

**T.C.**

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIKBİLİMLERİFAKÜLTESİ**

**EBELİK BÖLÜMÜ**

YAZ STAJI

UYGULAMA DEFTERİ 2

Döşemealtı/ANTALYA

Ayrıntılıbilgiiçinirtibat:3210

Tele-faks:0 242 245 00 00

ElektronikAğ:https://antalya.edu.tr/tr/fakulte-ve-enstituler/saglik-bilimleri-fakultesi/saglik-bilimleri-fakultesi/icerik/iletisim-2

## STAJ REHBERİ

1. Öğrenci staj yapacakları iş yerlerini kendileri bulacaklardır.
2. Staj başvuru işlemleri her yıl Cumhurbaşkanlığı İnsan Kaynakları Ofisi Kariyer Kapısı’ndan yapılacaktır.
3. Staj 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 acil kadın doğum ünitesinde 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__l__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 yapıştırarak imza için Ebelik Bölüm Başkanlığına başvurmalıdır.

\*İlgili staj defteri spiralli formatta tek dosya halinde öğrenci tarafından temin edilip,staj süresinde doldurulacaktır.

\*İlgili formlar iş yeri yetkilisi tarafından doldurulup onaylanacak.

\*Staj defteri kapağıi şyeri sorumlusu tarafından onaylanacak.

\*Staj defterinin her bakım planın ilk sayfası servis sorumlusu tarafından onaylanacak.

1. 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.

1. Mesleki uygulama defteri,Staj Komisyonunca incelenerek değerlendirilir. Başarısızlık durumunda staj tekrarlanır.
2. Yatay geçişle programa intibakı yapılan öğrencilerin geçmişteki yaz dönemi mesleki uygulamaları, staj komisyonunun gerekli mesleki uygulama evraklarını incelemesi ile karara bağlanır.
3. Doldurulması gereken formlar doldurularak ilgili kişilere onaylatılacaktır.
4. Öğrencinin mesleki uygulama prosedürünü inceleyerek işlemlerini eksiksiz ve tam yapması esastır.
5. Mesleki uygulamalar her yıl bölüm tarafından belirlenen iki tarih aralığından birinde yapılacaktır (Bu tarih aralığının dışında mesleki uygulama yapılmayacaktır.)

İLGİ:

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

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ŞAHAN

Ebelik Bölüm Başkanı

EK: 1-Staj Başarı Belgesi

ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI:

BÖLÜMÜ:

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİSAĞLIKBİLİMLERİFAKÜLTESİEBELİKBÖLÜMÜ**

**YAZ DÖNEMİ MESLEKİ UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU**

**Adı Soyadı:**

**Yeri:**

**Uygulama Notu:**

# TARİHLER TOPLAM

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEĞERLENDİRMEKRİTERLERİ** | **Puan** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Profesyonel görünüm ve davranışa****uyma** | **50** |  |  |  |  |  |  |  |
| Mesleki yönde gelişme | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| Kendine güvenli olabilme | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| Geliş-Gidiş düzeni, üniforma düzenine dikkat etmesi | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| Hasta/Birey ile iletişimin profesyonelceolması | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| Danışmanı ile iletişimin profesyonelceolması | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| Ekip ile iletişimin profesyonelce olması | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| Teorik bilgiyi beceriye dönüştürebilme | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| Öğrenme isteği, çabası, araştırmacılığı | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| Planlanan çalışmayı uygulayabilme | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| Akut durumlarda uygun girişimlerdeBulunabilme | **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| Teslimalıp-verme | **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **EBE GÖZLEM VE BAKIM FORMU** | **50** |  |  |  |  |  |  |  |
| Hastadan anemnez alma | **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| Sağlıklı ve riskli gebenin/lohusanın (anne ve yenidoğan) fizik muayenesini yapabilme | **10** |  |  |  |  |  |  |  |
| Gözlemlerine dayalı sorun saptamaBecerisi | **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| Saptanan sorunlara dayalı olarak hastaya bakım planlayabilme becerisi | **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| Saptanan sorunlara dayalı olarak hastayaPlanladığı bakımı uygulayabilme becerisi | **8** |  |  |  |  |  |  |  |
| Hastalık hakkında bilgi sahibi olma | **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| Planlı ve spontan, sağlık eğitimi/öğretimiyapabilme | **7** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **GENEL TOPLAM** |  |

**Uygulama Başarı Notu:**

# Değerlendirmeyi Yapan Staj Sorumlusu/Öğretim Elemanı:

**İmza:**

**ÖZGEÇMİŞ**

**Öğrencinin,**

FOTOĞRAF

**Adı:** ……………………………………….

**Soyadı:**……………………………………….

**Numarası:** ………………………………………

**Programı veSınıfı :** ……………………………

**İletişimAdresi:**…………………………………

**E-postası:**……………………………………….

**Telefonu:** ……………………………………….

**Staj Yılı:**……………………………………….

**Staja BaşlamaTarihi:**…………./……………./…………

**Stajı BitirişTarihi:**…………./……………./…………….

**ToplamÇalışılanİşGünü:** ……………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Kurum Stajyer Sorumlusu** | **Kurum Onayı VerenKişi****(Aynıkişiolabilir)** |
| **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

# İZİNBELGESİ

|  |  |
| --- | --- |
| **Staj Yapılan Kurum:** |  |
| **İzin Tarihi:****Telafi Tarihi:** |  |
| **İzin Kullanma Nedeni** |  |
| **Staj Sorumlusu** | **İmza** |
| **Öğrencinin Adı–Soyadı** | **İmza** |

## ÖğrencininAdıSoyadı:

**YAZ DÖNEMİ MESLEKİ UYGULAMA İMZA ÇİZELGESİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TARİH/SAAT** | **GİRİŞ İMZA** | **ÇIKIŞ İMZA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **T.C.** **ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ** |
| **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ** |
| **EBELİK BÖLÜMÜ** |
| **DOĞUM VE DOĞUM SONU DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU**  |
|   |

**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** |
| **Hastane yatış tarihi:** |
| **Geldiği yer:** Acil🞎 Poliklinik🞎 Yoğun bakım🞎 Diğer…..  |
| **Tıbbi Tanısı:** |
| Hastalık Öyküsü: |
| Genel sağlık durumu | ( ) Çok İyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü |
| **Özgeçmiş:** | DM 🞎 HT 🞎 KVH 🞎Kanser🞎 Diğer ………… |
| **Soygeçmiş:** | DM 🞎 HT 🞎 KVH 🞎 Kanser🞎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…………… |
| Aşılanma 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 | ( ) Gastrostomi |
| Günlük öğün sayısı | Ana öğünler.................. | Ara öğünler........ |
| Sıvı tüketim | Açıklayınız ……………….ml/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……………  |

**3-BOŞALTIM**

|  |
| --- |
| **Dışkılama alışkanlığı** |
| Barsak sesleri | Sayı:……………………… Niteliği:..........................., |
| Batın | ( ) Sert( )Normal ( )YumuşakKitle( ) Yok( ) VarAçıklayınız......................... |
| Dışkılama problemleri | ( )Var( )Yok | Açıklayınız................................... |
| Lavman/laktasif kullanma durumu | ( )Hayır( ) Evet | Açıklayınız................................... |
| **İdrar boşaltımı alışkanlığı** |
| 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 Oldumu?( )Evet( ) HayırAçıklayınız.......................... |
| **Kas-İskelet-Nörolojik Sistem** |
| Kas-iskelet- sistemi | ( )Tremor | ( )Kramp | ( ) Ağrı | ( ) Pleji | ( )Parapleji |
| Derin tendon refleksi | Sağ ( )Yok( )Var | Sol( )Yok( )Var |
| **Kuvvet** |
| Üstekstremite | Eşit🞎 Eşit Değil🞎 Kuvvetli🞎 Orta🞎 Zayıf🞎ROM: Tam🞎 Sınırlı🞎 |
| Altekstremite | Eşit🞎 Eşit Değil🞎 Kuvvetli🞎 Orta🞎 Zayıf🞎ROM: Tam🞎 Sınırlı🞎 |
| **Aktivite**  |
| Aktivite toleransı | ( ) Normal | ( ) Çabuk yoruluyor | ( ) Halsiz/Güçsüz |
| Son günlerde değişiklik oldumu? | ( )Evet | ( ) Hayır | Açıklayınız....................... |
| Göğüs,bacak/eklem, sırt ağrısı | ( ) Yok | ( ) Var | Açıklayınız……………… |
| Aktiviteye bağlı sorunlar | Açıklayınız……………… |
| **Kalp-Dolaşım Sistemi** |
| KB........... Ateş…….... Nabız:.................. Ritim.................. Dolgunluk................ |
| Ektremitelerde: Isı.............. Renk.................... Ödem.................. Varis........................ |
| Human’s Belirtisi |  ( )Sağ  | ( ) Sol |
| **Solunum Sistemi** |
| Solunum sayısı: Oksijen satürasyonu: |
| Solunum tipleri | ( ) Normal Solunum ( )Wheezing, ( )Raller, ( )Cheyne-Stokes Solunum ( )Kussmaul Solunum ( )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.……………. |
| Ağrıylabaşetme 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 | ( ) Çekirdek | ( ) Geniş | ( ) Tek ebeveynli, diğer .............. |
| Aile içi rolleriniz nelerdir? | ( ) Ebeveyn, ( ) Çocuk, ( ) Eş, ( ) Bakım Verici, ( ) Ev Kadını, () Öğrenci, Diğer....... |
| Rollerini yerine getirebilme durumu | ( ) Evet  | ( ) Hayır  | Açıklayınız |
| Aile içi rollerinizi yerine getirmeye ilişkin duygu ve düşünceleriniz | Açıklayınız |
| Çalışma durumu | ()Çalışıyor | ()Çalışmıyor | İşin yarattığı sağlık riskleri…………………... |
| Sizi destekleyen /yardımcı olan yakınlarınız var mı? | ( ) Evet | ( ) Hayır | Açıklayınız…………… |
| Aile içinde her birey rahatça duygularını ve düşüncelerini paylaşır mı? | ( ) Evet | ( ) Hayır | Açıklayınız……………… |
| Bakıma katılmaya isteklilik | ( ) Evet | ( ) Hayır | Açıklayınız………………. |
| Aile içişiddet örüntüsü  | ( ) Var | ( ) Yok | Açıklayınız………………. |

**9-CİNSELLİK-ÜREME**

|  |  |
| --- | --- |
| Dış genitaller | ( ) Vulvada Kızarıklık,( ) Ağrı, ( ) Koku, ( ) Piruritis, ( ) Ödem, ( ) Varis, ( ) Hematom,( ) Kıllanma, ( ) Laserasyon,( ) Diğer |
| Mensturasyon Özellikleri | MenarşYaşı........... Menstruasyon Sıklığı........... Süresi................Pet Sayısı................. Rengi...................................Kokusu................ |
| Perimenstrual dönemde yaşanan problemler | ( ) Yok | ( ) Var | Açıklayınız………………………. |
| Bu problemlerle nasıl baş ediyorsunuz? | Açıklayınız…………………. |
| **Menstruasyon hijyeni** |
| Kullanılan malzeme | ( ) Ped( ) Tampon( )Bez Değiştirme sıklığı................. |
| Menstruasyon sırasında banyo yapma durumu | ( ) Hayır  | ( ) Evet  | Sıklığı……….. |
| Vajinal duş yapıyor mu? | ( ) Hayır  | ( ) Evet  | Sıklığı……….. |
| Vajinal akıntının özellikleri | Rengi…… | Kokusu……… | Miktarı……… |
| Günlük ped/ara bezi kullanıyor mu? | ( ) Hayır  | ( ) Evet  | Değiştirmesıklığı…………  |
| **Vulva hijyeni** | Tuvaletten önce el yıkama:  | ( )Yok  | ( )Var  |
| Tuvaletten sonra el yıkama:  | ( )Yok  | ( )Var  |
| Tuvalette yıkanma  | ( ) Önden arkaya ( ) Arkadan öne ( )Önem vermiyor |
| Perinenin kurulanması | ( ) Bezle ( ) Tuvalet kağıdıyla( ) 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 verirseniz sorularıma başlamak istiyorum. |
| Aktif bir cinsel hayatınız var mı? | ( ) Evet  | ( ) Hayır |
| Cinsel aktiviteye başlama yaşınız 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 sorununuz 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 |
| **Doğum/doğumlarını** |
| Tarih | Nerede yaptı | Kim yaptırdı | Normal Doğum | MüdahaleliDoğum | 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 | I. Leopold: Fundus-pubis yüksekliği:\_\_\_\_\_\_\_\_/Lunar ay:\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Lunar hafta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_II. Leopold: Sitüs ve pozisyon Longitudinal ( ) Transvers ( ) Oblik ( ) D1 ( ) D2 ( )III. Leopold: Prezantasyon Baş ( ) Makat ( ) Diğer: (belirtiniz)IV. Leopold: Angajman durumu  Mobil ( ) Fikse ( )  |
| Anne fetal hareketleri hissediyor mu? ………. |
| Fetal Değerlendirme:  | BDP(Biparietal Çap): |
| FL(Femur Uzunluğu):  |
| AC (Karın çevresi): |
| EFW (Tahmini fetal ağırlık): |
| İkili Tarama testi |  |
| Üçlü Tarama Testi |  |
| Dörtlü Tarama Testi |  |
| Nukkal Kalınlık (Ense Kalınlığı): |  |
| Burun kökü / kemiği gelişimi: |  |
| NST *(yapilmiş ise)* | Reaktif ( ) Nonreaktif ( ) |
| Fetal Kalp Hızı (FKH):  |  |
| Fetal Hareketlerin Anne Tarafından Takibi: *(açıklama yapılacak)* |  |
| 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 (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: |  |  |  |  |
| Üşüme: |  |  |  |  |
| Geçmeyen öksürük: |  |  |  |  |
| Göğüs enfeksiyonları: |  |  |  |  |
| Aşırı susama: |  |  |  |  |
| İshal: |  |  |  |  |
| 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 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/mm3 |  |  |  |
| Hemoglobin(HGB) | 12-16 g/dL |  |  |  |
| Hemotokrit(HTC) | 35-52 % |  |  |  |
| Trombosit  | 150-450 BIN/µl |  |  |  |
| Lökosit(WBC) | 4,800-10,800 BIN/mm3 |  |  |  |
| Na+ K+ Ca Mg | 136 -145 mEq/L3,5-5,1 mEq/L8,4- 10,2 mg/dL |  |  |  |
| **KAN ŞEKERİ** Açlık  Tokluk  HbA1C | 74-106 mg/dL% 4,8-5,9  |  |  |  |
| BUN Kreatin Üre Ürik asit | 6-20 mg/dL0,7-1,2 mg/dL3,4-7 mg/dl |  |  |  |
| Total Kolesterol HDL LDL Trigliserid  | 40-129 U/L35-75 mg/dL60-130 mg/dL50-200 mg/dL |  |  |  |
| CPK:  |  |  |  |  |
| CPK MB: | 0 -4,94 ng/mL |  |  |  |
| LDH | 135-214 U/L |  |  |  |
| ALTAST  | 0-41 U/L0-40 U/L |  |  |  |
| Total protein | 6,6-8,7 g/Dl |  |  |  |
| Albumin | 3,97- 4,94 g/dL |  |  |  |
| Total bilirubinDirekt bilirubin | 0.1-1.2 mg/dL0-0.2 mg/dL |  |  |  |
| PT INR | 10,4-14 sn0,85-1,15  |  |  |  |
| **ARTERIYELKAN GAZLARI**PH PaO2PaCO2SpO2HCO3 | 7.35-7.4590-100 mm/Hg35-45 mm/Hg95-97 %22-26 mEq/L |  |  |  |
| **İDRAR** Dansite pH Lökosit Eritrosit Kültür/AntibiyogramHCG | 1.001-1.0354.5-7.51-20-1 |  |  |  |
| **DİĞER** |  |  |  |  |

**TANISAL İŞLEMLER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tarih** | **Testin Adı** | **Yapılma Nedeni** | **Sonuç ve Yorum** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **İLAÇ FORMU** |
| **İlacın adı** | **Uygulama şekli/Dozu** | **İlacın kullanılma nedeni**Etken maddeEtki 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-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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**SIVI İZLEM FORMU**

**Hastanın Adı Soyadı (Rumuz):**

**Öğrenci Adı Soyadı:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih /Saat** | **Sıvının Cinsi** | **DDS** | **Sıvı Seviyesi** | **Hastaya Giden Miktar** | **Açıklamalar** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

****

|  |
| --- |
| **TRAVAY İZLEM FORMU** |
| Adı-Soyadı:  | Travay Odasına Geliş Saati:  |
| Yaş: | Eylemin Başlaması:  |
| SAT:  | Kendiliğinden  Saat:  |
| TDT: | İndüksiyonla  Saat: |
| Gebelik Haftası: | Lavman  Saat: |
| Kan Grubu: | İdrara Yapma  Saat: |
| Saat  | Kan Basıncı | Nabız | Ateş | Solunum | FKS | Solüsyon Cinsi  | Şişe seviyesi | DDS | Giden Sıvı  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Doğum şekli: | Öğrencinin adı-soyadı: |
| Tarih: |  |
| Saat: |  |

**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: |  |

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**EBELİK BÖLÜMÜ 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 |
| **Fizik Muayaneye İlişkin Veriler** |
| Gaz çıkışı: ( ) var ( ) yok | Bulantı ( ) var ( ) yok  | Kusma ( ) var ( ) yok |
| Fundus : Kıvamı……. Yüksekliği……… |
| **Loşia** Karakteri: Rengi: Miktarı: Kokusu: Pıhtı: ( ) var ( ) yok |
| **Vaginal/Normal Doğum**  | **Var**  | **Yok** | **Sezaryen Doğum** | **Var** | **Yok** |
| Epizyotomi: Ağrı: Hematom:Kızarıklık: Ödem: Akıntı: Kanama: Süturlarda açılma Diğer: |   |  | **İnsizyon** Ağrı: Hematom: Kızarıklık: Akıntı: Kanama: Süturlarda açılma:Diğer:  |   |  |
| **Meme** |  |  |  |  |  |
| Dolgunluk: Ağrı: Meme ucu çöküklüğü:Meme ucunda çatlak:  |  |  |
| **Emzirme**  |
| 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**  |
| **Konfor** | **Yeterli** | **Yetersiz** | **Kısmen** |
| Doğum sonu dinlenme durumu: |  |  |  |
| **Anne-Bebek Bağlanma** |  |  |  |
| Bebeği ile ilgilenme durumu:  |  |  |  |
| **Destek** |  |  |  |
| Babanın anneye karşı tutumu: |  |  |  |
| Ailenin anneye karşı tutumu:  |   |  |  |
| Babanın bebeğe karşı tutumu: |  |  |  |
| **Bilgi Gereksinimi**  |  |  |  |
| 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) |  |  |  |

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU ANNE İZLEM FORMU**

**Öğr. Hemş. 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 /çıkardığıSıvı takibi |  |  |  |  |  |  |  |
| Diğer Bulgular  |  |  |  |  |  |  |  |

**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 :

Fontaneller ; 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 : Konjuktivit : 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: Umblikal Herni :

Distansiyon:

**Ekstremiteler :**

Üst Ekstremiteler :

Hareket : Asimetri :

Alt Ekstremite :

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: