

 <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 Tamsı:					
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 BKİ.....			
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	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.....İsisi.....	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	<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 boşaltım 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 Oldumu? <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"/> 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"/>		
Aktivite			
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.....		
Kalp-Dolaşım Sistemi			
KB..... Ateş..... Nabız..... Ritim..... Dolgunluk.....			
Ektremiteelerde: Isı..... Renk..... Ödem..... Varis.....			
Human's Belirtisi	<input type="checkbox"/> Sağ		<input type="checkbox"/> Sol
Solunum Sistemi			
Solunum sayısı:	Oksijen saturasyonu:		

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?	<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
Duyular			
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
Ağrı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronik
Yeri			
Şiddeti (0-10 arasında)			
Özelliği(batıcı, yanıcı vb.)			
Başlama zamanı			
Başlatan/artıran faktörler			
Azaltan faktörler			
Ağrıya tepki	Fiziksel:masaj,	Emosyonel:ağlama, acılı yüz ifadesi	

	hareketsiz kalma, KB,nabız, solunum vb.....	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.....		

Menstruasyon hijyeni			
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	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:	Değişirme sıklığı:.....	
Cinsel öykü:	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 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 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		

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?	<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.....		

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 (Karn çevresi):			
	EFW (Tahmini fetal ağırlık):			
	İkili Tarama testi			
	Üçlü Tarama Testi			
	Dörtlü Tarama Testi			
	Nukkal Kalınlık (Ense Kalınlığı):			
	Burun kökü / kemiği gelişimi:			
	NST (yapılmış 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:				
Aşırme:				
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 protoko
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 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				
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			
ARTERİYELKAN 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
			Amaç / Sonuç Kriterleri	Müdahaleler/Girişimler		
		Ebelik Tanıları (G/P/O) Kollobratif Problemler(PK)	Amaç / Sonuç Kriterleri	Müdahaleler/Girişimler		
		Etiyolojik faktörler:	Amaç:			
		Tanımlayıcı kriterler:	Sonuç kriterleri:			