp defektli gebelik öyküsü olanlar, diyabet, obezite vb.) nöral tüp defektinin önlenmesi amacıyla gebelikten 3 ay önce başlanan yüksek doz (4mg/gün) folik asit kullanımına gebeliğin 12. haftasına kadar devam edilir.
- 12. Haftadan itibaren 1200 IU (9 damla) günlük tek doz D Vitamini Preparatı başlayınız. D Vitaminin en önemli kaynağının güneş ışığı olduğu konusunda gebeyi bilgilendiriniz.*(Bakınız: Gebelik ve Lohusalıkta D Vitamini Desteği Akış Şeması, Sayfa:37)*
- Tetanoz bağışıklaması sorgulayınız gerekiyorsa tetanoz toksoid aşısını yapınız. (Tetanoz bağışıklaması 12. haftadan itibaren yapılabilir. Gebenin geç tespit edilmesi halinde aşının ilk dozunu yapınız ve aşı takvimine uygun olarak diğer dozları uygulayınız). *(Bakınız: Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) / Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi, Sayfa: 38)*
- Hepatit B enfeksiyonuna karşı bağışık değilse bağışıklanmasını öneriniz. *(Bakınız: Gebe Takibinde Viral Hepatit B Yönetim Algoritması, Sayfa:40)*
- Gebeye grip sezonunda (Eylül-Nisan aylarında) grip aşısı yaptırmasını öneriniz.

## **6. BİLGİLENDİRME VE DANIŞMANLIK**

### **6.1. Gebeyi bilgilendirme konuları:**

- Yorgunluk
- Bulantı ve kusma
- Sık idrara çıkma
- Baş dönmesi
- Varis ve hemoroid
- Kabızlık
- Mide yanması
- Bacaklarda kramplar
- Nefes darlığı
- Çarpıntı
- Ciltteki değişiklikler
- Memelerde hassasiyet
- Vajinal akıntı
- Meme başındaki glandlarda belirginleşme
- Kolostrum salınımı
- Aşırı tükürük salgılanması
- Toprak vb.yeme

### **6.2. Gebeye verilecek danışmanlık konuları:**

- Beslenme, diyet, kilo alımı
- Çevresel koşullar
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Seyahat
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı

- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı
- Gebelikte Bağışıklama: Tetanoz, Hepatit B ve İnfluenza
- Gebelikte tehlike işaretleri:
  - ◆ Şiddetli bulantı kusma
  - ◆ Vajinal kanama
  - ◆ Konvülsiyon
  - ◆ Şiddetli Baş ağrısı
  - ◆ Görmede bulanıklık
  - ◆ Ateş
  - ◆ Günlük aktivitelerini yerine getirememe
  - ◆ Karın ağrısı
  - ◆ Solunum güçlüğü veya sık solunum
  - ◆ Yüz, el ve bacaklarda şişme
  - ◆ Bebek hareketlerinde azalma
  - ◆ Su gelmesi
  - ◆ Nedeni açıklanamayan cilt kaşıntısı

**6.3. Gebeyi gebe bilgilendirme sınıfına yönlendiriniz.**

**6.4. Gebe ve ailesini, acil durumlarda izleyecekleri yöntem konusunda bilgilendiriniz.**

**6.5. Duygusal ve sosyal açıdan değerlendirip destekleyerek gerektiğinde ilgili birime yönlendiriniz.**

## 7. SEVK EDİLECEK DURUMLAR:

- Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilmiş ise, mutlaka Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilme-lidir.
- Uzman hekimin değerlendirmesi ve önerisi doğrultusunda izlemlere birinci veya ikinci basamakta devam edilir.
- Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürölür, gerekirse izlem sayısı arttırılır.
- İzlem ikinci basamakta devam edecek ise; gebeye yapılan müdahaleler ve izlem konusunda birinci basamağın bilgi- lendirmesi için danışmanlık verilir.
- Sevk edilen vakaların sevk edilen kuruluşa gidip gitmediği mutlaka takip edilmelidir.
- İkinci basamak sağlık kuruluşlarında yukarıdaki durumlara her biri için ayırıcı tanı yapılarak tedavinin planlanması gereklidir.
- Riskli durumlar değerlendirilerek gebenin hangi kuruluşta izleneceğine karar verilir.

## 8. YAPILAN İZLEMİN KAYIT ALTINA ALINMASI

- ◆ Gebeye yapılan tüm işlemleri kayıt altına alınız.Önerilere rağmen reddettiği işlemlerin de gebenin imzası ile kayıt altına alınmasını sağlayınız.
- ◆ Sağlık kuruluşunun telefon numarası, izlem yapan kişinin adı-soyadı ve bir sonraki izlem tarihinin yazıldığı randevu kartını veriniz.



# B. İKİNCİ İZLEM (18 – 24. hafta)

Gebeliğin 18-24 haftaları arasında yapınız ve izlem için 20 dakika zaman ayırınız.



## 1. İLETİŞİM

- Birinci izlemdeki iletişim basmaklarını uygulayınız.

## 2. ÖYKÜ ALMA

- Birinci izlemde kayıt edilen kişisel bilgileri, soy geçmişi, alışkanlıkları, tıbbi öyküsünü, obstetrik öyküsünü ve mevcut gebelik öyküsünü gözden geçiriniz.

### 2.1. Mevcut gebelik öyküsünü alınız.

- Alışkanlıkları yeniden sorunuz. (Sigara, alkol, madde bağımlılığı vb.)
- Birinci izlemden sonra gelişen gebelik yakınmalarını sorunuz (Bacaklarda kramp vb.).
- Birinci izlemden sonra gelişen gebelikte tehlike işaretlerinin varlığını sorunuz.
- Demir ve diğer ilaç kullanımını sorunuz, kayıt ediniz. Destek tedavilerinin devamını sağlayınız.

## 3. FİZİK MUAYENE

- Birinci izlemde yapılan fizik muayeneyi tekrar uygulayınız.
- Kilo alımını ve VTE risk faktörlerini değerlendiriniz. Risk değerlendirme formunu doldurunuz. (*Bakınız: Gebelikte Kilo Alım Tablosu, Sayfa: 6*), (*Gebelikte Venöz Tromboemboli Risk Değerlendirme Formu, Sayfa: 33, 34, 35*)
- Gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uyumunu kontrol ediniz. [Uterus yüksekliğinin (fundus-pubis mesafesi) beklenen haftaya göre büyük veya küçük olması ( $\pm 4$  cm fark) durumunda sevk edilmelidir.]



## 4. LABORATUVAR TESTLERİ

### 4.1. Tam İdrar tahlili ve idrar kültürü

- Tam idrar tahlilini tekrar yapınız. İlk izlemde yapılmadı ise idrar kültürünü yaptırınız.

### 4.2. Kan tetkiki, Diğer muayene ve testler

- Birinci izlemde yapılan kan tetkiklerinin, diğer muayene ve testlerin sonuçlarını gözden geçiriniz. Tam kan sayımını tekrarlayınız.
- Yüksek risk grubuna girmeyen tüm gebelere 24-28. haftaları arasında 50 gr oral glukoz tarama testinin yapılmasını sağlayınız (*Bakınız: Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi, Sayfa:53,54*).
- Nöral tüp defekti taraması amaçlı maternal serum alfa fetoprotein bakılmasını sağlayınız.
- Obstetrik ultrasonografi yapılmasını sağlayınız (fetus sayısı, fetal kalp atımı, fetal biometrik ölçümler, plasenta lokalizasyonu, amniyotik sıvı miktarı değerlendirilir).
  - o Özellikle geçirilmiş uterin cerrahisi olan olguların plasenta yapışma anomalileri açısından değerlendirilmesi önemlidir.
  - o Erken doğum öyküsü olan gebelerde transvaginal ultrasonografi ile servikal uzunluk bakılmasını sağlayınız.

## 5. GEBEYE VERİLECEK İLAÇ DESTEĞİ, BAĞIŞIKLAMA VE TEDAVİLER

- Birinci izlemdeki gebeye verilecek olan ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler bölümünü gözden geçiriniz.
- Birinci izlemde önerilen gebelere demir ve D vitamini desteği başlanmamışsa başlayınız. Başlanmışsa devamlılığını

sağlayınız (*Bakınız: Gebelik ve Lohusalıkta Demir Desteği Akış Şeması, Sayfa: 36*), (*Gebelik ve Lohusalıkta D Vitamini Desteği Akış Şeması, Sayfa: 37*) ve tetanoz bağışıklaması gerekiyorsa yapınız. (*Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi, Sayfa: 38*).

## 6. BİLGİLENDİRME VE DANIŞMANLIK

- Birinci izlemde bilgilendirme ve danışmanlık başlığı altında yer alan konularla ilgili danışmanlık yapınız. Ayrıca, aşağıdaki konular ile ilgili de danışmanlık veriniz.
  - ◆ Fetus hareketlerinin hissedilmemesi,
  - ◆ Hızlı kilo alımı,
  - ◆ Gebelikte tehlike işaretleri.

## 7. SEVK EDİLECEK DURUMLAR

- Birinci izlemde sevk edilecek durumlar başlığı altında yer alan konuları tekrar gözden geçiriniz, bu izlemde sevk gerektiren durum söz konusu ise gebenin uygun şekilde sevkini sağlayınız (*Bakınız: Sevk Kriterleri, Sayfa: 29*).

## 8. YAPILAN İZLEMİN KAYIT ALTINA ALINMASI

- Gebeye yapılan tüm işlemleri kayıt altına alınız. Önerilere rağmen reddettiği işlemlerin de gebenin imzası ile kayıt altına alınmasını sağlayınız.
- Sağlık kuruluşunun telefon numarası, izlem yapan kişinin adı-soyadı ve bir sonraki izlem tarihinin yazıldığı randevu kartını veriniz.

# C. ÜÇÜNCÜ İZLEM (24 – 28. hafta)

Gebeliğin 24-28. haftaları  
arasında yapınız ve izlem için 20  
dakika zaman ayırınız.





## 1. İLETİŞİM

- Birinci izlemdaki iletişim basamaklarının uygulayınız.

## 2. ÖYKÜ ALMA

- Birinci izlemda kayıt edilen Kişisel Bilgileri, Soy Geçmişi, Alışkanlıkları, Tıbbi, Obstetrik ve Mevcut Gebelik Öyküsünü gözden geçiriniz.

### 2.1. Mevcut gebelik öyküsünü alınız.

- Alışkanlıkları yeniden sorunuz. (sigara, alkol, madde bağımlılığı)
- İkinci izlemden sonra gelişen gebelik yakınmalarını sorunuz. (Bacaklarda kramp gibi)
- İkinci izlemden sonra gelişen gebelikte tehlike işaretlerinin varlığını sorunuz.
- Demir ve diğer ilaç kullanımını sorunuz, kayıt ediniz. Destek tedavilerinin devamını sağlayınız.

## 3. FİZİK MUAYENE

- Birinci izlemda yapılan fizik muayeneyi tekrar uygulayınız.
- Kilo alımını ve VTE risk faktörlerini değerlendiriniz. Risk değerlendirme formunu doldurunuz (*Bakınız: Gebelikte Kilo Alım Tablosu, Sayfa: 6*), (*VTE Risk Faktörü: Gebelikte Venöz Tromboemboli Risk Değerlendirme Formu Sayfa: 33, 34, 35*).
- Gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uyumunu kontrol ediniz. [Uterus yüksekliğinin (fundus-pubis mesafesi) beklenen haftaya göre büyük veya küçük olması ( $\pm 4$  cm fark) durumunda sevk edilmelidir.]

- Yaygın ödem kontrolünü yapınız. (Gebeliğin son aylarında ayaklarda hidrostatik basınca bağlı olarak ödem ortaya çıkabilir. Vücudun üst kısmında (eller, göz kapakları) ödem gözlenmesi preeklampsinin ilk belirtisi olabilir.).

## 4. LABORATUVAR TESTLERİ

### 4.1. Tam İdrar tahlili

- Tam İdrar tahlilini tekrarlayınız.

### 4.2. Kan tetkiki

- Önceki izlemlerde yapılan kan tetkiklerinin sonuçlarını gözden geçiriniz. Tam kan sayımı yaptırınız. Rh uygunsuzluğu varsa indirek coombs testinin yapılmasını sağlayınız. İndirek coombs negatif ise anti-D immunglobulin yaptırınız.

### 4.3. Diğer muayene ve testler

- Önceki izlemlerde yapılan diğer muayene ve testlerin sonuçlarını gözden geçiriniz.

## 5. GEBEYE VERİLECEK İLAÇ DESTEĞİ, BAĞIŞIKLAMA VE TEDAVİLER

- Birinci izlemdeki gebeye verilecek olan ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler bölümünü gözden geçiriniz.
- Birinci izlemden önerilen gebelere demir ve D vitamini desteği başlanmamışsa başlayınız. Başlanmışsa devamını sağlayınız (*Bakınız: Gebelik ve Lohusalıkta Demir Desteği Akış Şeması, Sayfa: 36*), (*Gebelik ve Lohusalıkta D Vitamini Desteği Akış Şeması, Sayfa: 37*) Tetanoz bağışıklaması gerekiyorsa yapınız. (*Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşısı Takvimi, Sayfa:38*).

## 6. BİLGİLENDİRME VE DANIŞMANLIK

- Birinci izlemde bilgilendirme ve danışmanlık başlığı altında yer alan konularla ilgili, ayrıca aşağıdaki konular ile ilgili de danışmanlık yapınız.
  - ◆ Fetus hareketlerinin hissedilmemesi
  - ◆ Hızlı kilo alımı
  - ◆ Doğum eylemi ve doğum
  - ◆ Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağına planlanması
  - ◆ Emzirme ve anne sütünün önemi
  - ◆ Postpartum üreme sağlığı yöntem danışmanlığı

## 7. SEVK EDİLECEK DURUMLAR

- Birinci izlemde sevk edilecek durumlar başlığı altında yer alan konuları tekrar gözden geçirin; bu izlemde sevk gerektiren durum söz konusu ise gebenin uygun şekilde sevkini sağlayınız (*Bakınız: Sevk Kriterleri, Sayfa: 29*).

## 8. YAPILAN İZLEMİN KAYIT ALTINA ALINMASI

- Gebeye yapılan tüm işlemleri kayıt altına alınız. Önerilere rağmen reddettiği işlemlerin de gebenin imzası ile kayıt altına alınmasını sağlayınız.
- Sağlık kuruluşunun telefon numarası, izlem yapan kişinin adı-soyadı ve bir sonraki izlem tarihinin yazıldığı randevu kartını veriniz.





# D. DÖRDÜNCÜ İZLEM

## (36 – 38. hafta)

Gebeliğin 36-38. haftaları arasında yapınız ve izlem için 20 dakika zaman ayırınız.



## 1. İLETİŞİM

- Birinci izlemdeki iletişim basamaklarını uygulayınız.

## 2. ÖYKÜ ALMA

- Birinci izlemde kayıt edilen Kişisel Bilgileri, Soy Geçmişi, Alışkanlıkları, Tıbbi, Obstetrik ve Mevcut Gebelik Öyküsünü gözden geçiriniz.

### 2.1. Mevcut gebelik öyküsünü alınız.

- Alışkanlıkları yeniden sorunuz (sigara, alkol, madde bağımlılığı).
- Üçüncü izlemden sonra gelişen gebelik yakınmalarını sorunuz (Bacaklarda kramp vb.).
- Üçüncü izlemden sonra gelişen gebelikte tehlike işaretlerinin varlığını sorunuz.
- Demir ve diğer ilaç kullanımını sorunuz, kayıt ediniz. Destek tedavilerinin devamlılığını sağlayınız.

## 3. FİZİK MUAYENE

- Birinci izlemde yapılan fizik muayeneyi tekrar uygulayınız.
- Kilo alımını ve VTE risk faktörlerini değerlendiriniz. Risk değerlendirme formunu doldurunuz (*Bakınız: Gebelikte Kilo Alım Tablosu, Sayfa: 6*), (*VTE Risk Faktörü: Gebelikte Venöz Tromboemboli Risk Değerlendirme Formu, Sayfa: 33, 34, 35*).
- Gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uyumsuzluğu [Uterus yüksekliğinin (fundus-pubis mesafesi) beklenen haftaya göre büyük veya küçük olması ( $\pm 4$  cm fark)] durumunda sevk edilmelidir.

- ◆ Yaygın ödem kontrolünü yapınız. (Gebeliğin son aylarında ayaklarda hidrostatik basınca bağlı olarak ödem ortaya çıkabilir. Vücudun üst kısmında (eller, göz kapakları) ödem gözlenmesi preeklampsinin ilk belirtisi olabilir.)
- ◆ Emzirmeye yönelik meme muayenesi yapınız.
- ◆ Özellikle prezente olan kısmın belirlenmesine yönelik obstetrik değerlendirme yapınız.

## 4. LABORATUVAR TESTLERİ

### 4.1. Tam İdrar tahlili

- Tam İdrar tahlili yapınız.

### 4.2. Kan tetkiki

- Önceki izlemlerde yapılan kan tetkiklerinin sonuçlarını gözden geçiriniz. Tam kan sayımı yapınız.

### 4.3. Diğer muayene ve testler

- Önceki izlemlerde yapılan diğer muayene ve testlerin sonuçlarını gözden geçiriniz.

## 5. GEBEYE VERİLECEK İLAÇ DESTEĞİ, BAĞIŞIKLAMA VE TEDAVİLER

- Birinci izlemdaki gebeye verilecek olan ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler bölümünü gözden geçiriniz.
- Birinci izlemden önerilen gebelere demir ve D vitamini desteği başlanmamışsa başlayınız, başlanmışsa devamını sağlayınız. *Bakınız: Gebelik ve Lohusalıkta Demir Desteği Akış Şeması, Sayfa:36), (Gebelik ve Lohusalıkta D Vitamini Desteği Akış Şeması, Sayfa: 37) Tetanoz bağışıklaması gerekiyorsa yapınız. (Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi, Sayfa: 38).*

## 6. BİLGİLENDİRME VE DANIŞMANLIK

- Birinci izlemde bilgilendirme ve danışmanlık başlığı altında yer alan konularla ilgili danışmanlık yapınız. Ayrıca, aşağıdaki konular ile ilgili de danışmanlık veriniz.
  - ◆ Fetus hareketlerinin hissedilmemesi
  - ◆ Hızlı kilo alımı
  - ◆ Doğum eylemi ve doğum
  - ◆ Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağıının planlanması
  - ◆ Anne sütü ve emzirme
  - ◆ Postpartum üreme sağlığı yöntem danışmanlığı

## 7. SEVK EDİLECEK DURUMLAR

- Birinci izlemde sevk edilecek durumlar başlığı altında yer alan konuları tekrar gözden geçiriniz, bu izlemde sevk gerektiren durum söz konusu ise gebenin uygun şekilde sevkini sağlayınız. Ayrıca, prezentasyon anomalisi şüphesi durumunda da sevki gerçekleştiriniz.

## 8. YAPILAN İZLEMİN KAYIT ALTINA ALINMASI

- Gebeye yapılan tüm işlemleri kayıt altına alınız. Önerilere rağmen reddettiği işlemlerin de gebenin imzası ile kayıt altına alınmasını sağlayınız.
- Sağlık kuruluşunun telefon numarası, izlem yapan kişinin adı-soyadı ve bir sonraki izlem tarihinin yazıldığı randevu kartını veriniz.

## SEVK KRİTERLERİ

**Aşağıdaki durumlardan herhangi birinin varlığında anneyi acilen sevk ediniz.**

1. Ani veya yoğun kan kaybı veya taşikardi, hipotansiyon, hipoperfüzyon dahil şok işaret ve bulguları ile beraber vajinal akıntı ve şuur düzeyinde oluşan değişiklikler mevcut ise,
2. Sistolik 160 mmHg ve/veya diastolik 110 mmHg ve üzeri değerlerde ise 15 dakika sonra ölçümü tekrarlayınız hala yüksek ise; kan basıncı 140/ 90 mmHg'nin üzerinde ve preeklampsinin diğer bulguları eşlik ediyorsa veya 4 saat içerisinde kan basıncı 140/90 mmHg'nin altına düşürülemiyorsa,
3. Konvülsiyon mevcut ise,
4. Ciddi karın ağrısı ve/veya peritoneal irritasyon bulguları varsa,
5. Solunum güçlüğü ve hızlı solunum mevcut ise,
6. Şiddetli veya sürekli baş ağrısı, bulanık görme varsa,
7. İki ölçümde ateş 38°C'nin üstündeysen veya enfeksiyonu düşündüren diğer işaret ve bulgular varsa,
8. Baldır ağrısı, kızarıklık veya şişme mevcut ise,
9. Nefes darlığı veya göğüs ağrısından şikâyet ediyorsa,
10. Ciddi anemi (Hemoglobin 7 gr/dL ve altında) bulguları varsa,
11. Sürekli idrar kaçırma veya fekal inkontinans.

## GEBELİKTE RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

### A- Tıbbi Öykü:

1. Kardiyovasküler Hastalıklar: Akut Romatizmal Ateş, Aritmi, Konjenital Kalp Hastalıkları, Kardiyomiyopati vb.
2. Jinekolojik Hastalıklar: Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon vb.
3. Diabetes Mellitus
4. Diğer Endokrin Hastalıklar: Hipotroidi, Hipertroidi, Guatr, Hiperlipidemi vb.
5. Epilepsi
6. Diğer Nörolojik ve Serebrovasküler Hastalıklar: Multipl Skleroz, Anevrizma vb.
7. Psikiyatrik Hastalıklar: Şizofreni, Depresyon vb.
8. Kronik Hipertansiyon
9. Solunum Sistemi Hastalıkları: Astım, KOAH vb.
10. Renal Hastalıklar: Pyelonefrit, Nefrotik Sendrom, Kronik Böbrek Yetmezliği vb.
11. Hematolojik Hastalıklar: Orak Hücreli Anemi, Talasemi, Koagülasyon Bozukluğu vb.
12. Enfeksiyon Hastalıkları: Tüberküloz, Sıtma, HBV, HCV, HIV, vb.
13. Romatolojik Hastalıklar: Sistemik Lupus Eritematozus vb.
14. Venöz Tromboemboli
15. Neoplazmlar
16. Kalıtsal Hastalıklar: Konjenital Hastalıklar, Kas Hastalıkları, Metabolik Hastalıklar vb.
17. Ortopedik Bozukluk: Doğuştan kalça çıkıklığı, Skolyoz vb.
18. Akraba Evliliği
19. İlaç Kullanımı ve Zararlı Madde Bağımlılığı: Sigara, Alkol vb.
20. Düşük Sosyoekonomik Durum: İlgili birimlere yönlendiriniz.

## **B- Obstetrik Öykü:**

1. Geçirilmiş Uterin Cerrahi: Sezaryen, Myomektomi, Metroplastisi, Septum Rezeksiyonu vb.
2. Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon
3. Tekrarlayan Düşük: 3 ve Üzeri
4. Düşük Doğum Ağırlığı 2500gr.↓
5. Makrozomik Bebek 4000gr.↑
6. Ölü Doğum
7. Eklampsi-Preeklampsi
8. Erken Doğum
9. Günaşımı
10. Anomalili Bebek
11. Gestasyonel Diyabet
12. Venöz Tromboemboli
13. Ektopik Gebelik
14. Rh/rh Uygunsuzluğu
15. Antepartum Kanama
16. Zor ve Müdahaleli Doğum
17. Plasenta Previa
18. Plasenta Dekolmanı
19. Postpartum Kanama
20. Yeni Doğan Ölümü

## **C- Mevcut Gebeliğin Değerlendirilmesi:**

1. 18 Yaş Altı
2. 35 Yaş Üstü
3. Rh/rh Uygunsuzluğu
4. Çoğul Gebelik
5. İki Yıldan Sık Gebelik

6. Sigara, Alkol Kullanımı ve Madde Kullanım
7. Grandmultiparite: 5 ve üzeri doğum
8. Gestasyonel Diyabet
9. Plasenta Previa
10. Venöz Tromboemboli
11. Varis
12. Polihidramnios-Oligohidramnios
13. Anomalili Fetüs
14. Servikal Yetmezlik
15. Vajinal Kanama
16. Preeklampsi-Eklampsi
17. Gebelikte Cerrahi Müdahale Geçirilmesi: Appendektomi vb.
18. Yatış Gerektiren Hiperemezis Gravidarum
19. Preterm Eylem
20. Gebelikte Travma Geçirilmesi
21. Şiddetli Enfeksiyon
22. Ciddi Anemi: Hb<7 gr/dL
23. Preterm Erken Membran Ruptürü
24. Vücut Kütle İndeksi >30kg/m<sup>2</sup>
25. Vücut Kütle İndeksi <18kg/m<sup>2</sup>
26. İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebelik
27. Anormal HPV ve PAP Smear Taraması
28. Tekrarlayan Sistit
29. İntrauterin Gelişme Geriliği
30. Gestasyonel haftası ile uterus büyüklüğünün uygunsuzluğu
31. 10-12. haftalardan itibaren el Doppleri, 16-20. haftadan itibaren fetal steteskop ile fetal kalp seslerinin duyulmaması.  
20. haftadan sonra gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi
32. Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon



*Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, mutlaka Kadın Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilir.*

*Uzman hekimin değerlendirmesi ve önerisi doğrultusunda izlemler, birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir.*

*Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı artırılır.*

*Düşük sosyoekonomik durum varlığında;*

*Toplum Sağlığı Merkezi /Halk Sağlığı Müdürlüğü ile irtibata geçiniz.*

*Risk değerlendirme formu: Sevk kriterlerinin bir parçasıdır.*

*Bu riskli durumlardan herhangi biri gebede yoksa da;*

*Gebelik süresi içerisinde sevki gerektiren bir komplikasyon yaşanabilir.*

## **VENÖZ TROMBOEMBOLİ (VTE) İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ:**

- Antenatal dönemde toplam puan  $\geq 4$  ise 1.trimesterden itibaren tromboprofilaksi önerilir.
- Antenatal dönemde toplam puan 3 ise 28. gebelik haftasından itibaren tromboprofilaksi önerilir.
- Postnatal dönemde toplam puan  $\geq 2$  en az 10 gün süreyle tromboprofilaksi önerilir.
- Antenatal dönemde hastaneye yatış durumunda tromboprofilaksi önerilir.
- Puerperium döneminde hastanede uzun yatış ( $\geq 3$  gün) veya tekrar hastaneye yatış durumunda tromboprofilaksi önerilir.
- Kanama riski olan hastalarda kanama ve tromboz riski dengesi hematoloji uzmanı ile tartışılmalıdır.

<b>Venöz Tromboemboli (VTE) için Risk Faktörleri Puanlaması</b>	<b>Puan</b>
<b>Mevcut olan risk faktörleri</b>	
Major cerrahiyle ilgisi olmayan geçirilmiş VTE öyküsü	4
Major cerrahi sonrası VTE öyküsü	3
Bilinen yüksek riskli trombofili*	3
Medikal eşlik eden hastalıklar (kanser, kalp yetmezliği, aktif SLE, aktif inflamatuvar barsak hast ve aktif inflamatuvar poliartropati gibi inflamatuvar hastalıklar, nefrotik sendrom, nefropatili Tip 1 DM, orak hücre hastalığı, mevcut intravenöz ilaç bağımlılığı)	3
1.derece akrabada tetiklenmemiş ya da östrojen ilişkili VTE	1
VTE olmaksızın bilinen düşük riskli trombofili varlığı	1
> 35 yaş	1
Obezite; Gebelik başlangıcı vücut kitle indeksi $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup>	1
Obezite; Gebelik başlangıcı vücut kitle indeksi $\geq 40$ /kg/m <sup>2</sup>	2
Parite $\geq 3$	1
Sigara içiciliği (> 10 adet / gün)	1
Büyük variköz ven varlığı	1
<b>Obstetrik Risk Faktörleri</b>	
Mevcut gebelikte preeklampsi varlığı	1
Üremeye Yardımcı Teknolojiler / in vitro fertilizasyon (sadece antenatal)	1
Çoğul gebelik	1
Eylemde sezaryen ile doğum	2
Elektif sezaryen ile doğum	1
Orta pelvis ya da rotasyonel operatif doğum	
Uzamış eylem (>24 saat)	1
Postpartum kanama (>1 lt veya transfüzyon ihtiyacı)	1
Mevcut gebelikte preterm doğum (<37 <sup>+0</sup> hafta)	1
Mevcut gebelikte ölü doğum	1

### Geçici Risk Faktörleri

Gebelikte veya lohusalıkta epizyotomi hariç herhangi bir cerrahi müdahale (örn, appendektomi, postpartum sterilizasyon)	3
Hiperemezis Gravidarum	3
Ovarian Hiperstimulasyon Sendromu (sadece 1.trimester)	4
Mevcut sistemik enfeksiyon	1
İmmobilizasyon ( $\geq 3$ gün), dehidratasyon	1
Uzun mesafeli yolculuk ( $> 4$ saat)	1

\* Yüksek riskli trombofili:

- Antitrombin eksikliği,
- Protein C ya da S eksikliği,
- Birden çok düşük riskli trombofili varlığı
- Homozigot düşük riskli trombofili varlığı

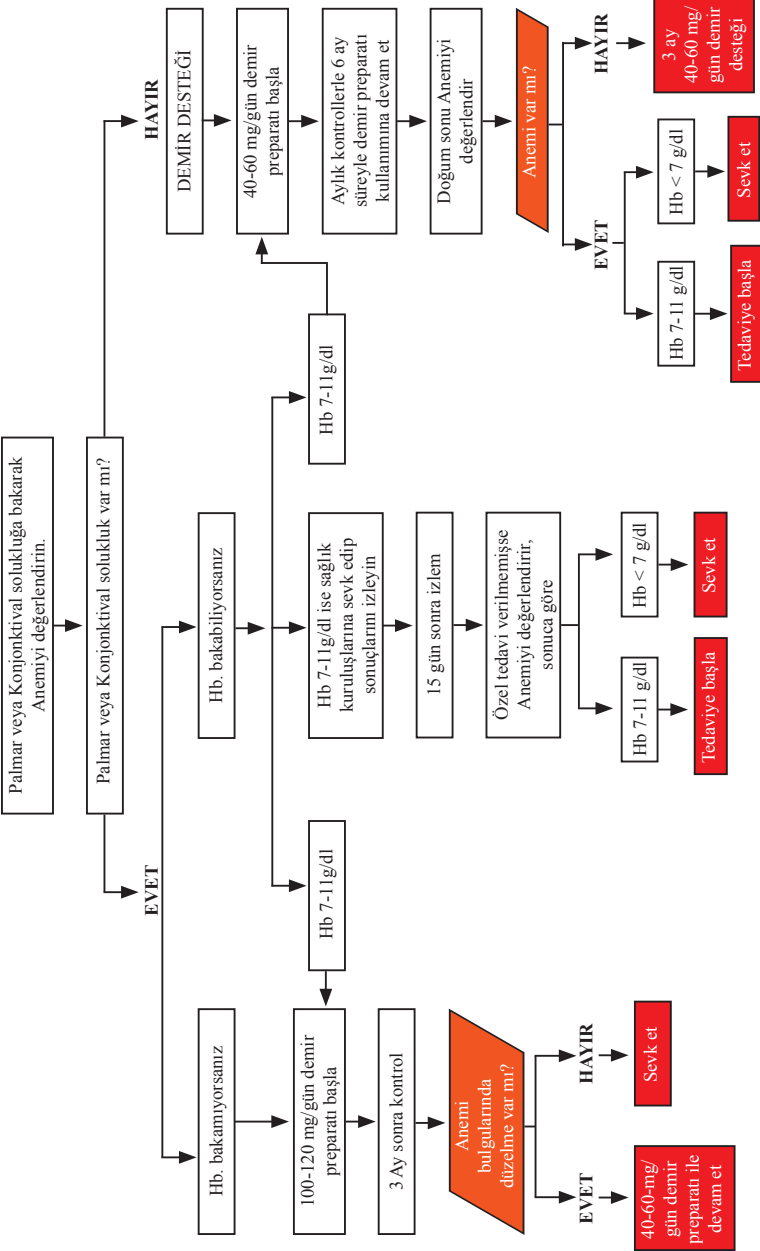
\* Düşük riskli trombofili:

- Faktör 5 Leiden heterozigotluğu,

Protrombin G20210A mutasyonu

**Doğum öncesi dönemde DMAH/AFH alan ve sezaryen ihtimali olan gebeler;** doğumdan bir gün önce DMAH/AFH tromboprofilaktik dozu almalı, ancak sabah dozu alınmadan operasyon gerçekleştirilmelidir.

**GEBELİĞİN 4. AYINDAN İTİBAREN DOĞUMDAN SONRAKİ  
3. AYIN SONUNA KADAR DEMİR DESTEĞİ AKIŞ ÇİZELGESİ**



## GEBELERE D VİTAMİNİ DESTEĞİ AKIŞ ÇİZELGESİ

SERUM (25) OH D DÜZEYİNE BAKILMAKSIZIN  
D VİTAMİNİ BAŞLAYIN

Gebeliğin 12. haftasından itibaren 1200 IU (9 damla)  
günlük tek doz D Vitamini Preparatı başlayın

Hiperkalsemi bulguları  
(iştahsızlık, bulantı, kabızlık, poliüri, polidipsi vb)  
hakkında bilgilendirin, izleyin ve değerlendirin

Hiperkalsemi bulguları  
mevcut değil

Doğum sonu 6. ay sonuna  
kadar anneye  
D Vitamini desteğine  
devam edin

Hiperkalsemi bulguları  
mevcut

Serum Ca, serum 25-OHD  
ve spot idrarda kalsiyum  
düzeyi bakılması için  
SEVK EDİN

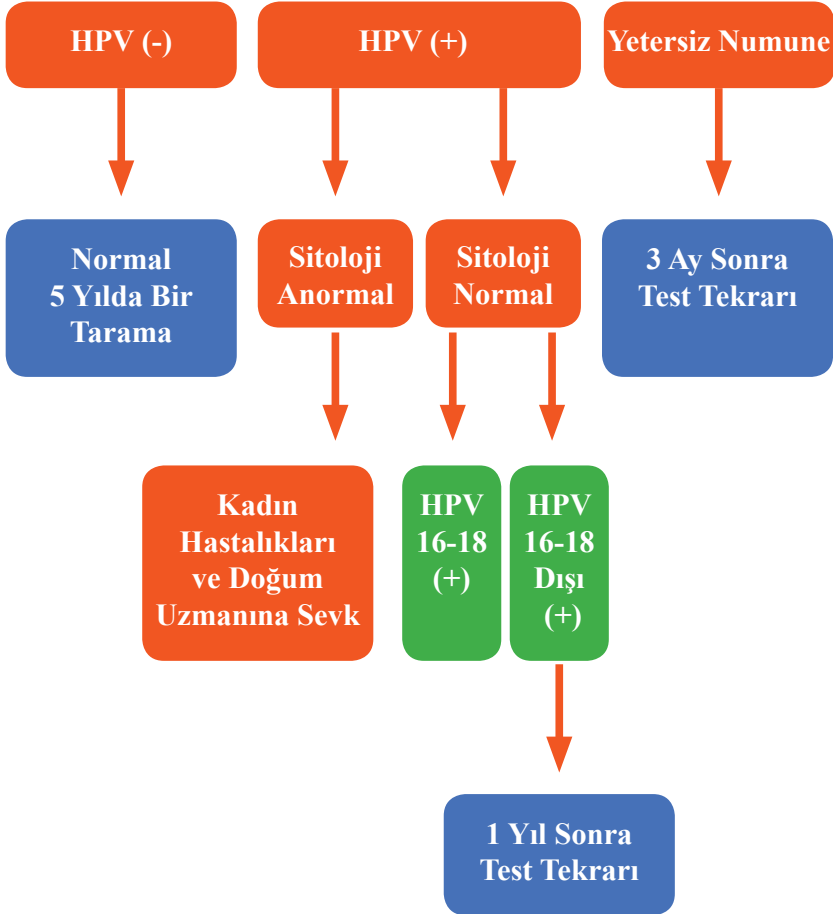
**DOĞURGANLIK ÇAĞI  
(15- 49 YAŞ) /GEBE KADINLARDAKİ  
TETANOZ AŞI TAKVİMİ**

Doz sayısı	Uygulama zamanı	Koruma süresi
Td 1	Gebeliğin 4. ayında - İlk karşılaşmada	Yok
Td 2	Td 1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
Td 3	Td 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
Td 4	Td 3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
Td 5	Td 4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

Hiç aşılanmamış gebelerin en az iki doz Td aşısı almaları sağlanmalıdır. İkinci doz doğumdan en az iki hafta önce tamamlanmalıdır. Yeterli süre sağlanamadıysa tek doz Td almış gebenin ve bebeğinin tetanoz hastalığı açısından risk altında olduğu dikkate alınmalıdır. Temiz doğum şartlarının sağlanması ve bebeğin göbek bakımının doğru yapılması daha da önem kazanmaktadır.

Td= Tetanoz (T) - Erişkin Tipi Difteri (d) Aşılı

## SERVİKS KANSERİ TARAMALARINDA HPV BAZLI TARAMA PROGRAMI SONUÇ SÜRECİ



## GEBELİK TAKİBİNDE HEBATİT B YÖNTEMİ ALGORİTMASI\*

İlk Trimesterde / İlk İzlemede HBsAG Bakılır

HBsAG (+) ise Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji veya Gastroenteroloji Uzmanına sevk edilir.

HBsAG (-) ise Enfekte olma riski bulunan gebelere Hepatit B aşısı (Hep B) önerilir. (Gebelikte isteğe bağlı veya gebelik

Doğumdan sonra yenidoğana Hepatit B aşısı + HBIG uygulanır.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gebelikte yapılan tetkikte HBsAg (-), AntiHBs (-) çıkan ve gebelik sırasında HBV ile enfekte olma riski bulunan gebelere; gebelik sırasında (ikinci veya üçüncü trimesterde) Hepatit B aşısı 0-1-6 ay aşı şemasıyla yapılabilir. Gebelikte aşılanmayan anneler doğumdan sonra aşılanabilir.

<sup>2</sup> Hepatit B aşısının ilk dozu ilk 12 saat içerisinde ve Hepatit B İmmünglobülin (HBIG) tercihen ilk 12 saat içerisinde aşıdan farklı bir anatomik bölgeden uygulanmalıdır. İlk 12 saatte HBIG uygulanamayan bebeklere doğumdan sonraki 7 günü aşmayacak şekilde ve mümkün olan en kısa sürede HBIG uygulanmalıdır. Aşının ilk 12 saat içinde yapılamadığı durumlarda da mümkün olan en kısa süre içinde uygulanmalıdır.

\* Bağışıklama Danışma kurulu önerileri doğrultusunda hazırlanmıştır.