

ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ  
VERİ TOPLAMA FORMU

Tarih:

Öğr. Hemş. Adı Soyadı:

**HASTAYA İLİŞKİN BİLGİLER:**

Adı-Soyadı:	Yattığı Klinik:
Yaş:	Oda No:
Evlilik yaşı:	Kan Grubu:
Eğitim Durumu:	Eşin kan grubu:
Mesleği:	Cerrahi prosedürü
Medeni Durumu:	Post op:

**FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ**

**1-SAĞLIĞI ALGILAMA-SAĞLIK YÖNETİMİ**

<b>Hastane yatış tarihi:</b>					
<b>Geldiği yer:</b> Acil <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Yoğun bakım <input type="checkbox"/> Diğer.....					
<b>Tıbbi Tanısı:</b>					
Hastalık Öyküsü:					
Genel sağlık durumu ( ) Çok İyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü					
<b>Özgeçmiş:</b> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KVH <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Diğer .....					
<b>Soygeçmiş:</b> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KVH <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Diğer .....					
<b>Alışkanlıklarınız</b>					
	Hayır	Evet	Sıklığı	Miktarı	
Alkol tüketimi					
Sigara tüketimi					
Kafein tüketimi					
Diğer maddeler					
Daha önce geçirdiği operasyonlar			Açıklayınız.....		
Alerji öyküsü (ilaçlar)			Açıklayınız.....		
Sürekli kullandığınız ilaç var mı?			Evet ise aşağıyı doldurunuz		
<b>İlacın Adı</b>	<b>Dozu</b>	<b>Uygulama Şekli</b>	<b>Etkin Maddesi</b>	<b>Saati</b>	<b>Yan Etkileri</b>

	Sağlık kontrolü sıklığı				Açıklayınız.....	
<b>Koruyucu sağlık davranışları</b>	Kendi kendine meme muayenesi				Açıklayınız.....	
	Mamografi				Açıklayınız.....	
	Kendi kendine vulva muayenesi				Açıklayınız.....	
	Pap smear testi				Açıklayınız.....	
	HPV testi				Açıklayınız.....	
	Aşılama öyküsü (Hepatit, Tetanoz, HPV)				Açıklayınız .....	

## 2-BESLENME-METABOLİK

Boy ..... Kilo ..... BKI.....			
Kilo değişikliği oldu mu? ( ) Hayır, ( ) Evet, Açıklayınız.....			
<b>İştah Durumu</b>			
İştah durumu	Evde:.....		Hastanede:.....
Çiğneme/yutma özelliği	Açıklayınız?		
Yiyecek alım yolu	( ) Oral	( ) Parenteral	( ) Gavaj ( ) Gastrostomi
Günlük öğün sayısı	Ana öğünler.....		Ara öğünler.....
Sıvı tüketim	Açıklayınız .....ml/L		
Diyet gerekiyor mu?	( ) Hayır	( ) Evet	Açıklayınız:
Bulantı/Kusma	( ) Var	( ) Yok	Açıklayınız:
<b>Dişlerinizde problem var mı?</b>	( ) Var	( ) Yok	Açıklayınız:
Takma diş	( ) Var	( ) Yok	
<b>Ağız içi</b>	Mukoza Rengi.....	Nemi.....	Yaralar.....
<b>Deri</b>	Rengi.....Isısı.....	Nemi.....	Turgoru.....Yaralar.....
	Skar.....	Enfeksiyon.....	Ödem.....Hijyeni.....
<b>Tırnaklar</b>	Renk....., Şekil.....,	Lezyonlar.....	Hijyeni.....
<b>Saçlar</b>	Kalite (canlı/mat).....Hijyeni..... Değişiklik oldu mu?.....		
<b>IV Yol</b>	Periferal ( ) Santral Yol( ) Port ( ) Diğer( )		
	Yeri:..... Takılma Zamanı.....		
<b>Dren</b>	( )Yok ( )Var	Renk: .....	Miktar .....
<b>NG</b>	( )Var ( )Yok	Renk: .....	Miktar .....
<b>Sıvı kısıtlaması ya da yüklemesi</b>	( )Var ( )Yok	Açıklayınız.....	

## 3-BOŞALTIM

<b>Dışkılama alışkanlığı</b>	
Barsak sesleri	Sayı:..... Niteliği:.....,
Batın	( ) Sert ( )Normal ( )Yumuşak Kitle ( ) Yok ( ) Var Açıklayınız.....

Dışkılama problemleri	( )Var ( )Yok	Açıklayınız.....	
Lavman/laktasif kullanma durumu	( )Hayır ( )Evet	Açıklayınız.....	
<b>İdrar boşaltımı alışkanlığı</b>			
Boşaltım alışkanlığında değişiklik oldu mu?	( )Hayır ( )Evet	Açıklayınız.....	
Mesane	( )Sert ( )Yumuşak	Açıklayınız.....	
İdrar	Rengi....., Kokusu.....		
İdrar yolu enfeksiyonu	( ) Yok	( ) Var	Açıklayınız.....
Böbrek sorunu öyküsü	( ) Yok	( ) Var	Açıklayınız.....
Stoma	( ) Yok	( ) Var	Açıklayınız.....

#### 4-AKTİVİTE-EGZERSİZ

Genel görünüş	Açıklayınız.....						
Düzenli egzersiz	( ) Uygulamıyor, ( ) Uyguluyor, Tipi....., Sıklığı....., Süresi.....						
Postür....., Koordinasyon....., Kas Tonüsü....., Kas Gücü.....	Değişiklik Oldu mu? ( )Evet ( ) Hayır Açıklayınız.....						
<b>Kas-İskelet-Nörolojik Sistem</b>							
Kas-iskelet- sistemi	( )Tremor	( )Kramp	( ) Ağrı	( ) Pleji	( )Parapleji		
Derin tendon refleksi	Sağ ( )Yok ( )Var		Sol ( )Yok ( )Var				
<b>Kuvvet</b>							
Üst ekstremité	Eşit	Eşit Değil	Kuvvetli	Orta	Zayıf	ROM: Tam	Sınırlı
Alt ekstremité	Eşit	Eşit Değil	Kuvvetli	Orta	Zayıf	ROM: Tam	Sınırlı
<b>Aktivite</b>							
Aktivite toleransı	( ) Normal	( ) Çabuk yoruluyor	( ) Halsiz/Güçsüz				
Son günlerde değişiklik oldu mu?	( )Evet	( ) Hayır	Açıklayınız.....				
Göğüs,bacak/eklem, sırt ağrısı	( ) Yok	( ) Var	Açıklayınız.....				
Aktiviteye bağlı sorunlar	Açıklayınız.....						
<b>Kalp-Dolaşım Sistemi</b>							
KB.....	Ateş.....	Nabız:.....	Ritim.....	Dolgunluk.....			
Ektremitelerde: Isı.....	Renk.....	Ödem.....	Varis.....				
Human's Belirtisi	( )Sağ		( ) Sol				
<b>Solunum Sistemi</b>							
Solunum sayısı:	Oksijen satürasyonu:						
Solunum tipleri	( ) Normal Solunum ( )Wheezing, ( )Raller, ( ) Cheyne-Stokes Solunum ( )Kussmaul Solunum ( )Diğer.....						
<b>Solunum Problemi</b>	Yok	Var	Açıklayınız				
Solunum/oksijen desteği							
Dispne							
Ortopne							
Apne							
Öksürük							
Hemoptizi							
Balgam							

Siyanoz			
Burun akıntısı			
Burun tıkanıklığı			

## 5- UYKU-DİNLENME

Uyku arasında uyanma	Yok	Var	Açıklayınız.....
Gündüz uykusu			
Uyku problemi			
Uykunuz yeterli mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız.....
Uykuya dalmak için yapılanlar?	Açıklayınız: .....		
Toplam uyku süresi (saat)	Açıklayınız: .....		
Bireyde uykusuzluğun etkileri	Açıklayınız: .....		
Uyku dışında dinlendiren aktiviteler	Açıklayınız: .....		
Dinlenmeye engel olan durum/lar	Yok	Var	Açıklayınız.....

## 6- BİLİŞSEL-ALGISAL

Mental durum değerlendirmesi	Açıklayınız:.....		
Öğrenmeyi etkileyen faktörler	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
<b>Duyular</b>			
Görme problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
İşitme problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
Tat alma problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
Koku alma problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
Dokunma/Hissetme problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
Duyu organlarına yönelik kullanılan cihazlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
<b>Ağrı</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronik
Yeri			
Şiddeti (0-10 arasında )			
Özelliği (baticı, yanıcı vb.)			
Başlama zamanı			
Başlatan/artıran faktörler			
Azaltan faktörler			
Ağrıya tepki	Fiziksel:masaj, hareketsiz kalma, KB,nabız, solunum vb.....	Emosyonel:ağlama, acılı yüz ifadesi vb.....	
Ağrıyla başetme durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız.....

## 7. KENDİNİ ALGILAMA

Şu anki sağlık durumunuz sizde ne tür duygular yaratıyor?	Açıklayınız:
Sağlık durumunuzun genel görünümünüzü etkilediğini düşünüyor musunuz?	Açıklayınız:
Sağlığınızla ilgili endişeleriniz/korkularınız	Açıklayınız:

nelerdir?

## 8- ROL-İLİŞKİ

Aile yapısı	<input type="checkbox"/> Çekirdek	<input type="checkbox"/> Geniş	<input type="checkbox"/> Tek ebeveynli, diğer .....
Aile içi rolleriniz nelerdir?	<input type="checkbox"/> Ebeveyn, <input type="checkbox"/> Ev Kadını,	<input type="checkbox"/> Çocuk, <input type="checkbox"/> Öğrenci,	<input type="checkbox"/> Eş, <input type="checkbox"/> Bakım Verici, Diğer.....
Rollerini yerine getirebilme durumu	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
Aile içi rollerinizi yerine getirmeye ilişkin duygu ve düşünceleriniz	Açıklayınız		
Çalışma durumu	<input type="checkbox"/> Çalışıyor	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor	İşin yarattığı sağlık riskleri.....
Sizi destekleyen /yardımcı olan yakınlarınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız .....
Aile içinde her birey rahatça duygularını ve düşüncelerini paylaşır mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız.....
Bakıma katılmaya isteklilik	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız.....
Aile içi şiddet örüntüsü	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	Açıklayınız.....

## 9-CİNSELLİK-ÜREME

Dış genitaler	<input type="checkbox"/> Vulvada Kızarıklık, <input type="checkbox"/> Ağrı, <input type="checkbox"/> Koku, <input type="checkbox"/> Piruritis, <input type="checkbox"/> Ödem, <input type="checkbox"/> Varis, <input type="checkbox"/> Hematom, <input type="checkbox"/> Kılınma, <input type="checkbox"/> Laserasyon, <input type="checkbox"/> Diğer		
Menstruasyon Özellikleri	Menarş Yaşı.....	Menstruasyon Sıklığı.....	Süresi..... Pet Sayısı..... Rengi..... Kokusu.....
Perimenstrual dönemde yaşanan problemler	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız.....
Bu problemlerle nasıl baş ediyorsunuz?	Açıklayınız.....		
<b>Menstruasyon hijyeni</b>			
Kullanılan malzeme	<input type="checkbox"/> Ped	<input type="checkbox"/> Tampon	<input type="checkbox"/> Bez Değişirme sıklığı.....
Menstruasyon sırasında banyo yapma durumu	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Sıklığı.....
Vajinal duş yapıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Sıklığı.....
Vajinal akıntının özellikleri	Rengi.....	Kokusu.....	Miktarı.....
Günlük ped/ara bezi kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Değişirme sıklığı.....
<b>Vulva hijyeni</b>	Tuvaletten önce el yıkama:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
	Tuvaletten	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var

	sonra el yıkama:		
Tuvalette yıkanma	( ) Önden arkaya	( ) Arkadan öne	( ) Önem vermiyor
Perinenin kurulması	( ) Bezle	( ) Tuvalet kağıdıyla	( ) Kurulamıyor
İç çamaşırı	Cinsi: .....	Değiştirme sıklığı:.....	
<b>Cinsel öykü:</b>	Bazen hastalarımız cinsel fonksiyonlarına yönelik endişe duyarlar. Size bu konuya ilişkin birkaç soru sormak istiyorum. Görüşme sırasında konuştuklarımız aramızda kalacak. Görüşmeye başlamadan önce bu konuyla ilgili sormak istediğiniz bir sorunuz varsa, önce bunu yanıtlamak isterim. Bana sormak istediğiniz bir soru var mı? İzin verirseniz sorularımıza başlamak istiyorum.		
Aktif bir cinsel hayatınız var mı?	( ) Evet	( ) Hayır	
Cinsel aktiviteye başlama yaşıınız nedir?	.....		
Cinsel ilişki sıklığınız nedir?	Açıklayınız: .....		
Cinsel ilişki sıklığından memnun musunuz?	( ) Evet	( ) Hayır	Açıklayınız
Cinsel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu?	( ) Evet	( ) Hayır	Açıklayınız
Cinsellik ve cinsel aktivite hakkında herhangi bir sorunuz var mı?	( ) Evet	( ) Hayır	Açıklayınız
İçinde bulunduğunuz durumun (Gebelik/Hastalık/Ameliyat/Menopoz v.b) cinsel yaşantınızı nasıl etkileyeceğini /etkilediğini düşünüyorsunuz?	Açıklayınız		
Aile planlaması yöntemi kullanma öyküsü	( ) Var	( ) Yok	Açıklayınız
Aile planlaması danışmanlık gereksinimi	( ) Var	( ) Yok	Açıklayınız
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH)	( ) Gonore,	( ) Sifiliz,	( ) AIDS,
	( ) Herpes Simplex Tip II,	( )Kandiloma Akimunata,	( )Şankroid
CYBH'dan korunmak için alınan önlemler	Açıklayınız		

### Obstetrik Hikaye

Gravida.....	Para.....	Abortus.....	Küretaj.....		
Riskli gebelik öyküsü	Açıklayınız				
<b>Doğum/doğumlarını</b>					
Tarih	Nerede yaptı	Kim yaptırdı	Normal Doğum	Müdahaleli Doğum	Sezaryen
<b>Gebe ise</b>					
SAT:.....	TDT:.....				

Tahmini gebelik haftası			
Gebelik öncesi kilosu:.....	Gebelikte aldığı kilo:.....		
Gebenin izlem sıklığı	.....		
İzlem kim tarafından yapılıyor?	Açıklayınız.....		
Şu andaki gebeliğin istenme durumu	Açıklayınız.....		
Planlan doğum şekli	Açıklayınız.....		
Doğuma yönelik egzersiz ve rahatlama tekniklerini biliyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
Doğuma hazırlık yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
Baba adayının gebelik ve doğuma ilişkin düşünceleri neler?	Açıklayınız.....		
Gebeliğe ilişkin herhangi bir rahatsızlığı var mı?	Açıklayınız.....		
Gebenin stresle baş etmek için yaptıkları var mı?	Açıklayınız.....		

<b>Muayeneler</b>			
Leopold muayenesi sonuçları	Fundus yüksekliği..... Fetusun pozisyonu.....FKS:.....		
	Anne fetal hareketleri hissediyor mu? .....		
Meme	Renk değişikliği	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
	Gerginlik	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
	Meme ucunda çatlak	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
	Meme ucu	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
	Kolostrum salınımı	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Abdomen	<input type="checkbox"/> Stria	<input type="checkbox"/> Linea nigra	<input type="checkbox"/> Renk değişikliği <input type="checkbox"/> Herni

### Menopoz

Menopoz yaşı	Açıklayınız		
Menopoz tipi	<input type="checkbox"/> Doğal	<input type="checkbox"/> Cerrahi	<input type="checkbox"/> Preterm <input type="checkbox"/> Geç
Menopozal şikayetleri	<input type="checkbox"/> Var,	<input type="checkbox"/> Yok,	Açıklayınız
Şikayetlerle başetme durumu	Açıklayınız		
Menopozla ilgili danışmanlık gereksinimi	Açıklayınız		

### 10-BAŞETME –STRES TOLERANSI

Gözlemlenen stres belirti ve bulguları	Açıklayınız
Sorunlarınızla baş etmek/rahatlamak için neler yapıyorsunuz?	Açıklayınız
Yaptıklarınız ne kadar yararlı oluyor?	Açıklayınız
Sağlık personeli size nasıl yardımcı olabilir?	Açıklayınız

### 11-DEĞER-İNANÇ

Sağlığınıza korumak ya da hastalandığınızda iyileşmek için yaptığınız geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalar nelerdir?

Açıklayınız



**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU**

TEST	REFERANS ARALIĞI*	TARİH	TARİH	TARİH
Eritrosit (RBC)	4- 6 milyon/mm <sup>3</sup>			
Hemoglobin(HGB)	12-16 g/dL			
Hemotokrit(HTC)	35-52 %			
Trombosit	150-450 BIN/μl			
Lökosit(WBC)	4,800-10,800 BIN/mm <sup>3</sup>			
Na+	136 -145 mEq/L			
K+	3,5-5,1 mEq/L			
Ca	8,4- 10,2 mg/dL			
Mg				
<b>KAN ŞEKERİ</b>				
Açlık	74-106 mg/dL			
Tokluk				
HbA1C	% 4,8-5,9			
BUN	6-20 mg/dL			
Kreatin	0,7-1,2 mg/dL			
Üre	3,4-7 mg/dl			
Ürik asit				
Total Kolesterol	40-129 U/L			
HDL	35-75 mg/dL			
LDL	60-130 mg/dL			
Trigliserid	50-200 mg/dL			
CPK:				
CPK MB:	0 -4,94 ng/mL			
LDH	135-214 U/L			
ALT	0-41 U/L			
AST	0-40 U/L			
Total protein	6,6-8,7 g/Dl			
Albumin	3,97- 4,94 g/dL			
Total bilirubin	0.1-1.2 mg/dL			
Direkt bilirubin	0-0.2 mg/dL			
PT	10,4-14 sn			
INR	0,85-1,15			
<b>ARTERİYEL KAN GAZLARI</b>				
PH	7.35-7.45			
PaO <sub>2</sub>	90-100 mm/Hg			
PaCO <sub>2</sub>	35-45 mm/Hg			
SpO <sub>2</sub>	95-97 %			
HCO <sub>3</sub>	22-26 mEq/L			
<b>İDRAR</b>				
Dansite	1.001-1.035			
pH	4.5-7.5			
Lökosit	1-2			
Eritrosit	0-1			
Kültür/Antibiyogram				

HCG				
<b>DİĞER</b>				

### TANISAL İŞLEMLER

Tarih	Testin Adı	Yapılma Nedeni	Sonuç ve Yorum

İLAÇ FORMU

İlacın adı	Uygulama şekli/Dozu	İlacın kullanılma nedeni Etken madde Etki mekanizması	Hemşirenin dikkat etmesi gerekenler



## TRAVAY İZLEM FORMU

Adı-Soyadı:

Yaş:

SAT:

TDT:

Gebelik Haftası:

Kan Grubu:

Travay Odasına Geliş Saati:

Eylemin Başlaması:

Kendiliğinden  Saat:

İndüksiyonla  Saat:

Lavman  Saat:

İdrara Yapma  Saat:

Saat	Kan Basıncı	Nabız	Ateş	Solunum	FKA	Solüsyon Cinsi	Şişe seviyesi	DDS	Giden Sıvı

Doğum şekli:

Tarih:

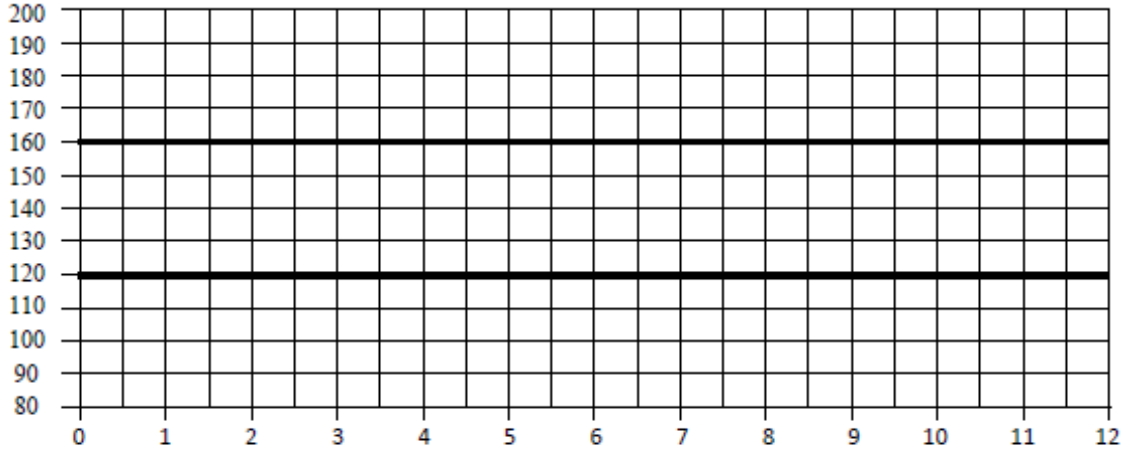
Saat:

Öğrencinin adı-soyadı:

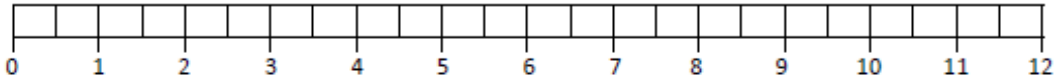
PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

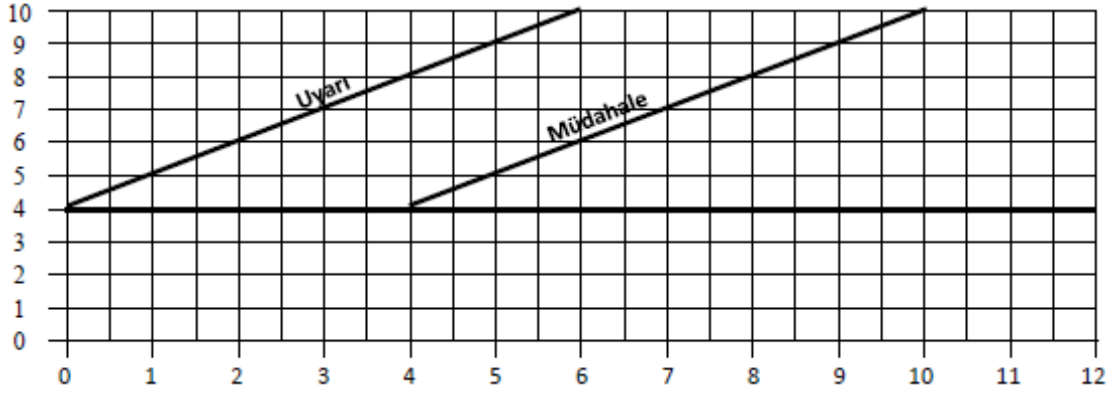
Fetal Kalp Atım Hızı



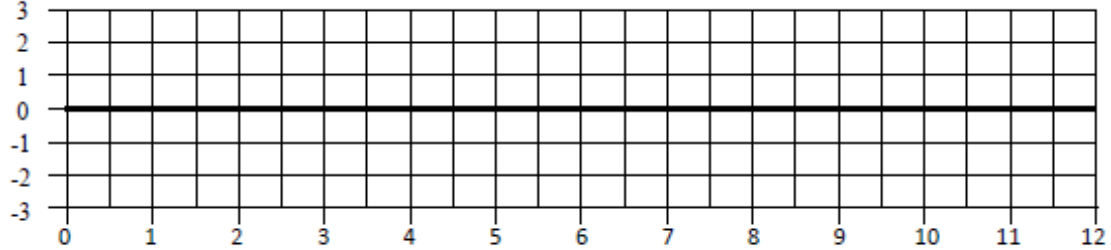
Amniyon Sıvısı



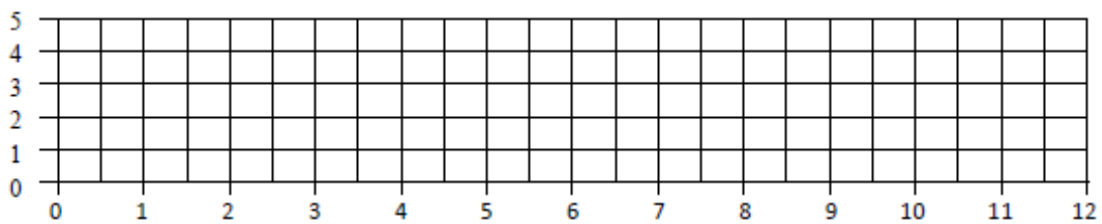
Serviks Açıklığı



Baş Seviyesi



Kontraksiyon Süresi



**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ**  
**DOĞUM SONU DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU**

**Tarih:**

**Hasta Adı-Soyadı (Rumuz):**

**Öğr. Hemş. Adı Soyadı:**

Doğum şekli:		Doğum tarihi ve saati:	
İlk idrara çıkma: .....saat		Beslenmeye başlama:.....saat	
<b>Fizik Muayeneye İlişkin Veriler</b>			
Gaz çıkışı: ( ) var ( ) yok		Bulantı ( ) var ( ) yok	
Kusma ( ) var ( ) yok			
Fundus : Kıvamı.....		Yüksekliği.....	
Loşia Karakteri: Rengi: Miktarı: Kokusu: Pıhtı: ( ) var ( ) yok			
<b>Vaginal/Normal Doğum</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>	<b>Sezaryen Doğum</b>
<b>Epizyotomi:</b> Ağrı: Hematom: Kızarıklık: Ödem: Akıntı: Kanama: Süturlarda açılma Diğer:			<b>İnsizyon</b> Ağrı: Hematom: Kızarıklık: Akıntı: Kanama: Süturlarda açılma: Diğer:
<b>Meme</b> Dolgunluk: Ağrı: Meme ucu çöküklüğü: Meme ucunda çatlak:			
<b>Emzirme</b>			
İlk emzirme zamanı		Saat: .....	
Emzirme süresi		Saat: .....	
Bebeği emziriyor mu?		( ) Evet	( ) Hayır ( ) Kısmen
Kolostrum salgısını bebeğe verdi mi?		( ) Evet	( ) Hayır ( ) Kısmen
Bebeğin emmesi yeterli mi?		( ) Evet	( ) Hayır ( ) Kısmen
Memeden yeterince süt geliyor mu?		( ) Evet	( ) Hayır ( ) Kısmen
Emzirme sonrası bebeğin gazı çıkarılıyor mu?		( ) Evet	( ) Hayır ( ) Kısmen
<b>Konfor</b>		<b>Yeterli</b>	<b>Yetersiz</b> <b>Kısmen</b>
Doğum sonu dinlenme durumu:			
<b>Anne-Bebek Bağlanma</b>			
Bebeği ile ilgilenme durumu:			
<b>Destek</b>			
Babanın anneye karşı tutumu:			
Ailenin anneye karşı tutumu:			
Babanın bebeğe karşı tutumu:			
<b>Bilgi Gereksinimi</b>			
Fundus masajı			
Loşia			
Perine hijyeni			
Emzirme			
Meme bakımı			
Bebek bakımı			
Göbek bakımı			
Beslenme			
Cinsel yaşam			
Aile planlaması			
Doğum sonu egzersiz			
Doğumsonu tehlike belirtileri ( kanama, mastit, vb)			



ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ  
DOĞUM SONU ANNE İZLEM FORMU

Tarih:  
Öğr. Hemş. Adı Soyadı:

Saatler							
Fundusun Yüksekliği							
Pet Sayısı							
Kanama Miktarı							
Kanama Özelliği							
Cilt Özelliği (Soğuk, sıcak v.s)							
Fundus Masajı							
Epizyo Takibi (hematom, enfeksiyon, açılma, akıntı..)							
İnsizyon bölgesi takibi (hematom, enfeksiyon, açılma, akıntı..)							
Hayati bulgular -T.A -Solunum -Nabız -Ateş							
Aldığı /çıkardığı Sıvı takibi							
Diğer Bulgular							

ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
KADIN SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ  
YENİDOĞAN VERİ TOPLAMA FORMU

**Tarih:**

**Bebeğin adı (Rumuz):**

Bebeğin Isıtılması :  
Göz Profilaksisi :  
K Vitamini :  
Kordon Muayenesi :  
Apgar Puanı :  
Ağırlık : Boy : Baş Çevresi: Göğüs Çevresi:  
Ateş : Nabız: Solunum Sayısı :  
Rh Uyuşmazlığı: Var ( ) Yok ( )  
Ağlama Şekli: Güçlü ( ) Zayıf ( ) Sürekli ( ) İnleme Şeklinde ( ) Yok ( )

**Deri Bulguları :**

Solukluk: Siyanoz/ Yeri : Sarılık:  
Turgor/Tonus: Hipotonik : Hipertonik :  
Peteşi : Ekimoz : Purpura :  
Ödem : Verniks Kazeoza: Milia:  
Hemanjiyom: Mongol Lekesi: Toksik Eritem:

**Baş :**

Saç yapısı :  
Baş Şekli :  
Fontaneler ; Ön fontanel .....cm Kabarıklık ( ) Çökük ( )  
Arka Fontanel .....cm Kabarıklık ( ) Çökük ( )  
Vakum İzleri :  
Sefal Hematom : Caput Saksadenum :

**Yüz :**

Renk : Döküntü: Simetri: Ödem: Fasiyal Asimetri :

**Göz :**

Akıntı : Konjunktivit : Sarılık: Ödem : Sklera rengi:

**Kulak :**

Asimetri : Akıntı :

**Burun :**

Burun Akıntısı : Burun Tıkanıklığı :

**Ağız ve Boğaz :**

Renk: Nemlilik: Emme Özelliği: Yutma Özelliği: Diğer:

**Solunum Sistemi/Göğüs :**

Solunum Şekli (Abdominal, diyafram ) :

Apne:

Retraksiyon:

Solunum sesleri:

Burun kanadı solunumu:

Sekresyon:

Toraks Simetrisi:  
Meme Akıntısı ve Şişlik:

**Abdomen :**

Göbek Kordonu: Akıntı: Enfeksiyon: Kanama: Umbilikal Herni :  
Distansiyon:

**Ekstremiteler :**

Üst Ekstremiteler :  
Hareket : Asimetri :  
Alt Ekstremiteler :  
Hareket : Asimetri :  
Doğumsal Kalça Çıkığı (DKÇ) :  
İnguinal herni:  
Femoral Arter: ( ) hissediliyor ( ) hissedilmiyor

**Genital Sistem :**

**Kızlar :**

Labia Majör : Labia Minör : Klitoris : Akıntı/ Kanama:

**Erkekler :**

Fimozis : Üretral açıklık: ( ) önde, ( ) ortada, ( ) arkada Testisler:

**Nörolojik Sistem :**

Gözle İzleme : Emme Refleksi :  
Yutma Refleksi : Adımlama Refleksi :  
Yakalama Refleksi : Arama Refleksi :  
Babinski Refleksi : Moro Refleksi :  
Spinal Kord :

**Beslenme :**

Besleme Şekli ( Anne Sütü/ Formül) :  
Kusma :  
Regürjitasyon :

**Boşaltım :**

İlk idrar yapma zamanı: Sıklığı: Miktarı ( bez/gün) Rengi:  
İlk gaita yapma zamanı: Sıklığı: Miktarı: (bez/gün) Rengi:

## GÜNLÜK VERİ TOPLAMA FORMU

Hastanın Adı ve Soyadı (Rumuz):.....

Öğrencinin Adı ve Soyadı: .....

	Tarih:	Tarih:		
1. Sağlık Algılama -Sağlığın Yönetimi				
2.Beslenme-Metaobolik				
3. Boşaltım				
4. Aktivite – Egzersiz				
5.Uyku-Dinlenme				
6. Bilişsel-Algısal				
7. Kendini Algılama				
8. Rol-İlişki				
9. Cinsellik-Üreme				
10. Baş etme –Stres toleransı				
11. Değer-İnanç				
İlaçlar/Sıvılar	Adı-Dozu	Etkisi	Adı-Dozu	Etkisi



ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ  
KLİNİK UYGULAMA BECERİ TAKİP FORMU

BECERİ LİSTESİ

TARİH	Kadının Fizik Muayenesi	Fundus Yüksekliğinin Ölçümü	Leopold Muayenesi	FKS Dinleme	Kontraksiyon Takibi	Fundus Masajı	Loşia Takibi	Epizyotomi Bakımı	Meme Bakımı	Emzirmenin Desteklenmesi	Göbek Bakımı	Yenidoğan Fizik Muayenesi	Diğer

Öğrencinin Adı Soyadı:  
İmza

Öğretim Elemanı Adı- Soyadı  
İmza

### HASTA BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Adı Soyadı .....

Öğrencinin Adı-Soyadı .....

Tarih	Prb. No	TANILAMA	PLANLAMA		UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
			Amaç / Sonuç Kriterleri	Müdahaleler/Girişimler		
		Hemşirelik Tanıları (G/P/O) Kollobratif Problemler( PK)	Amaç / Sonuç Kriterleri	Müdahaleler/Girişimler		
		Etiyolojik faktörler:	Amaç:			
		Tanımlayıcı kriterler:	Sonuç kriterleri:			