**KSÜ AÇS/EBELİKTE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ RİSKLİ GEBE FORMU**

**Öğrencinin Adı-Soyadı:**

**Tarih:**

**Bulunduğu ASM/TSM:**

**Gebelik Riski / Gebelik haftası*( Lütfen Kısaltma yazmayınız.):***

|  |  |
| --- | --- |
| **I- BİREYE ÖZEL TANITICI BİLGİLER** | |
| Adı Soyadı: | Eşin mesleği: |
| Yaşı: | Eşin kan grubu: |
| Eğitim durumu: | Eşin yaşı: |
| Meslek (Memur, işçi, ev hanımı): | Eşin eğitim durumu: |
| Medeni durumu: | Evlilik yaşı/ süresi: |
| Kan grubu: | Eşi ile akrabalık durumu: ( ) Yok ( ) Var |
| Sosyal güvence: ( ) Yok ( ) Var | Akrabalık derecesi: |
| Aile tipi (Birlikte yaşadığı kişiler):  ( ) çekirdek aile ( ) geniş aile | |
| Bilgi Kaynakları:  ( ) Gebenin Kendisi ( ) Yakını ( ) Ebe, Hemşire | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2- SAĞLIĞI KORUMA DAVRANIŞLARI** | |
| **Sigara:** ( ) Hayır ( ) Evet ; Sıklığı………………….. Miktarı/gün………….. | **Sıvı Alımı**: /bardak-gün |
| **Alkol:** ( ) Hayır ( ) Evet ; Sıklığı………………….. Miktarı/gün………….. | **Defekasyon:** /kez-gün |
| **İlaç:** ( ) Var ( ) Yok | **Uyku:**  **Normal Uyku Süresi:…………………Uyuma/uyanma zamanı:…………..**  **Uyku arasında uyanma ( ) Yok ( ) Var neden, kaç kez…………………..**  ( ) Rahat uyuduğunu ifade ediyor.  ( ) Genel vücut ağrıları veya belli bir bölgesindeki ağrı nedeniyle uyuyamadığını ifade ediyor.  ( ) Yabancı çevre ya da gürültü gibi nedenlerle uyuyamadığını ifade ediyor. |
| **Beslenme: öğün sayı…………**  **düzenli ( )**  **Düzensiz ( )** |
| **Egzersiz**: ( ) Var ( ) Yok  **Var ise :** Sıklık……………..Süre…………..Türü…………… |

|  |
| --- |
| **HİJYEN UYGULAMALARI** |
| **Banyo yapma sıklığı:** …………….\Hafta |
| **Genel görünüm:** ( ) Bakımlı ( ) Bakımsız (Açıklayınız) |
| **Perine Hijyeni:** |
| İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:…………………………………………………………….. |
| Vajinal akıntı:  Vajinal akıntı var ise başetme durumu: |

|  |
| --- |
| **3-GENEL SAĞLIK ÖYKÜSÜ** |
| **ÖZGEÇMİŞ** |
| Genetik bir hastalığı: ( ) Yok ( ) Var………………………… |
| Kronik bir hastalığı (Diabet, Böbrek, Troid bozukluğu vs.): ( ) Yok ( ) Var ………………….. |
| Önceden geçirmiş olduğu bir hastalık/ kaza/ ameliyat vb. var mı?  ( ) Hayır ( ) Evet………………… |
| **SOYGEÇMİŞ (ANNE, BABA, KARDEŞ)** |
| Ailede kronik hastalık, kanser öyküsü: ( ) Hayır ( ) Evet……..(Açıklayınız) |

|  |  |
| --- | --- |
| **4- OBSTETRİK ÖYKÜ** | **5-JİNEKOLOJİK ÖYKÜ** |
| Gebelik sayısı: | İlk adet yaşı: |
| Doğum sayısı: NSD: C/S: | Menstürasyon süresi: |
| Yaşayan çocuk sayısı: | Menstürasyon sıklığı: |
| Çocukların yaşı: | Menstürasyon bozukluğu: |
| Ölü doğum : | Gebelikten önce kullanılan kontraseptif yöntem kullanımı: |
| Abortus: | Cinsel aktivite: |
| Küretaj: | Geçirdiği jinekolojik sorunlar : |
| Anomali Doğum öyküsü: | Jinekolojik ameliyat yapıldı ise tarihi: |
| Önceki Gebelik/Doğuma ilişkin sorunlar (erken doğum, düşük doğum ağırlığı, riskli gebelik…. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **6- BU GEBELİĞİ İLE İLGİLİ VERİLER** | |
| **SAT**(son adet tarihi): | **MDT**(muhtemel doğum tarihi |
| **Leopold muayenesine göre gebelik haftası:**  **Prezentasyon:** Baş ( ) Makat ( ) **Situs:**Longitidunal ( ) Tranvers ( ) Oblik ( )  **Pozisyon:** Sağ ( ) Sol ( )  **Gebelik Haftası :** | |
| Fetal kalp hızı (FKH): | Fetal hareket takibi: |
| Gebelikte izlem sıklığı: | |
| Önceki Gebeliği ile arasındaki süre: | |
| Gebelikte Kilo Alımı: | Memelerin Durumu: |
| Ciltte Stria ve Çatlaklar: | Tetanos aşısı: |
| Gebelikle ilgili şikayetleri: | |
| Gebeliği isteme durumu: | |
| Gebeliğe uyum: | |

|  |
| --- |
| **7- SİSTEMLERE İLİŞKİN GENEL BULGULAR** |
| **Solunum sistemi: (Tanılanmış bir hastalık var ise belirtiniz)** |
| **Sindirim sistemi: (Tanılanmış bir hastalık var ise belirtiniz)**   |  | | --- | | **Beslenme Davranışı** | | **Özel bir diyeti var mı?** ( ) Hayır ( ) Evet | | **Günlük sıvı alımı:** | | **Gebenin yaşadığı şikayetleri işaretleyiniz**  Yiyecekleri tolere edememe ( ) Var ( ) Yok  Bulantı ( ) Var ( ) Yok  Karın ağrısı distansiyon( ) Var ( ) Yok  Toprak yeme alışkanlığı (pika):( ) Var ( ) Yok | |
| **Cilt ve mukoza: (Tanılanmış bir hastalık var ise belirtiniz)** |
| **Ağız mukozasının durumu:** ( ) Normal ( ) Stomatit  ( ) Hiperemik(kızarıklık) ( ) Kanama ( ) Monoliazis (pamukcuk)  **Cilt :**   * Solukluk ( ) soğukluk ( ) ödemli ( ) kuru ( ) * Saç ve Saçlı Derinin Durumu (kuruluk, yağlanma, alopesia):   **Dudakların Görünümü**: (Çatlak, Kuru, Normal vs.)  **Dişlerinin durumu:**   * Dişlerini fırçalıyor mu? ( ) Evet……….\gün ( ) Hayır * Ağız kokusu var mı? ( ) Evet ( ) Hayır |
| **Nörolojik Sistem: (Tanılanmış bir hastalık var ise belirtiniz)** |
| **Endokrin Sistem: (Tanılanmış bir hastalık var ise belirtiniz)** |

|  |
| --- |
| **Nörolojik sistem:(Tanılanmış bir hastalık var ise belirtiniz)** |
| **Ağrı Var mı?** ( ) Hayır( ) Evet ise**Nerede?**…………………….. |
| **Ağrıya Neden Olan Faktörler:** ( ) Ortam değişikliği ( ) Hareket ( ) Pozisyon  ( ) Masaj ( ) İlaç ( ) Diğer …………. |

|  |
| --- |
| **Boşaltım Sistemi: (Tanılanmış bir hastalık var ise belirtiniz)** |
| **Defekasyon durumu:** Sıklığı………………………..\gün  ( ) Normal ( ) Konstipasyon ( ) Diyare ( ) İnkontinans ( )Diğer………… |
| **Mesane alışkanlıkları:**  Sıklığı………………………..\gün |

|  |
| --- |
| **Ekstremiteler:**  Hareketli ( ) Tam hareketsizlik ( ) Kısmen hareketsizlik ( ) (Sol bacak, sağ kol vs.)………….. |
| Varis ( ) Yok ( ) Var………………….. |
| Ödem ( ) Yok ( ) Var………………….. |
| **Aktivite Toleransı**( ) Normal ( ) Çabuk yoruluyor ( ) Halsiz/güçsüz |
| **Aktiviteye bağlı solunum güçlüğü**( ) Yok ( ) Var, açıklayınız……………….. |
| **Göğüs-bacak-eklem-sırt ağrısı var mı?** ( ) Yok ( ) Var, açıklayınız……………….. |

|  |
| --- |
| **8-GENEL VÜCUT BULGULARI** |
| TA: Nabız: Ateş: Solunum: |
| Gebelik Öncesi Kilo:  Şuanki Kilosu:  Boy:  BKİ: (**BKİ’ye göre gebelikte kilonun değerlendirilmesi)** |
| **LABORATUVAR BULGULARI** |
| Eritrosit: |
| Lökosit: |
| Hb: |
| Htc: |
| TİT: |
| Diğer: |

|  |  |
| --- | --- |
| **9-EĞİTİM GEREKSİNİMİ KONULARI** | |
| **1.**  **2.**  **3.**  **4.**  **5.** | **6.**  **7.**  **8.**  **9.**  **10.** |
| **10-EBELİK TANILARI** | |
| **1.**  **2.**  **3.**  **4.**  **5.** | **6.**  **7.**  **8.**  **9.**  **10.** |

**İLAÇ BİLGİ FORMU**

**Öğr. Ebe Adı Soyadı:**

**Hasta Adı Soyadı:**

**Tarih:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. İlaç &Dozu** |  |
| Etken Maddesi |  |
| Sınıf/ Etki Mekanizması |  |
| Hastadaki Endikasyon |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. İlaç &Dozu** |  |
| Etken Maddesi |  |
| Sınıf/ Etki Mekanizması |  |
| Hastadaki Endikasyon |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. İlaç &Dozu** |  |
| Etken Maddesi |  |
| Sınıf/ Etki Mekanizması |  |
| Hastadaki Endikasyon |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. İlaç &Dozu** |  |
| Etken Maddesi |  |
| Sınıf/ Etki Mekanizması |  |
| Hastadaki Endikasyon |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. İlaç &Dozu** |  |
| Etken Maddesi |  |
| Sınıf/ Etki Mekanizması |  |
| Hastadaki Endikasyon |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. İlaç &Dozu** |  |
| Etken Maddesi |  |
| Sınıf/ Etki Mekanizması |  |
| Hastadaki Endikasyon |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH VE SAAT** | **EBELİK TANISI** | **AMAÇ VE HEDEFLER** | **PLANLAMA** | **UYGULAMA** | **DEĞERLENDİRME** |
|  | ***Tanılama Ölçütleri:*** |  |  |  |  |

Gebenin Adı Soyadı:

**EBELİK BAKIM PLANI**

Öğrenci Ad-Soyad:

Öğrenci Numarası:

:GÜNLÜK RAPOR FORMU

Bulunduğu Birim (ASM-TSM):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarih  Saat: | Hasta/Danişan  Adi-Soyadi | Yapilan islem  (aşı, enjeksiyon (uygulama yolu, dozu), pansuman, gebe izlem,gebe muayene,vs.) | Uygulama  (tik atın) | Gözlem  (tik atın) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

imza

Öğr.eleman

imza

Sorumlu Ebe/Hemşire:

EGİTİM MODÜLÜ (NORMAL GEBE/RISKLI GEBE/YENİDOĞAN) (Her bir eğitim için ayrı doldurulacaktır)

Eğitimi veren:

Eğitimin kime verildiği:

Eğitim Tarihi:

Kayıtlı olduğu ASM:

Kayit No:

|  |  |
| --- | --- |
| GEBELIK HAFTASI |  |
| EĞİTİMİM ADI |  |
| EGİTiMİN AMACI |  |
| EĞİTiMiN  HEDEFI/HEDEFLERI |  |
| EĞİTİMİN SAATİ VE  SÜRESi | SAATİ:  SÜRESi: |
| EĞİTİMİN ŞEKLi |  |
| EĞİTİM MATERYALİ |  |
| EĞİTİM iÇERiGi |  |
| DEGERLENDIRME: |  |
| KAYNAKLAR: |  |

Not:Kaynaklar 2010 ve sonrası olacak. Her bir eğitim konusu en az 10'ar kaynaktan yararlanılarak hazırlanılacaktır (Makale, kitap). Bilimsel içerikte olmayan web siteleri kaynakçada asla kullanılmayacaktır. Yararlanılan kaynakça eğitim içerisinde mutlaka gösterilecek ve eğitimin sonuna da toplu olarak yazılacaktır.

**KSÜ SBF 2022-2023 GÜZ DÖNEMİ**

**EBELİKTE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ**

**YENİDOĞAN ANEMNEZ FORMU**

**YENİDOĞAN ADI- SOYADI:**

YAŞI : ALLERJİ:

CİNSİYETİ: KAN GRUBU:

SOSYAL GÜVENCESİ:

ADRES:

ÖYKÜNÜN KİMDEN ALINDIĞI:

**TANI:**

**ÖZGEÇMİŞ:**

Prenatal öykü:

Doğum öyküsü:

POSTNATAL ÖYKÜ:

GEÇİRDİĞİ HASTALIKLAR:

AŞILAR:

**SOYGEÇMİŞ:**

KARDEŞLERİNİN SAYISI , CİNSİYETİ , VARSA HASTALIK VE ÖLÜM NEDENLERİ:

**ANNE BABANIN SAĞLIK DURUMLARI:**

ANNE:

BABA:

**GENETİK HASTALIKLARIN VARLIĞI:**

**SOSYAL DURUM:**

anne: baba:

anne babanın yaşı:

akraba evliliği:

annenin kan grubu:

anne babanın eğitim durumu:

meslek:

ekonomik düzey:

evin koşulları:

ailede sigara alkol alışkanlığı :

evcil hayvan varlığı:

**BESLENME:**

**VİTAL BULGULAR:**

**TIPBİ TEDAVİ(VARSA): CERRAHİ TEDAVİ:**

**LABORATUAR BULGULARI:**

**PERCENTİL DEĞERLERİ:**

**FİZİKSEL MUAYENE BULGULARI:**

**EĞİTİM VE REHABİLİTASYON GEREKTİREN KONULAR:**

**SİSTEMLERİN SORGULANMASI:**

SOLUNUM:

KARDİO VASKÜLER SİSTEM:

SİNDİRİM:

BOŞALTIM:

GENİTAL:

ÜRİNER SİSTEM:

KAS İSKELET SİSTEMİ:

METABOLİK VE ENDOKRİN DURUM:

SİNİR SİSTEMİ:

CİLT-MUKOZA: