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

**Tarih:**  
**Öğrencinin Adı-Soyadı:**  
**Servis/Ünite:**  
**Öğretim Elemanı Unvanı/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>Ahşkanlıklarınız</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>Etken Maddesi</b>	<b>Saati</b>	<b>Yan Etkileri</b>
	Sağlık kontrolü sıklığı				Açıklayınız.....	
<b>Koruyucu 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	<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.....	
<b>İdrar boşaltım alışkanlığı</b>			
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 Oldumu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Açıklayınız.....				
<b>Kas-İskelet-Nörolojik Sistem</b>					
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		
<b>Kuvvet</b>					
Üst 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"/>
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"/>
<b>Aktivite</b>					
Aktivite toleransı	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Çabuk yoruluyor	<input type="checkbox"/> Halsiz/Güçsüz		
Son günlerde değişiklik oldumu?	<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.....				
<b>Kalp-Dolaşım Sistemi</b>					
KB.....	Ateş.....	Nabız.....	Ritim.....	Dolgunluk.....	
Ektremiteelerde: Isı.....	Renk.....	Ödem.....	Varis.....		
Human's Belirtisi	<input type="checkbox"/> Sağ		<input type="checkbox"/> Sol		
<b>Solumun Sistemi</b>					
Solumun sayısı:	Oksijen saturasyonu:				
Solumun tipleri	<input type="checkbox"/> Normal Solumun		<input type="checkbox"/> Wheezing,	<input type="checkbox"/> 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?	( )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
<b>Duyular</b>			
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
<b>Ağrı</b>	( ) Yok	( )Var	( ) Akut   ( ) Kronik
Yeri			
Şiddeti (0-10 arasında )			
Özelliği(batıcı, yamcı vb.)			
Başlama zamanı			
Başlatan/artıran faktörler			
Azaltan faktörler			
Ağrıya tepki	Fiziksel:masaj, hareketsiz kalma, KB,nabız, solunum vb.....	Emosyonel:ağlama, acılı yüz ifadesi vb.....	

Ağrılabasetme 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 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"/> Çocuk, <input type="checkbox"/> Eş, <input type="checkbox"/> Bakım Verici, <input type="checkbox"/> Ev Kadını, <input type="checkbox"/> Öğrenci, 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 içişiddet 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		
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.....		
<b>Menstruasyon hijyeni</b>			
Kullanılan malzeme	<input type="checkbox"/> Ped <input type="checkbox"/> Tampon <input type="checkbox"/> Bez Değişirme sıklığı.....		
Menstruasyon sırasında banyo	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Sıklığı.....

yapma durumu			
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.....
<b>Vulva hijyeni</b>	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:.....
<b>Cinsel öykü:</b>	Bazen hastalarımız cinsel fonksiyonlarına yönelik endişe duyarlar. Size bu konuya ilişkin birkaç soru sormak istiyorum. Görüşme sırasında konuştuğumuz 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 sorularıma 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 sıklığından 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		

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?	( ) 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.....				

<b>Muayeneler</b>	
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 (Karn çevresi):
	EFW (Tahmini fetal ağırlık):
	İkili Tarama testi
	Üçlü Tarama Testi

Fetal Değerlendirme:	Dörtlü Tarama Testi			
	Nükkal 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

Sağlığımızı korumak ya da hastalandığımızda iyileşmek için yaptığımız 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 (Anormal vajinal akıntı koku, miktar ve renk açısından özelliği)				
Koitus				
Konstipasyon				
Hemoroid				
Kas krampları				
Sırt ve bel ağrısı				
Baş Ağrısı				
Yorgunluk ve halsizlik				
Ödem				
Memelerde hassasiyet				

Boğazda rahatsızlık:				
Ateş:				
Uşüme:				
Geçmeyen öksürük:				
Göğüs enfeksiyonları:				
Aşırı susama:				
Ishal:				
İdrar yaparken yanma:				
Baş ağrısı:				
Vajinal kanama:				
İştahsızlık:				
Psikolojik problemler:				
Göğüs ağrısı:				
Memede kitle:				
Memeden 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 protokolo
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.

-  
-  
-

**LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU**

TEST	REFERANS ARALIĞI*	TARİH	TARİH	TARİH
Eritrosit (RBC)	4- 6 mily on/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>ARTERİYELKAN 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

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

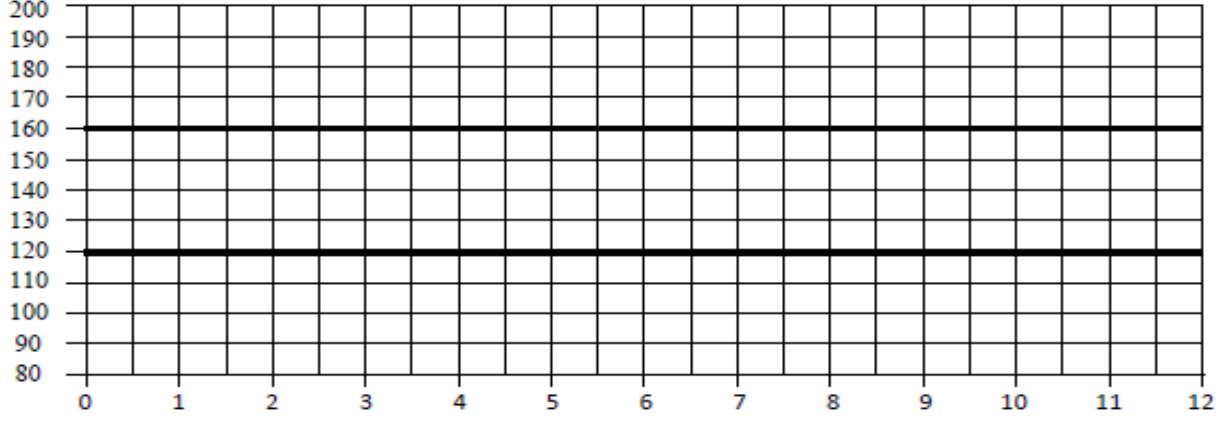




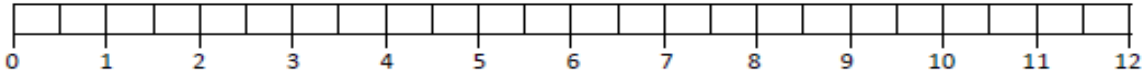
PARTOGRAF

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

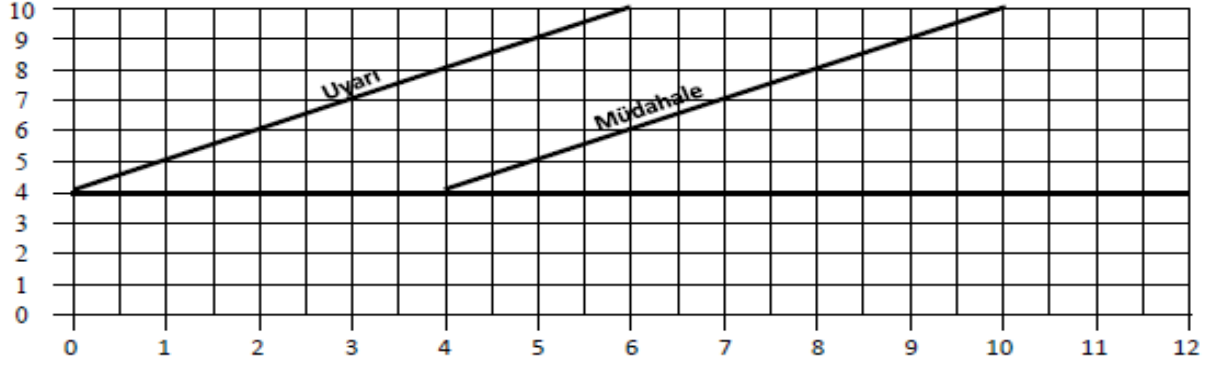
Fetal Kalp Atım Hızı



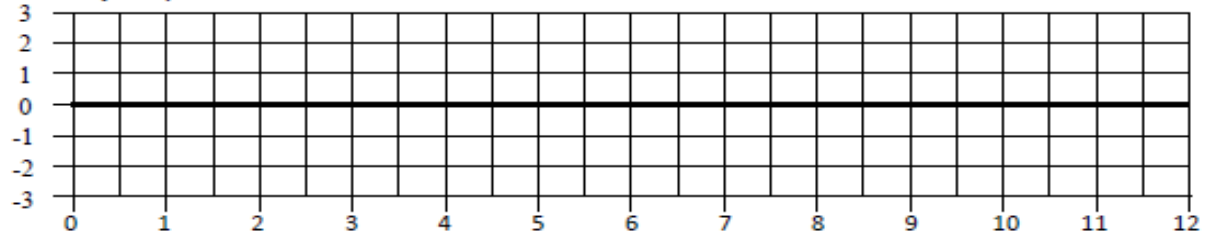
Amniyon Sıvısı



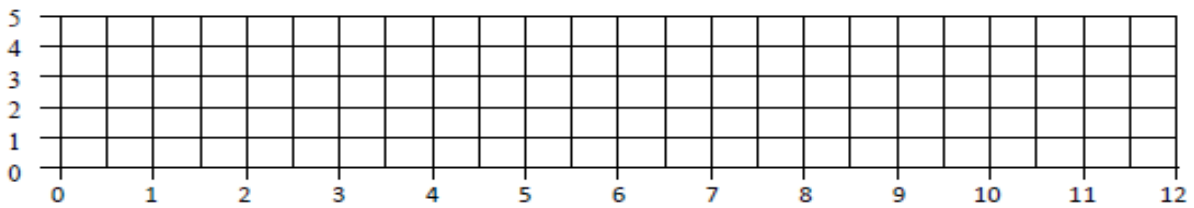
Serviks Açıklığı



Baş Seviyesi



Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:  
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:  
Başlama Saati:



## HASTA BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Adı Soyadı .....

Öğrencinin Adı-Soyadı .....

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

**Not:** Bu very toplama formu Normal ve Riskli Gebelik dersleri için ortak hazırlanmıştır. Formda yer alan E-4 ve E.7 kısımları sadece Riskli gebelik dersi kapsamındaki uygulamalarda doldurulacaktır.

Form No: EB-FR-0006Yayın Tarihi 13.10.2022 Değ. No 0 Değ. Tarihi-

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU**

**Tarih:**

**Hasta Adı-Soyadı (Rumuz):**

**Öğr. Ebe. Adı Soyadı:**

Doğum şekli:		Doğum tarihi ve saati:			
İlk idrara çıkma: .....saat		Beslenmeye başlama:.....saat			
<b>Fizik Muayaneye İlişkin Veriler</b>					
Gaz çıkışı: ( ) var ( ) yok		Bulantı ( ) var ( ) yok			
Kusma ( ) var ( ) yok					
<b>Fundus</b> : Kıvamı.....		Yüksekliği.....			
<b>Loşia</b> Karakteri:		Rengi:			
Miktarı:		Kokusu:			
Pihtı: ( ) var ( ) yok					
<b>Vaginal/Normal Doğum</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>	<b>Sezaryen Doğum</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
<b>Epizyotomi:</b>			<b>İnsizyon</b>		
Ağrı:			Ağrı:		
Hematom:			Hematom:		
Kızarıklık:			Kızarıklık:		
Ödem:			Akıntı:		
Akıntı:			Kanama:		
Kanama:			Süturlarda açılma:		
Süturlarda açılma			Diğer:		
Diğer:					
<b>Meme</b>					
Dolgunluk:					
Ağrı:					
Meme ucu çöküklüğü:					
Meme ucunda çatlak:					
<b>Emzirme</b>					
İlk emzirme zamanı			Saat: .....		
Emzirme süresi			Saat: .....		
Bebegi emziriyor mu?			( ) Evet	( ) Hayır	( ) Kısmen
Kolostrum salgısını bebeğe verdi mi?			( ) Evet	( ) Hayır	( ) Kısmen
Bebegin emmesi yeterli mi?			( ) Evet	( ) Hayır	( ) Kısmen
Memeden yeterince süt geliyor mu?			( ) Evet	( ) Hayır	( ) Kısmen
Emzirme sonrası bebegen 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>					
Bebegi 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					
Doğum sonu tehlike belirtileri ( kanama, mastit, vb)					

**Not:** Bu very toplama formu Normal ve Riskli Gebelik dersleri için ortak hazırlanmıştır. Formda yer alan E-4 ve E.7 kısımları sadece Riskli gebelik dersi kapsamındaki uygulamalarda doldurulacaktır.

Form No: EB-FR-0006Yayın Tarihi13.10.2022 Değ. No 0 Değ. Tarihi-

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU ANNE İZLEM FORMU**

Öğr. Ebe. Adı Soyadı:

Tarih:

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							

**Not:** Bu very toplama formu Normal ve Riskli Gebelik dersleri için ortak hazırlanmıştır. Formda yer alan E-4 ve E.7 kısımları sadece Riskli gebelik dersi kapsamındaki uygulamalarda doldurulacaktır.

Form No: EB-FR-0006YayınTarihi13.10.2022 Değ. No 0 Değ. Tarihi-

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**EBELİK BÖLÜMÜ 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 Kabarık ( ) Çökük ( )  
Arka Fontanel .....cm Kabarık ( ) 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:

**Not:** Bu very toplama formu Normal ve Riskli Gebelik dersleri için ortak hazırlanmıştır. Formda yer alan E-4 ve E.7 kısımları sadece Riskli gebelik dersi kapsamındaki uygulamalarda doldurulacaktır.

Form No: EB-FR-0006YayınTarihi13.10.2022 Değ. No 0 Değ. Tarihi-

**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:

**Not:** Bu very toplama formu Normal ve Riskli Gebelik dersleri için ortak hazırlanmıştır. Formda yer alan E-4 ve E.7 kısımları sadece Riskli gebelik dersi kapsamındaki uygulamalarda doldurulacaktır.

Form No: EB-FR-0006YayınTarihi13.10.2022 Değ. No 0 Değ. Tarihi-