



Özel **EKOL HASTANESİ**
DOĞUM KAYIT DEFTERİ



SIRA NO	ANNE BİLGİLERİ				BABA BİLGİLERİ	BEBEK BİLGİLERİ			DOĞUM BİLGİLERİ			DOKTOR VE EBE BİLGİLERİ
	Adı ve Soyadı	Doğum Yeri ve Yılı	Doğum Geçmişi	ICD Kodu / Tanı	Adı ve Soyadı	Doğum Tarihi ve Saati	Boy / Ağırlık / Baş Çevresi	Cinsiyeti	Doğum Şekli	İlaç Bilgileri	Obstetrik Travma	
			<input type="checkbox"/> Primer Doğum (1) <input type="checkbox"/> Sekonder Doğum (2) Önceki Doğum Şekli; <input type="checkbox"/> Diğer Önceki Doğum Şekli;		<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		Boy; Ağırlık; Baş Çevresi;	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kız	<input type="checkbox"/> Enstrümanlı Normal Doğum <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Forseps <input type="checkbox"/> Epizyotomi <input type="checkbox"/> İndüksiyon <input type="checkbox"/> Enstrümanlı Normal Doğum <input type="checkbox"/> Sezaryen Doğum	VTE Profilaksi Uygulaması; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Antenatal Steroid Uygulaması; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Travma (var ise);	Doktor; Ebe;
			<input type="checkbox"/> Primer Doğum (1) <input type="checkbox"/> Sekonder Doğum (2) Önceki Doğum Şekli; <input type="checkbox"/> Diğer Önceki Doğum Şekli;				Boy; Ağırlık; Baş Çevresi;	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kız	<input type="checkbox"/> Enstrümanlı Normal Doğum <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Forseps <input type="checkbox"/> Epizyotomi <input type="checkbox"/> İndüksiyon <input type="checkbox"/> Enstrümanlı Normal Doğum <input type="checkbox"/> Sezaryen Doğum	VTE Profilaksi Uygulaması; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Antenatal Steroid Uygulaması; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Travma (var ise);	Doktor; Ebe;
			<input type="checkbox"/> Primer Doğum (1) <input type="checkbox"/> Sekonder Doğum (2) Önceki Doğum Şekli; <input type="checkbox"/> Diğer Önceki Doğum Şekli;				Boy; Ağırlık; Baş Çevresi;	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kız	<input type="checkbox"/> Enstrümanlı Normal Doğum <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Forseps <input type="checkbox"/> Epizyotomi <input type="checkbox"/> İndüksiyon <input type="checkbox"/> Enstrümanlı Normal Doğum <input type="checkbox"/> Sezaryen Doğum	VTE Profilaksi Uygulaması; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Antenatal Steroid Uygulaması; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Travma (var ise);	Doktor; Ebe;
			<input type="checkbox"/> Primer Doğum (1) <input type="checkbox"/> Sekonder Doğum (2) Önceki Doğum Şekli; <input type="checkbox"/> Diğer Önceki Doğum Şekli;				Boy; Ağırlık; Baş Çevresi;	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kız	<input type="checkbox"/> Enstrümanlı Normal Doğum <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Forseps <input type="checkbox"/> Epizyotomi <input type="checkbox"/> İndüksiyon <input type="checkbox"/> Enstrümanlı Normal Doğum <input type="checkbox"/> Sezaryen Doğum	VTE Profilaksi Uygulaması; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Antenatal Steroid Uygulaması; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Travma (var ise);	Doktor; Ebe;
			<input type="checkbox"/> Primer Doğum (1) <input type="checkbox"/> Sekonder Doğum (2) Önceki Doğum Şekli; <input type="checkbox"/> Diğer Önceki Doğum Şekli;				Boy; Ağırlık; Baş Çevresi;	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kız	<input type="checkbox"/> Enstrümanlı Normal Doğum <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Forseps <input type="checkbox"/> Epizyotomi <input type="checkbox"/> İndüksiyon <input type="checkbox"/> Enstrümanlı Normal Doğum <input type="checkbox"/> Sezaryen Doğum	VTE Profilaksi Uygulaması; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Antenatal Steroid Uygulaması; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Travma (var ise);	Doktor; Ebe;