



**T.C.
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

EBELİK BÖLÜMÜ

**YAZ STAJI
UYGULAMA DEFTERİ 1**

Döşemealtı/ANTALYA

Ayrıntılı bilgi için irtibat: 3210

Tele-faks : 0 242 245 00 00

Elektronik Ağ: <https://antalya.edu.tr/tr/fakulte-ve-enstituler/saglik->

MESLEKİ UYGULAMA REHBERİ

1. Öğrenci mesleki uygulama yapacakları işyerlerini kendileri bulacaklardır.
2. Staj başvuru işlemleri her yıl Cumhurbaşkanlığı İnsan Kaynakları Ofisi Kariyer Kapısı'ndan yapılacaktır.
3. Mesleki uygulama yeri hakkında: Üniversite Hastaneleri, Tam Teşekküllü Devlet Hastanelerinde ve eğer varsa doğumhane, kadın doğum klinikleri, kadın doğum polikliniği ve yenidoğan servisi bulunan tam teşekküllü özel hastanelerde de gerçekleştirilebilir. Öğrenciler uygulamalarını bu hastanelerin kadın doğum klinikleri, poliklinikleri ve prenatal hazırlık sınıfları/okulları ya da kurslarında gerçekleştirecektir. Bu alan/birimler dışında farklı servislerde çalışmayacaktır.
4. Öğrenci belirlenen staj yerini ve yaz stajı onaylı kabul yazısını staj başlama tarihinden en az 15 gün önce Antalya Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölüm Başkanlığına bildirir.
5. Staj tamamlandıktan sonra en geç 2 hafta içerisinde staj defteri bölüm sekreterliğine teslim edilecektir. Süresi içerisinde staj belgelerini teslim etmeyen öğrenci stajını yapmamış sayılır.
6. Stajyer öğrenciler için Antalya Bilim Üniversitesinin (http://admin.antalya.edu.tr/files/121/_Y-Y_-0085_Ebelik_B_1_m_Yaz_Staji_Y_nergesi.pdf) ve Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği'nin (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16532&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>) hükümleri staj sırasında da geçerlidir.
7. Staj uygulaması sonunda yapılacak işlemler;
 - *Staj defterindeki dilekçe örneğindeki boşlukları ve tanıtıcı bilgilerini mavi tükenmez kalemle doldurarak ve fotoğrafını yapııştırarak imza için Ebelik Bölüm Başkanlığına başvurmalıdır.
 - *İlgili staj defteri spiralli formatta tek dosya halinde öğrenci tarafından temin edilip, staj süresinde doldurulacaktır.
 - *İlgili formlar işyeri yetkilisi tarafından doldurulup onaylanacak.
 - *Staj defteri kapağı işyeri sorumlusu tarafından onaylanacak.
 - *Staj defterinin her bakım planının ilk sayfası servis sorumlusu tarafından onaylanacak.
8. Staj defteri yazımında dikkat edilecek noktalar
 - *Staj süresince yapılan iş ve işlemleri kapsayacak biçimde yazılır.
 - *Staj boyunca doldurulan imza föyü ve yaz stajı değerlendirme formu staj bitiminde kapalı zarfta gizli olarak defterle birlikte gönderilecektir.
9. Mesleki uygulama defteri, Yaz Stajı Komisyonunca incelenerek değerlendirilir. Başarısızlık durumunda staj tekrarlanır.
10. Yatay geçişle programa intibakı yapılan öğrencilerin geçmişteki yaz dönemi mesleki uygulamaları, staj komisyonunun gerekli mesleki uygulama evraklarını incelemesi ile karara bağlanır.
11. Doldurulması gereken formlar doldurularak ilgili kişilere onaylatılacaktır.
12. Öğrencinin mesleki uygulama prosedürünü inceleyerek işlemlerini eksiksiz ve tam yapması esastır.
13. Mesleki uygulamalar her yıl bölüm tarafından belirlenen iki tarih aralığından birinde yapılacaktır (Bu tarih aralığının dışında mesleki uygulama yapılmayacaktır.)

İLGİ:

Kurumunuzda mesleki uygulaması yapması uygun görülen ve aşağıda adı-soyadı ve programı belirtilen öğrencilerimize ait staj başarı belgeleri ektedir. Yapılacak olan mesleki uygulama bitiminde ‘Mesleki Uygulama Başarı Belgesi’ doldurulup onaylandıktan sonra kapalı zarf içerisinde “Gizli” olarak mesleki uygulama yapan öğrencimize elden teslim edilmesini arz ve rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ŞAHAN

Ebelik Bölüm Başkanı

EK: 1-Mesleki Uygulama Başarı Belgesi

ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI:

BÖLÜMÜ:

ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
YAZ DÖNEMİ MESLEKİ UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU

Adı Soyadı:

Uygulama Yeri:

Uygulama Notu:

TARİHLER

TOPLAM

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	Puan								
PROFESYONEL GÖRÜNÜM VE DAVRANIŞA UYMA	50								
Mesleki yönde gelişme	5								
Kendine güvenli olabilme	5								
Geliş-Gidiş düzeni, üniforma düzenine dikkat etmesi	5								
Hasta/Birey ile iletişimin profesyonelce olması	5								
Danışmanı ile iletişimin profesyonelce olması	5								
Ekip ile iletişimin profesyonelce olması	5								
Teorik bilgiyi beceriye dönüştürebilme	5								
Öğrenme isteği, çabası, araştırmacılığı	5								
Planlanan çalışmayı uygulayabilme	5								
Akut durumlarda uygun girişimlerde bulunabilme	3								
Teslim alıp-verme	2								
EBE GÖZLEM VE BAKIM FORMU	50								
Hastadan anamnez alma	7								
Sağlıklı ve riskli gebenin/lohusanın (anne ve yenidoğan) fizik muayenesini yapabilme	10								
Gözlemlerine dayalı sorun saptama becerisi	6								
Saptanan sorunlara dayalı olarak hastaya bakım planlayabilme becerisi	7								
Saptanan sorunlara dayalı olarak hastaya planladığı bakımı uygulayabilme becerisi	8								
Hastalık hakkında bilgi sahibi olma	5								
Planlı ve spontan, sağlık eğitimi /öğretimi yapabilme	7								
		GENEL TOPLAM							

Uygulama Başarı Notu:
Değerlendirmeyi Yapan Staj Sorumlusu
İmza:

Uygulama Başarı Notu:
Öğretim Elemanı:
İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Öğrencinin,

Adı :

Soyadı :

Numarası :

Programı ve Sınıfı :

İletişim Adresi :

E-postası :

Telefonu :

Staj Yılı :

Staja Başlama Tarihi :/...../.....

Stajı Bitiriş Tarihi :/...../.....

Toplam Çalışılan İş Günü :

FOTOĞRAF

Kurum Stajyer Sorumlusu	Kurum Onayı Veren Kişi (Aynı kişi olabilir)
Adı / Soyadı:	
Ünvanı:	
Tel:	
E – Posta:	

Staj Yapılan Kurum :

Staj Yapılan Departman :


Sayın Staj Sorumlusu,

5510 Sayılı ‘‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’’ gereği staj yapacak öğrencimize staj süresince sigorta yapılmaktadır. Bu nedenle staj süresinde mazeret izni kullanacak öğrencilere aşağıdaki İzin Belgesi’nin doldurulması gerekmektedir.

Bilgilerinize arz ve rica ederiz

İZİN BELGESİ

Mesleki Uygulama Yapılan Kurum:	
İzin Tarihi: Telafi Tarihi:	
İzin Kullanma Nedeni	
Staj Sorumlusu	İmza
Öğrencinin Adı – Soyadı	İmza

 <p>ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ</p>	<p>T.C. ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tarih:

Öğrenci 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

Hastane yatış tarihi:						
Geldiği yer: Acil <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Yoğun bakım <input type="checkbox"/> Diğer.....						
Tıbbi Tanısı:						
Hastalık Öyküsü:						
Genel sağlık durumu						
() Çok İyi () İyi () Orta () Kötü						
Özgeçmiş: DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KVH <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Diğer						
Soygeçmiş: DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KVH <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Diğer						
Alışkanlıklarınız						
		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	
	İlacın Adı	Dozu	Uygulama Şekli	Etken Maddesi	Saati	Yan Etkileri

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

Dışkılama alışkanlığı			
Barsak sesleri	Sayı:..... Niteliği:.....		
Batın	<input type="checkbox"/> Sert <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Yumuşak Kitle <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Açıklayınız.....		
Dışkılama problemleri	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Açıklayınız.....	
Lavman/laktasif kullanma durumu	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Açıklayınız.....	
İdrar boşaltımı alışkanlığı			
Boşaltım alışkanlığında değişiklik oldu mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Açıklayınız.....	
Mesane	<input type="checkbox"/> Sert <input type="checkbox"/> Yumuşak	Açıklayınız.....	
İdrar	Rengi....., Kokusu.....		
İdrar yolu enfeksiyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız.....
Böbrek sorunu öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız.....
Stoma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız.....

4-AKTİVİTE-EGZERSİZ

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

Solunum Problemi	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?	()Evet	() 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	() Yok	()Var	Açıklayınız
Duyular			
Görme problemi	() Yok	()Var	Açıklayınız
İşitme problemi	() Yok	()Var	Açıklayınız
Tat alma problemi	() Yok	()Var	Açıklayınız
Koku alma problemi	() Yok	()Var	Açıklayınız
Dokunma/Hissetme problemi	() Yok	()Var	Açıklayınız
Duyu organlarına yönelik kullanılan cihazlar	() Yok	()Var	Açıklayınız
Ağrı	() Yok	()Var	() Akut () Kronik
Yeri			
Şiddeti (0-10 arasında)			
Özelliği (batıcı, 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 başatme durumu	()Yok	() 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 nelerdir?	Açıklayınız:

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"/> Kıllanma, <input type="checkbox"/> Laserasyon, <input type="checkbox"/> Diğer		
Menstrasyon 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.....		
Menstruasyon hijyeni			
Kullanılan malzeme	<input type="checkbox"/> Ped	<input type="checkbox"/> Tampon	<input type="checkbox"/> Bez Değiştirme 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	Değiştirme sıklığı.....
Vulva hijyeni	Tuvaletten önce el yıkama:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
	Tuvaletten sonra el yıkama:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Tuvalette yıkanma	<input type="checkbox"/> Önden arkaya	<input type="checkbox"/> Arkadan öne	<input type="checkbox"/> Önem vermiyor
Perinenin kurulanması	<input type="checkbox"/> Bezle	<input type="checkbox"/> Tuvalet kağıdıyla	<input type="checkbox"/> Kurulamıyor
İç çamaşırı	Cinsi:	Değiştirme sıklığı:.....	
Cinsel öykü:	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 verirsiniz sorularına başlamak istiyorum.		
Aktif bir cinsel hayatınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Cinsel aktiviteye başlama yaşınız nedir?		
Cinsel ilişki sıklığınız nedir?	Açıklayınız:		
Cinsel ilişki sıklığınızdan memnun musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
Cinsel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
Cinsellik ve cinsel aktivite hakkında herhangi bir sorunuz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
İçinde bulunduğunuz durumun (Gebelik/Hastalık/Ameliyat/Menopoz v.b) cinsel yaşantınızı nasıl etkileyeceğini /etkilediğini düşünüyorsunuz?	Açıklayınız		
Aile planlaması yöntemi kullanma öyküsü	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	Açıklayınız
Aile planlaması danışmanlık gereksinimi	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	Açıklayınız
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH)	<input type="checkbox"/> Gonore, <input type="checkbox"/> Sifiliz, <input type="checkbox"/> AIDS, <input type="checkbox"/> Herpes Simplex Tip II, <input type="checkbox"/> Kandiloma Akimunata, <input type="checkbox"/> Şankroid		
CYBH'dan korunmak için alınan önlemler	Açıklayınız		

Obstetrik Hikaye

Gravida.....	Para.....	Abortus.....	Küretaj.....		
Riskli gebelik öyküsü	Açıklayınız				
Doğum/doğumlarını					
Tarih	Nerede yaptı	Kim yaptırdı	Normal Doğum	Müdahaleli Doğum	Sezaryen
Gebe ise					
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?	() Evet	() Hayır	Açıklayınız		
Doğuma hazırlık yapıldı mı?	() Evet	() 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.....				

Muayeneler	
Leopold muayenesi sonuçları	<p>I. Leopold: Fundus-pubis yüksekliği: _____/Lunar ay: _____/Lunar hafta: _____</p> <p>II. Leopold: Sitüs ve pozisyon Longitudinal () Transvers () Oblik () D1 () D2 ()</p> <p>III. Leopold: Prezantasyon Baş () Makat () Diğer: (belirtiniz)</p> <p>IV. Leopold: Angajman durumu Mobil () Fikse ()</p>
	Anne fetal hareketleri hissediyor mu?
	BDP(Biparietal Çap):
	FL(Femur Uzunluğu):
	AC (Karın çevresi):
	EFW (Tahmini fetal ağırlık):
	İkili Tarama testi
	Üçlü Tarama Testi

Fetal Değerlendirme:	Dörtlü Tarama Testi			
	Nukkal Kalınlık (Ense Kalınlığı):			
	Burun kökü / kemiği gelişimi:			
	NST (<i>yapılmış ise</i>)	Reaktif ()	Nonreaktif ()	
	Fetal Kalp Hızı(FKH):			
	Fetal Hareketlerin Anne Tarafından Takibi: (<i>açıklama yapılacak</i>)			
Fetal Değerlendirme:	İleri düzey ultrason sonucu:			
	Antenatal İnvaziv Girişim:	Amniyosentez:		
		Korion Villus Biyopsisi (CVS):		
		Fetal Karyotipleme:		
		Kordosentez:		
		Servikal dilatasyon:		
		Efasman:		
		Amnios mayi:	Açıldığı tarih saat:	
		Kontraksiyonlar:		
Kanama:				
Meme	Renk değişikliği	() Var	() Yok	
	Gerginlik	() Var	() Yok	
	Meme ucunda çatlak	() Var	() Yok	
	Meme ucu	() Var	() Yok	
	Kolostrum salınımı	() Var	() Yok	
Abdomen	() Stria	()Linea nigra	()Renk değişikliği	()Herni

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

Sağlığınızı korumak ya da hastalandığınızda iyileşmek için yaptığınız geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalar nelerdir?	Açıklayınız
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

12. GEBELİĞE BAĞLI ŞİKAYETLER VE ÖNERİLER

Olağan Şikâyetlere İlişkin Sorunlar	Evet	Hayır	Trimester	Sorunlara İlişkin Öneriler / Yapılanlar
Bulantı/Kusma				
Pika				
Pityalizm				
Diş ve Diş eti Sorunu				
Hazımsızlık ve Mide yanması				
Burun tıkanıklığı				
Burun kanaması				
Çarpıntı				
Nefes darlığı				
Üriner sistem şikayetleri				
Genital sistem enfeksiyon belirtisi				
Koitus				
Konstipasyon				
Hemoroid				
Kas krampları				
Sırt ve bel ağrısı				
Baş Ağrısı				
Yorgunluk ve halsizlik				
Ödem				
Memelerde hassasiyet				
Boğazda rahatsızlık:				
Ateş:				
Üşüme:				
Geçmeyen öksürük:				
Göğüs enfeksiyonları:				
Bulantı-kusma:				
Aşırı susama:				
Kabızlık:				

İshal:				
İdrar yaparken yanma:				
Baş ağrısı:				
Anormal vajinal akıntı (koku, miktar ve renk açısından özelliği):				
Vajinal kanama:				
Vajinadan sıvı sızıntısı:				
İştahsızlık:				
Psikolojik problemler:				
Göğüs ağrısı:				
Göğüste kitle:				
Göğüsten sıvı sızıntısı:				
Kramp:				
Ayak ve bacaklarda ödem:				
Aşerme:				
Alerji:				
Hemoroid:				
Varis:				
Bebeğini emzirmeye istekli mi?				
Diğer:.....				

13. ALDIĞI-ÇIKARDI TAKİBİ

ALDIĞI	Saat-Tarih	Saat-Tarih	ÇIKARDIĞI	Saat-Tarih	Saat-Tarih
ORAL			İDRAR		
TÜPLE BESLENME			NG-DREN		
IV			KUSMA		
			DIŞKI		
DİĞER			DİĞER		
8/24 SAAT TOPLAM			8/24 SAAT TOPLAM		
DEĞERLENDİRME					

14. GEBELİKTE RİSKLİ DURUMLAR

Gebelikte gelişen sağlık sorunları	Sorunun başlama zamanı	Hastaneye başvurma zamanı	Yapılan işlem	Şu an alınan tedavi/bakım protokol
Kalp hastalığı				
Diyabet				
Anemi				
Enfeksiyon hastalıkları				
Böbrek hastalığı				
Plesanta previa				
Ablatio plesanta				
EMR				
PIH				
Hiperemezis gravidarum				
Prematür eylem				
Düşük tehdidi				
Mol hidatiform				
Ektopik gebelik				
Oligohidroamnios/ Polihidroamnios				
Diğer				

15. GEBE VE YAKINLARININ EĞİTİM İHTİYACI

(Lütfen işaretleyiniz)

Emzirme:
Gebelikte beslenme:
Gebelikte kişisel bakım:
Doğum öncesi egzersizler:
Doğuma hazırlık:
Yenidoğan bakımı:
Aile planlaması:
Doğum sonu kişisel bakım:
Meme muayenesi ve bakımı:
Menopoz:
Menstrual hijyen:
Vajinal enfeksiyonlar:
Diğerleri:.....

Lütfen gebeye ya da ailesine verdiğiniz eğitimleri yazınız.

-
-
-
-

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU**

TEST	REFERANS ARALIĞI*	TARİH	TARİH	TARİH
Eritrosit (RBC)	4- 6 milyon/mm ³			
Hemoglobin(HGB)	12-16 g/dL			
Hemotokrit(HTC)	35-52 %			
Trombosit	150-450 BIN/μl			
Lökosit(WBC)	4,800-10,800 BIN/mm ³			
Na+	136 -145 mEq/L			
K+	3,5-5,1 mEq/L			
Ca	8,4- 10,2 mg/dL			
Mg				
KAN ŞEKERİ				
Açlık	74-106 mg/dL			
Tokluk	% 4,8-5,9			
HbA1C				
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			
ARTERİYEL KAN GAZLARI				
PH	7.35-7.45			
PaO ₂	90-100 mm/Hg			
PaCO ₂	35-45 mm/Hg			
SpO ₂	95-97 %			
HCO ₃	22-26 mEq/L			
İDRAR				
Dansite	1.001-1.035			
pH	4.5-7.5			
Lökosit	1-2			
Eritrosit	0-1			
Kültür/Antibiyogram				
HCG				
DİĞER				

TANISAL İŞLEMLER

Tarih	Testin Adı	Yapılma Nedeni	Sonuç ve Yorum

İLAÇ FORMU

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

GÜNLÜK VERİ TOPLAMA FORMU

Hastanın Adı ve Soyadı (Rumuz):.....

Öğrencinin Adı ve Soyadı:

	Tarih:	Tarih:		
1. Sağlığı Algılama -Sağlığın Yönetimi				
2.Beslenme-Metaobolik				
3. Boşaltım				
4. Aktivite – Egzersiz				
5.Uyku-Dinlenme				
6. Bilişsel-Algisal				
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

HASTA BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Adı Soyadı

Öğrencinin Adı-Soyadı

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