



Öğrencinin Adı Soyadı	:	
Öğrenci No	:	

Tarih : Saat : Oda No : Protokol No:

HASTA HAKKINDA BİLGİLER :

Adı Soyadı :	Eğitim Durumu :
Yaşı :	Mesleği :
Medeni Durumu :	Hastaneye Başvuru Tarihi :
Kaç Yıllık Evli :	Sosyal Güvencesi : <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Gebelik Haftası :	<input type="checkbox"/> Emekli Sand. <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Bağ-Kur <input type="checkbox"/> Diğer

TANI :

Şikayetleri :

Vital Bulgular :

Ateş : °C	Solunum Sayısı : / dk.
Nabız Sayısı : / dk.	Kan Basıncı : mmHg.

Gebelik Öncesi Kilo :	Kilo :	Boy :
Kan Grubu :	Eşinin Kan Grubu :	BKİ : <input type="checkbox"/> Obes <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kaşektik
Varis Kontrolü :	Ödem Kontrolü :	Meme Kontrolü :

A- ÖZGEÇMİŞ İLE İLGİLİ ANAMNEZ

Halen veya geçmişteki sağlık sorunları var mı? : Hayır. Evet (nedir?) :

Özellikle pelvik organları içeren yaralanma/operasyonlar geçirdi mi? : Hayır. Evet (ne zaman?) :

Daha önce uygulanmış olan kan transfüzyonları var mı? : Hayır. Evet

Bilinen herhangi bir allerji durumu var mı? : Hayır. Evet (nedir?) :

Alışkanlıkları var mı? : Hayır. Evet : Sigara :/gün Alkol :/hf Diğer :

Herhangi bir nedenle hastaneye yatmış mı? : Hayır. Evet (ne zaman?) :

Yatış Tarihi	Nedeni

B- MENSTRÜEL ANAMNEZ

• Menarş Yaşı : Siklus Süresi :

• Son Menstrüel Periyodun İlk Günü (S.A.T.):

• Tahmini Doğum Tarihi (TDT):

Menstrüel Kanama Süresi : gün, ped/gün

Dismenore : Var Yok

Premenstrüel Sendrom (P.M.S.) : Var Yok

C- OBSTETRİK ANAMNEZ

Gravidite (Toplam Gebelik Sayısı) :

Parite (Toplam Doğum Sayısı) :

Abortus (Düşük) : Hayır. Evet (ise kaç kez?) :.....Ölü Doğum : Hayır. Evet (ise kaç kez?) :.....Kullanmakta Olduğu Kontraceptif Yöntem : RİA Kondom Oral Kontra. Diğer :.....Kullanmakta Olduğu İlaçlar : Tedavi Almıyor.

İlaç Adı	Doz	Sıklık	Etkisi

D- SOYGEÇMİŞİ İLE İLGİLİ ANAMNEZ• Ailede veya yakınlarında sistemik bir hastalık var mı ? : Evet. Hayır

• Evet ise; kimde? : (Anne-Baba-Kardeş-Birinci derece yakın akraba v.b.)

 CA HT DM Tbc Kalp Hastalığı Kongenital Anomali Böbrek Hast. Diğer :.....**E- LABORATUVAR BULGULARI**

Kan Değerleri : ↗		İdrar Değerleri : ↗	
(Normal Değerleri)		(Normal Değerleri)	
Hb :		Protein :	
Htc :		Glukoz :	
Lökosit :		Aseton :	
Eritrosit :		Dansisite :	
Trombosit :		Hematüri : <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	

F- USG BULGULARI :**G- NST BULGULARI :****H- TANIYA İLİŞKİN BİLGİ :**

TANILAMA FORMU

A - NORMAL SOLUNUM	
1 - Solunum güçlüğü	<input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> var
2 - Öksürük	<input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> var
3 - Balgam	<input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> var
4 - Siyanoz	<input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> var
5 - Diğer (Oksijen,vb...)	<input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> var
B - YETERLİ YEME VE İÇME	
1 - Beslenme şekli	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parenteral
2 - Günlük öğün sayısı	:...../ gün
3 - Öğünleri yeme durumu	<input type="checkbox"/> Hepsini yiyor <input type="checkbox"/> Yarısını yiyor <input type="checkbox"/> Yemiyor
4 - İştah durumu	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Çok <input type="checkbox"/> Az
5 - Diyeti	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sulu <input type="checkbox"/> Yumuşak <input type="checkbox"/> Varsa özel diyeti.....
6 - Diyetinin önemini algılama durumu	<input type="checkbox"/> Diyetine uyuyor <input type="checkbox"/> Diyetine uymuyor
7 - Ağız kokusu	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
8 - Sindirim durumu	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hazımsızlık <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Diğer.....
9 - Aldığı - çıkardığı sıvı miktarı	Aldığı : Çıkardığı:
C - BOŞALTIM	
1 - İdrar yapma gereksinimi karşılama biçimi	<input type="checkbox"/> Tuvalet <input type="checkbox"/> Sürgü / Ördek <input type="checkbox"/> Üriner kateter
2 - İdrar boşaltım durumu	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Retansiyon <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Anüri
3 - Dışkılama gereksinimini karşılama biçimi	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tuvalet <input type="checkbox"/> Sürgü / Ördek <input type="checkbox"/> Diğer....
4 - Dışkılama sıklığı	:...../ gün
5 - Dışkılamayı kolaylaştıran alışkanlıklar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var . Varsa nedir ?.....
6 - Dışkının özellikleri	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Müküs <input type="checkbox"/> Parazit <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Diğer :
7 - Dışkılamaya ilişkin sorunlar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Hemoroid <input type="checkbox"/> Fissür <input type="checkbox"/> Diğer.....
D - HAREKET ETME VE UYGUN POZİSYONU DEVAM ETTİRME	
1 - Vücut pozisyonu	<input type="checkbox"/> Serbest <input type="checkbox"/> Zorunlu pozisyonu var :
2 - Vücut dengesi	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sendeleme <input type="checkbox"/> Sallanma <input type="checkbox"/> Diğer
3 - Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu	<input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yarı bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımlı
4 - Ekstremitelerin hareket yeteneği	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sakatlık <input type="checkbox"/> Ampütasyon <input type="checkbox"/> Dolaşım / Duyu azalması yada kaybı <input type="checkbox"/> Kontraktür
5 - Harekete yardımcı araçlar kullanma	<input type="checkbox"/> Kullanmıyor <input type="checkbox"/> Baston <input type="checkbox"/> Yürüteç <input type="checkbox"/> Koltuk değneği
6 - Basınç altında kalan bölgeler	:.....
E - UYKU VE DİNLENME	
1 - Normal uyku alışkanlıkları	..... ( Uyku saatleri, süresi)
2 - Hastalığından dolayı uyku alışkanlıklarında değişiklikler var mı ?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Uykuya dalma güçlüğü <input type="checkbox"/> Uykuyu devam ettirme güçlüğü <input type="checkbox"/> Sık uyanma (Gürültü, Işık, Ağrı, Hemşirelik uyg. için) <input type="checkbox"/> Kabus , gece işemesi , uyurgezerlik , diş gıcırdatması .
3 - Uykuyu destekleyici alışkanlıklar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> TV seyretme <input type="checkbox"/> Radyo dinleme <input type="checkbox"/> Kitap okuma <input type="checkbox"/> Sıcak içecekler <input type="checkbox"/> Banyo <input type="checkbox"/> İlaçlar <input type="checkbox"/> Diğer :
4 - Ağrı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var ise Yeri :
5 - Ağrı Skalası	: Yok.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 (Çok fazla)
6 - Ağrıyı başlatan ve arttıran etmenler	<input type="checkbox"/> Stres <input type="checkbox"/> Pozisyon <input type="checkbox"/> Gürültü <input type="checkbox"/> Diğer
7 - Ağrıyı gideren etmenler	<input type="checkbox"/> Pozisyon <input type="checkbox"/> İlaçlar <input type="checkbox"/> Uğraşı <input type="checkbox"/> Diğer
8 - Aktif dinlenme biçimi	<input type="checkbox"/> El işi <input type="checkbox"/> Kitap/Dergi okuma <input type="checkbox"/> Müzik dinleme <input type="checkbox"/> TV seyretme <input type="checkbox"/> Diğer :...
F - CİLT BÜTÜNLÜĞÜNÜN KORUNMASI	
1 - Cildin görünümü	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Yara <input type="checkbox"/> İskemi <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Yanık <input type="checkbox"/> Skar <input type="checkbox"/> Ameliyat insizyonu
2 - Banyo yapma alışkanlığı	...../ hf
3 - Saçların görünümü	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kuru/yağlı <input type="checkbox"/> Kirli/Kepekli <input type="checkbox"/> Bit <input type="checkbox"/> Alopesi
4 - Saç yıkama alışkanlığı	...../ hf
5 - Ağız mukozasının görünümü	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hiperemi <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Stomatit <input type="checkbox"/> Mantar <input type="checkbox"/> Diğer :
6 - Diş etlerinin görünümü	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Ödem <input type="checkbox"/> Hiperemi <input type="checkbox"/> Diş eti çekilmesi <input type="checkbox"/> Diğer :
7 - Dudakların görünümü	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Çatlak <input type="checkbox"/> Kuruluk <input type="checkbox"/> Diğer : ...
8 - Ağız kokusu	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var

9 - Diş fırçalama alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var/ gün
10 - Çamaşır değiştirme sıklığı	.....
11 - Vajinal akıntı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Var ise :	Renği : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz) :
	Kokusu : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz) :
	Kıvamı : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz) :
	Miktarı :ped/gün
12 - Tuvalet sonrası temizlik	<input type="checkbox"/> Su <input type="checkbox"/> Tuvalet kağıdı <input type="checkbox"/> Su + Tuvalet kağıdı <input type="checkbox"/> Diğer
13 - Ellerin görünümü	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Panaris <input type="checkbox"/> Nasır <input type="checkbox"/> Mantar <input type="checkbox"/> Egzama <input type="checkbox"/> Parmaklarda eksiklik <input type="checkbox"/> Siğil <input type="checkbox"/> Diğer :
14 - Tırnakların görünümü	<input type="checkbox"/> Bakımlı <input type="checkbox"/> Uzun <input type="checkbox"/> Kısa <input type="checkbox"/> Kirli <input type="checkbox"/> Tırnak yeme alışkanlığı
15 - Ayakların durumu	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Düz tabanlık <input type="checkbox"/> Ülser <input type="checkbox"/> Nasır <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Diğer
16 - Ayak yıkama alışkanlığı	.....

G - KAZAYA NEDEN OLABİLECEK ETMENLER

1- Duyusal etmenler	Görme duyusu : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalma <input type="checkbox"/> Görmüyor
	İşitme duyusu : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalma <input type="checkbox"/> İşitmiyor
	Dokunma duyusu : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalma <input type="checkbox"/> Duyu kaybı
	Bilinç durumu : <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Yarı açık <input type="checkbox"/> Kapalı
	Baş dönmesi : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Var
2 - Emosyonel Durum	<input type="checkbox"/> Dinlenmiş <input type="checkbox"/> Mutlu <input type="checkbox"/> Anksiyete <input type="checkbox"/> Stres <input type="checkbox"/> Sakin
	<input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Bitkin <input type="checkbox"/> Yorgun <input type="checkbox"/> Ajite <input type="checkbox"/> Öfkeli
	<input type="checkbox"/> Heyecanlı <input type="checkbox"/> Korkulu <input type="checkbox"/> Üzgün <input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Diğer :
3 - Başetme	Emosyonel durumu bozuk olduğunda rahatlamak için özel bir yöntem başvurur mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Nedir?) :
4 - Enfeksiyona zemin hazırlayan durumlar	<input type="checkbox"/> Lökopeni <input type="checkbox"/> Eritropeni <input type="checkbox"/> Trombositopeni <input type="checkbox"/> Trakeostomi <input type="checkbox"/> İV kateter <input type="checkbox"/> Üriner kateter <input type="checkbox"/> Açık yara (basınç yarası ,ameliyat yarası , ...)

H - İLETİŞİM KURMA

İletişim kurma durumu	<input type="checkbox"/> İletişim kurabiliyor <input type="checkbox"/> Anlama ve kavrama durumunun bozuk olması <input type="checkbox"/> Diğer
-----------------------	--

I - MANEVİ DEĞERLERİ İFADE ETME

1 - Gebeliğe ilişkin inanışları	.....
2 - Gebeliğe ilişkin geleneksel uygulamaları	.....
3 - Ölüme ilişkin duygu ve düşünceleri	.....

J - ÇALIŞMA VEYA VERİMLİ BİR İŞ ALANINDA YARDIM

1 - Gebeliğin iş yaşantısına etkileri	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> İş değiştirme gereksinimi <input type="checkbox"/> İşini kaybetme <input type="checkbox"/> Uzun süre çalışmama <input type="checkbox"/> Diğer :
2 - Gebeliğin aileye etkisi	.....
3 - Gebeliğin ekonomik duruma etkisi	.....

K - EĞLENCE ETKİNLİKLERİNE KATILMA

1 - Boş vakitlerini geçirme durumu	<input type="checkbox"/> Kitap,dergi,gazete okuyarak <input type="checkbox"/> Radyo dinleyerek <input type="checkbox"/> TV seyrederek <input type="checkbox"/> El işi yaparak <input type="checkbox"/> Diğer :
------------------------------------	---

L - ÖĞRENME GEREKSİNİMİ (Olan bilgi gereksinimlerini işaretleyiniz)

<input type="checkbox"/> Gebeliğe yönelik	<input type="checkbox"/> Hastane işlemlerine yönelik	<input type="checkbox"/> Tedavisine yönelik	<input type="checkbox"/> Diyetine yönelik
<input type="checkbox"/> Hijyen konusunda	<input type="checkbox"/> Ailesi ve yakınlarının gebeliğe ilişkin bilgi ihtiyacı		

M - FETAL SAĞLIĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ

1 - Fetal hareketlerin tespiti	..... hf/ay	Sıklığı : <input type="checkbox"/> Yavaş <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hızlı
2 - Annenin fetal hareketleri takip etme durumu	<input type="checkbox"/> Takip ediyor	<input type="checkbox"/> Takip etmiyor
3 - Çocuk Kalp Sesleri	...../dakika	
4 - LEOPOLD MANEVRALARI		
1. Leopold Manevrası	.....
2. Leopold Manevrası	.....
3. Leopold Manevrası	.....
4. Leopold Manevrası	.....

EBE GÖZLEM FORMU

Hasta Adı Soyadı:

Öğrenci Adı Soyadı:

Protokol No:

Klinik:

VİTAL İZLEM

TEDAVİLER

TARİH	SAAT	TA	Nbz	Sol	Vücut Isısı	ÇKS

EBELİK BAKIMI VE GİRİŞİMLERİ							HASTAYA VERİLEN EĞİTİMLER	
GİRİŞİMLER	TARİH	SAAT	UYG./BİLGİ	TARİH	SAAT	UYG./BİLGİ	TARİH SAAT	
Hastanın Genel Hijyeni								
Çarşaf Düzeltme								
Yatak İçi Pozisyon V.								
Masaj Uygulama								
Pasif Egzersiz								
Öksürük/ Derin Soluma								
O ₂ Tedavisi/Maske Uyg.								
Mobilizasyon								
Barsak sesleri/ Defekasyon								
Lavman / Laksatif Uyg.								
Perine Bakımı								
IV Branül Takma/Değiş.								
IV mayi/set Değişirme								
Kan Alma								
Kilo Takibi								
Ödem Kontrolü								
Meme Kontrolü								

HASTA ADI-SOYADI:

TARİH SAAT	SORUN/ OLASI PROBLEMLER	NEDEN/NEDENLER	AMAÇ	EBELİK GİRİŞİMİ	DEĞERLENDİRME	TARİH SAAT