KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI TAKİP FORMU

TANITICI BİLGİLER

Adı-Soyadı: Hastaneye Yatış tarihi:

Yaşı: Görüşme tarihi:

Eğitimi: Öğrenci Ebenin Adı/ Soyadı

Eşinin eğitimi:

Evlilik süresi: Sorumlu Öğretim Elemanı/Ebe/Hemşire

Kan grubu: Adı/Soyadı İmza

Tıbbi Tanı:

GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

Mevcut sağlık sorununun ortaya çıkışı ve tedavi süreci ile ilgili öyküsü (Hasta, hasta dosyası vb.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ALDIĞI TEDAVİ | BEKLENEN ETKİLER | YAN ETKİLER |
|  |  |  |

GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Kalp Hastalığı | ( ) Hipertansiyon |
| ( ) Diyabet | ( ) Diğer |

OBSTETRİK ÖYKÜ: G: P: A: Y:

ÖNCEDEN GEÇİRDİĞİ JİNEKOLOJİK OPERASYONLAR / GİRİŞİMLER AÇIKLAYINIZ.

( )Tupligasyon…………………………. ( )Cryo……………………………

( )Histerektomi…………………………. ( )Sezeryan………………………..

( )Ooferektomi…………………………. ( )Koterizasyon……………………

( )Laparoskopi…………………………. ( )Diğer…………………………….

GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ HERHANGİ BİR YÖNTEM KULLANIYOR MUSUNUZ?

( ) Hayır ( )Evet (Açıklayınız).........................

Kullandığınız bu yöntemler ilgili herhangi bir problem yaşıyor musunuz? ( ) Hayır ( )Evet (Açıklayınız).........................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SAĞLIK DAVRANIŞLARI | EVET | HAYIR |
| Pap Smear | ( ) | ( ) |
| Kendi Kendine Meme Muayenesi | ( ) | ( ) |
| Kendi Kendine Vulva Muayenesi | ( ) | ( ) |
| Mamografi | ( ) | ( ) |

SAĞLIĞINIZI ETKİLEYEN OLUMSUZ ALIŞKANLIKLARINIZ

Sigara( ) Alkol( ) Diyet( ) Diğer( )

HERHANGİ BİR BİR MADDEYE (İLAÇ,BESİN,POLEN VB.) KARŞI ALERJİNİZ VAR MI? ( )Hayır ( )Evet (Açıklayınız.).....................................................

FİZİKSEL MUAYENE

Yaşam Bulguları:

Ateş: Nabız: Solunum: Kan Basıncı:

Memeler:

|  |  |
| --- | --- |
| Görünüm | ( ) Simetrik ( )Asimetrik |
| Nodül | ( ) Var ( ) Yok |

|  |  |
| --- | --- |
| Menarş Yaşı |  |
| Menstrual Siklus | Süresi………………. Sıklığı……………… |
| Menstruasyonda kullandığınız ped özellikleri |  |
| Menstruasyonda kullandığınız pedi değiştirme sıklığınız: |  |
| Menstruasyon sırasında hijyen ve banyo alışkanlığınız: |  |
| Menstruasyon sırasında cinsel ilişki: |  |
| Taharetlenme Şekliniz: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Menopoz Yaşınız: |  |
| Menopozal dönemde yaşadığınız Fiziksel değişiklikler/sorunlar: |  |
| Menopozal dönemde yaşadığınız psikososyal değişiklikler/sorunlar: |  |

SON BİR YILDIR ÜREME SAĞLIĞI İLE İLGİLİ OLARAK AŞAĞIDAKİ YAKINMALARI YAŞAMA DURUMUNUZU VE YAKINMANIN SÜRESİNİ BELİRTİNİZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Açıklama* |  | *Açıklama* |
| **( )** | Yakınma Yaşamıyorum |  | **( )** | Cinsel İlişki Sırasında Ağrı |  |
| **( )** | Perine Bölgesinde Lezyon / Kitle |  | **( )** | Vajinismus |  |
| **( )** | Perine Bölgesinde Kaşıntı |  | **( )** | Cinsel İstekte Azalma |  |
| **( )** | Anormal Akıntı |  | **( )** | Post koital kanama / ağrı |  |
| **( )** | Pelvik İnflamatuar Hastalık |  | **( )** | İnfertilite |  |
| **( )** | Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon |  | **( )** | Prementrual Şikayetler |  |
| **( )** | Menopoza bağlı vazomotor Şikayetler |  | **( )** | Dismenore |  |
| **( )** | Osteoporoz |  | **( )** | Metroraji |  |
| **( )** | Postmenopozal Kanama |  | **( )** | Menoraji/Hipermenore |  |
| **( )** | İnkontinans |  | **( )** | Oligomenore |  |
| **( )** | Desensus-prolapsusa bağlı şikayetler |  | **( )** | Polimenore |  |
| **( )** | Pelvik Ağrı |  | **( )** | Hipomenore |  |

BESLENME DURUMU:

Kilo:……. Boy:………... BKİ:…………..…

Günlük yaşamınızda 1 günde kaç öğün beslenirsiniz?(yemek yeme alışkanlıkları, sevdiği sevmediği yiyecekler)

Hastalığınız /sağlık sorununuz nedeniyle beslenmenizde herhangi bir değişiklik/sorun oldu mu? ( ) Hayır ( ) Evet (Nedenini açıklayınız)..........

ÜRİNER BOŞALTIMLA İLGİLİ AŞAĞIDAKİ YAKINMALARI YAŞAMA DURUMUNUZU VE YAKINMANIN SÜRESİNİ BELİRTİNİZ.

|  |  |
| --- | --- |
| ( )Ağrı...................... | ( ) Güçlük........................ |
| ( )Yanma ...................... | ( )Damla damla idrar .................. |
| ( )İdrarı tutamama......... | ( )Gece idrara çıkma......... |
| ( )Sık idrara çıkma..................... | ( )İdrarda bulanıklık............... |
| ( )İdrar kokusunda değişim…………….. | ( )Diğer............................... |
| ( )Hematüri........................ |

BARSAK BOŞALTIMIYLA İLGİLİ OLARAK AŞAĞIDAKİ YAKINMALARI YAŞAMA DURUMUNUZU VE YAKINMANIN SÜRESİNİ BELİRTİNİZ.

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) yakınma yaşamıyor........................ | ( ) karında kramp.................. |
| ( ) bağırsakta parazit............ | ( ) aşırı barsak gazı....... |
| ( ) rektumda kanama................. | ( ) kabızlık…………….. |
| ( ) ishal………… | ( ) Diğer |

UYKU / DİNLENME:

Günde kaç saat uyursunuz?......

Uykudan sonra kendinizi iyi dinlenmiş olarak hissediyor musunuz? ( )Hayır nedenini açıklayınız…………… ( )Evet

ALT EKSTREMİTELER:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sağ Bacak | Sol Bacak |
| Tromboflebit Belirtisi | ( ) Var | ( ) Yok | ( ) Var | ( ) Yok |
| Ödem | ( ) Var | ( ) Yok | ( ) Var | ( ) Yok |
| Varis | ( ) Var | ( ) Yok | ( ) Var | ( ) Yok |

LABORATUAR BULGULARU:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tarih | Hemoglobin | Kan elektrolitleri | İdrar ve gaita ile ilgili laboratuarsonuçları |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Ebenin Gözlem ve Yorumları:

AĞRI DEĞERLENDİRME SKALASIı:

|  |
| --- |
| ⁫ Ağrı: Yeri: Şekli: Süresi: ⁫ Sedatize |
| Ağrı yok Şiddetli ağrı |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** |
| ⁫ 0, Yok ⁫ 1-2, Çok az ⁫ 3-4, Biraz fazla ⁫ 5-6, Çok ⁫ 7-8, Fazla ⁫ 9-10, Dayanılmaz |

#  EBE GÖZLEM FORMU

|  |
| --- |
| Adı Soyadı |
| Yattığı Servis |
| Tanısı |
| TARİH | Saat | Ateş | Nabız | Solunum | KB | Verilen İlaçlar ve Diyet | Ebe gözlem ve bakım notları |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

SIVI İZLEM ÇİZELGESİ

# Adı Soyadı:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarih/ Saat | Mayinin Cinsi ve içine konulan ilaçlar | Şişe Seviyesi | DGDS | Açıklamalar |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EBELİK TANISI ve BULGULAR | İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLER | AMAÇ | PLANLANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ | UYGULAMA EVET HAYIR | DEĞERLENDİRME |
|  |  |  |  |  |  |  |