**PERİNATOLOJİ HASTA TANILAMA FORMU**

**Öğrencinin Adı-Soyadı:**

**Tarih:**

**Yer (Klinik/ Servis)**

**Hastanın Yatış Tarihi:**

**Tanı / Ön tanı *( Lütfen Kısaltma yazmayınız.):***

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

|  |
| --- |
| **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…………… |
| **Boş Zamanı Değerlendirme:** |

|  |
| --- |
| **HİJYEN UYGULAMALARI** |
| **Banyo yapma sıklığı:** …………….\Hafta |
| **Genel görünüm:** ( ) Bakımlı ( ) Bakımsız |
| **Perine Hijyeni:** |
| Mesane ve\veya barsak boşaltımından sonra perineyi temizleme yöntemi (taharetlenme):…………………………………………………………………………………………………. |
| İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:…………………………………………………………….. |
| İç çamaşırlarını temizleme şekli: ……………………………………………………………… |
| Eller ve Tırnakların Görünümü: ………….. |
| Ayaklarla ilgili Problem Var mı? (Tırnak Batması, mantar, nasır, kaşıntı, tırnakların uzunluğu vs.)……………………….. |
| **Terleme, koku sorunu var mı?**.................................................. |
| **4-BESLENME- METABOLİK DURUM** |
| **Boy: Kilo: BMI (vücut kitle indeksi):** |
| **Beslenme Şekli:** ( ) Normal ( ) Yardımla besleniyor ( ) Parenteral (TPN) ( ) Enteral ( ) Gastrostomi |
| **Özel bir diyeti var mı?** ( ) Hayır ( ) Evet |
| **İştah durumu nasıl?** ( ) Normal ( ) Artmış ( ) Azalmış ( ) Bulantı ( ) Kusma |
| **Kilo değişikliği var mı?** Yok ( ) Var ( ) ise; **Ne kadar?** |
| **Günlük sıvı alımı:** |
| **Sıvı kısıtlaması var mı?** ( ) Hayır ( ) Evet (neden) |
| **Hastanızın yaşadığı şikayetleri işaretleyiniz**Yiyecekleri tolere edememe ( ) Var ( ) YokBulantı ( ) Var ( ) YokKarın ağrısı distansiyon( ) Var ( ) YokToprak yeme alışkanlığı (pika):( ) Var ( ) Yok |
| **Kusma**  ( ) Yok ( ) Var (sıklığı, miktarı ve yapılan müdehaleleri yazınız) |

|  |
| --- |
| **5-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)** |
| Ailenizde kanser, kalp, böbrek, diabet gibi hastalıkları olan var mı?( ) Hayır ( ) Evet  |
| **Evet ise kim ve hastalığı nedir? Yazınız.**  |
|  **ŞU ANDAKİ SAĞLIK SORUNU:** |
| Hastaneye Başvuru Nedeni: |
| Tanı: |

|  |  |
| --- | --- |
| **6- OBSTETRİK ÖYKÜ** | **7-JİNEKOLOJİK ÖYKÜ** |
| Gebelik sayısı: | İlk adet yaşı: Menopoz yaşı: |
| Doğum sayısı: NSD: C/S: | Menstürasyon süresi: |
| Yaşayan çocuk sayısı: | Menstürasyon sıklığı: |
| Çocukların yaşı: | Menstürasyon bozukluğu: |
| Ölü doğum : | Son pap-smear testi tarihi ve sonucu: |
| Abortus: |
| Küretaj: | **Kendi Kendine Meme Muayenesi öyküsü:** |
| Anomali Doğum öyküsü:  | Probe (tanı amaçlı) kürtaj: |
| Cinsel aktivite: |
| Önceki Gebelik/Doğuma ilişkin sorunlar (erken doğum, düşük doğum ağırlığı, riskli gebelik…) | Kontraseptif yöntem kullanımı: |
| Geçirdiği jinekolojik sorunlar : |
| Jinekolojik ameliyat yapıldı ise tarihi: |

|  |
| --- |
| **8- 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 ( )**Mc.Donald Kuralına göre;****Gebelik Haftası :****Lunar ay:** |
| **Fetal Değerlendirme (USG,NST, Amniyosentezvb test bulguları**): |
| Fetal kalp hızı (FKH): | Fetal hareket takibi: |
| Gebelikte Kontrole Gitme Durumu: |
| Önceki Gebeliği ile arasındaki süre: |
| Gebelikte Kilo Alımı: | Memelerin Durumu: |
| Ciltte Stria ve Çatlaklar: | Tetanos aşısı: |
| Hepatit B : | TORCH Aşısı: |
| Vajinal Kanama: | Vajinal Akıntı: |
| Gebelikle ilgili şikayetleri: |
| Gebeliği isteme durumu: |
| Ebeveyn Rollerine Hazırlık ve Uyumu: |

|  |
| --- |
| **9- SİSTEMLERE İLİŞKİN GENEL BULGULAR** |
| **Solunum sistemi:**  ( ) Dispne ( ) Balgam ( ) Öksürük ( ) Siyanoz ( ) Allerji |
| **Cilt ve mukoza:****Ağız mukozasının durumu:** ( ) Normal ( ) Stomatit ( ) Hiperemik(kızarıklık) ( ) Kanama ( ) Monoliazis (pamukcuk)**Cilt :*** Solukluk ( ) soğukluk ( ) ödemli ( ) kuru ( )
* Yarası var mı? Yatak yarası(Basınç yaraları) ( ) Ameliyat yarası ( ) Diğer ( )
* Basınç Yarası Varsa:
* Yaranın olduğu bölge:
* Yaranın derecesi:
* Yara bakımında kullanılan ilaç/ materyaller:
* Saç ve Saçlı Derinin Durumu (kuruluk, yağlanma, alopesia):

**Dudakların Görünümü**: (Çatlak, Kuru, Normal vs.)**Dişlerinin durumu:*** Protez Diş Var mı? ( ) Var ( ) Yok
* Dişlerinin sayısı:…………………………………….
* Dişlerini fırçalıyor mu? ( ) Evet……….\gün ( ) Hayır
* Ağız kokusu var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
 |
| **Ruhsal Durum:** |
| **Endokrin Sistem:** |

|  |
| --- |
| **Nörolojik sistem** |
| **Bilinç Düzeyi:** ( )Şuuru açık ( )Uykuya meyilli ( )Şuuru kapalı |
| **AĞRI SKALASI** Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli Dayanılmaz |
| **Ağrı Var mı?** ( ) Hayır( ) Evet ise**Nerede?**…………………….. |
| **Ağrıyı Azaltan Faktörler:** ( ) Ortam değişikliği ( ) Hareket ( ) Pozisyon ( ) Masaj ( ) İlaç ( ) Diğer …………. |
| **Ağrıyı Artıran Faktörler:** ( ) Oturma ( ) Masaj ( ) Hareket ( ) Pozisyon ( ) Diğer …………………… |
| **Ağrının yaşam kalitesine etkisi:** |
| **Ağrıya eşlik eden bulgular:** ( ) Bulantı-kusma ( ) Uykusuzluk ( ) İştahsızlık( ) Fizik aktivitede azalma ( ) Sosyal aktivitede azalma( ) Terleme ( ) Diğer …………………………. |

|  |
| --- |
|  **BOŞALTIM SİSTEMİ** |
| **Bağırsak alışkanlığı:**…………….\gün |
| **Son defekasyon tarihi:** ………………………………… |
| **Defekasyon durumu:** ( ) Normal ( ) Konstipasyon ( ) Diyare ( ) İnkontinans ( )Diğer………… |
| **Boşaltım Yolu:** ( ) Anal ( ) Kolostomi ( ) İleostomi |
| **Defekasyon gereksinimini karşılama biçimi:**( ) Normal ( ) Sürgü ( ) Alt bezi |
| **Laksatif kullanma durumu:** ( ) Var ( ) Yok |
| **Mesane alışkanlıkları:**( ) Normal Sıklığı………………………..\gün( ) Dizüri ( ) Noktüri ( ) Sıkışma\kaçırma ( ) Hematüri ( ) Retansiyon ( ) Enürezis |
| **İdrar yolu enfeksiyonu ya da böbrek sorunu** :( ) Yok ( ) Var(açıklayınız)………………………………  |
| **İnkontinans:** ( ) Var ( ) Yok ( ) Total ( ) Gündüz ( ) Gece ( ) Nadiren ( ) İşemeyi ertelemede güçlük ( ) Tuvalete ulaşmada güçlük |
| **İdrarı boşaltmada yardımcı araç kullanımı:**( ) Gereksinim yok ( ) Ürinerkateter (Foley)  |
| **İdrar yapma gereksinimini karşılama şekli:**( ) Normal ( ) Sürgü ( ) Ürinerkateter (Foley) ( ) Alt bezi |
| **Aldığı Çıkardığı Sıvı Takibi yapılıyor mu?** ( ) Evet ( ) Hayır |

|  |
| --- |
| **AKTİVİTE**  |
| **Hastanın zorunlu bir pozisyonu var mı?** ( ) Hayır ( )Evet……………………….  |
| **Kendine Bakım Aktiviteleri ve Yeteneği:** |
| **bağımsız araç yardımı ile insan yardımı ile araç+insan yardımı ile tam bağımlı** |
| Yeme- İçme ( )……… ( )…………….( )…………… ( )………………( ) |
| Hijyen ( )……… ( )…………….( )…………… ( )………………( ) |
| Giyinme-soyunma ( )……… ( )…………….( )…………… ( )……………… ( ) |
| Tuvalete gitme-oturma ( )……… ( )…………….( )…………… ( )……………… ( ) |
| Yatak içi hareket ( )……… ( )……………. ( )…………… ( )……………… ( ) |
| Yürüme-dolaşma ( )……… ( )……………. ( )…………… ( )……………… ( ) |
| Merdiven inip çıkma ( )……… ( )…………….( )…………… ( )………………( ) |
| Ev işleri yapma ( )……… ( )……………. ( )…………… ( )……………… ( ) |
| **Ekstremiteler:**Hareketli ( ) Tam hareketsizlik ( ) Kısmen hareketsizlik ( ) (Sol bacak, sağ kol vs.)………….. |
| Varis ( ) Yok ( ) Var………………….. |
| Ödem ( ) Yok ( ) Var………………….. |
| Kontraktür (Kırık) ( ) Yok ( ) Var………………….. |
| Renk değişikliği (siyanoz,vb) ( ) Yok ( ) Var………………….. |
| Açık yara ( ) Yok ( ) Var………………….. |
| Kırık ( ) 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……………….. |
| **Baş dönmesi var mı?**( ) Yok ( ) Var, açıklayınız……………….. |
| **Enerji düzeyinde son günlerde değişiklik oldu mu?**( ) Evet ( ) Hayır |

|  |
| --- |
| **GENEL VÜCUT BULGULARI** |
| TA: Nabız: Ateş: Solunum: |
| Kilo: Boy: VKİ: |
| Diğer: |
| **LABORATUVAR BULGULARI** |
| Eritrosit: | Diğer: |
| Lökosit: |  |
| Hb: |  |
| Htc: |  |
| TİT: |  |
| **GENEL GÖRÜNÜŞÜ:** |
|  |
| **TEDAVİYİ KABULLENİŞİ:** |
|  |

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

**HASTA 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:*** |  |  |  |  |

**EBELİK BAKIM PLANI**

**Hasta Adı Soyadı: Öğr. Ebe Adı Soyadı:**