

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

Tarih:

Öğr. Hemş. Adı Soyadı:

HASTAYA İLİŞKİN BİLGİLER:

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

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

1-SAĞLIĞI ALGILAMA-SAĞLIK YÖNETİMİ

| | | | | | |
|--|------|--|---------------|-----------------------------|--------------|
| 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 () Gastrostomi |
| Günlük öğün sayısı | Ana öğünler..... | Ara öğünler..... |
| Sıvı tüketim | Açıklayınızml/L | |
| Diyet gerekiyor mu? | () Hayır () Evet | Açıklayınız: |
| Bulantı/Kusma | () Var () Yok | Açıklayınız: |
| Dışlerinizde 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 | <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 ekstremité | 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 ekstremité | 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 (baticı, yanıcı vb.) | | | |
| Başlama zamanı | | | |
| Başlatan/artıran faktörler | | | |
| Azaltan faktörler | | | |
| Ağrıya tepki | Fiziksel:masaj, hareketsiz kalma, KB,nabız, solunum vb..... | Emosyonel:ağlama, acılı yüz ifadesi vb..... | |
| Ağrıyla başetme durumu | ()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"/> 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 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 | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet | Değiştirme sıklığı..... |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------|
| kullanıyor mu? | | | |
| 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 kurulması | <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 verirseniz sorularına başlamak istiyorum. | | |
| Aktif bir cinsel hayatınız var mı? | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır | |
| Cinsel aktiviteye başlama yaşıınız 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 | Fundus yüksekliği..... Fetusun pozisyonu.....FKS:..... | | |
| | Anne fetal hareketleri hissediyor mu? | | |
| Meme | Renk değişikliği | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| | Gerginlik | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| | Meme ucunda çatlak | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| | Meme ucu | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| | Kolostrum salınımı | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| Abdomen | <input type="checkbox"/> Stria | <input type="checkbox"/> Linea nigra | <input type="checkbox"/> Renk değişikliği <input type="checkbox"/> Herni |

Menopoz

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

10-BAŞETME –STRES TOLERANSI

| | |
|--|-------------|
| Gözlemlenen stres belirti ve bulguları | Açıklayınız |
| Sorunlarınızla baş etmek/rahatlamak için neler yapıyorsunuz? | Açıklayınız |

| | |
|--|-------------|
| Yaptıklarınız ne kadar yararlı oluyor? | Açıklayınız |
| Sağlık personeli size nasıl yardımcı olabilir? | Açıklayınız |

11-DEĞER-İNANÇ

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

ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU

| TEST | REFERANS ARALIĞI* | TARİH | TARİH | TARİH |
|----------------------------------|----------------------------------|-------|-------|-------|
| Eritrosit (RBC) | 4- 6 milyon/mm 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 | | | |
| ARTERİYEL KAN GAZLARI | | | | |
| PH | 7.35-7.45 | | | |
| PaO ₂ | 90-100 mm/Hg | | | |
| PaCO ₂ | 35-45 mm/Hg | | | |
| PaCO ₂ | 95-97 % | | | |
| SpO ₂ | 22-26 mEq/L | | | |

| | | | | |
|---------------------|-------------|--|--|--|
| HCO ₃ | | | | |
| 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 | Hemşirenin dikkat etmesi gerekenler |
|------------|---------------------|---|-------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

TRAVAY İZLEM FORMU

Adı-Soyadı:

Yaş:

SAT:

TDT:

Gebelik Haftası:

Kan Grubu:

Travay Odasına Geliş Saati:

Eylemin Başlaması:

Kendiliğinden Saat:

İndüksiyonla Saat:

Lavman Saat:

İdrara Yapma Saat:

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

Doğum şekli:

Öğrencinin adı-soyadı:



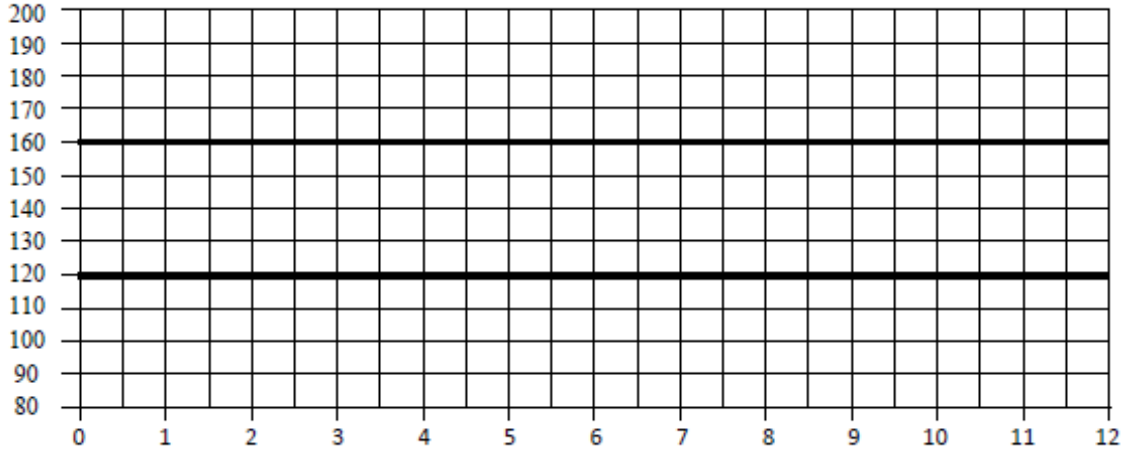
Tarih:

Saat:

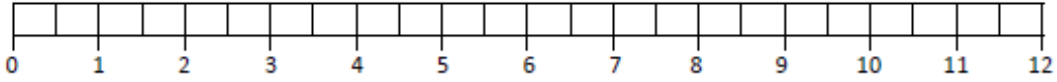
PARTOGRAF

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

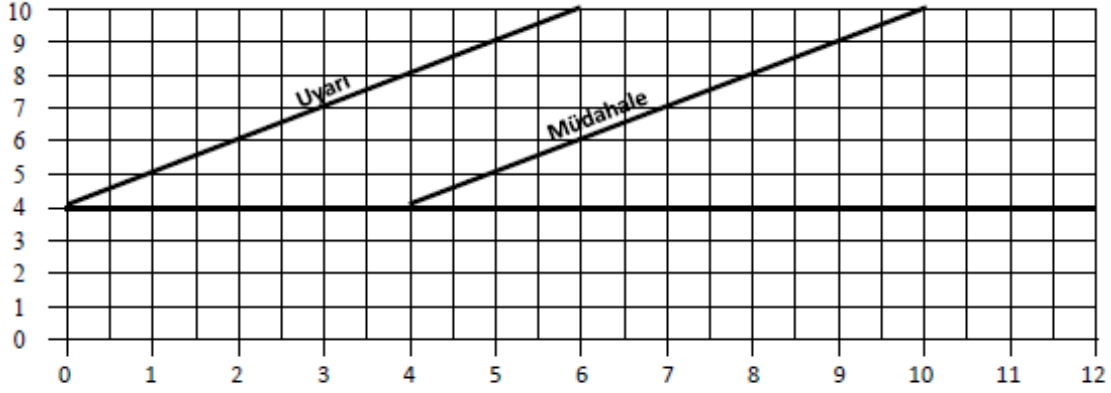
Fetal Kalp Atım Hızı



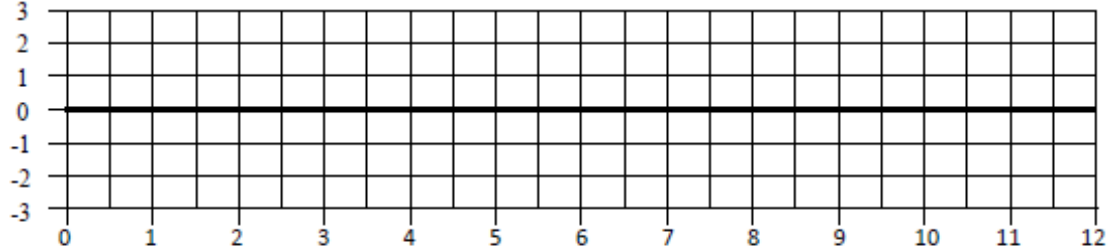
Amniyon Sıvısı



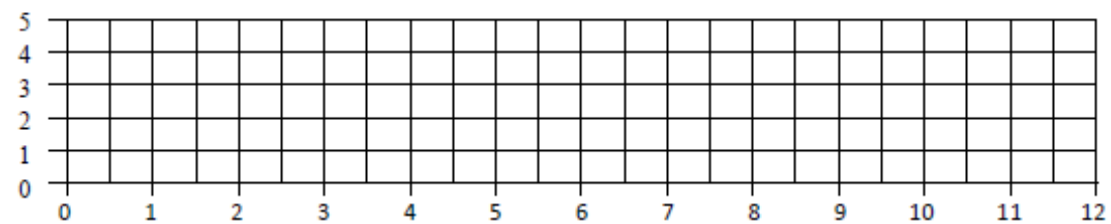
Serviks Açıklığı



Baş Seviyesi



Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

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

Tarih:

Hasta Adı-Soyadı (Rumuz):

Öğr. Hemş. Adı Soyadı:

| | | | |
|---|----------------|------------------------------|-----------------------|
| Doğum şekli: | | Doğum tarihi ve saati: | |
| İlk idrara çıkma:saat | | Beslenmeye başlama:.....saat | |
| Fizik Muayeneye 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 |
| Epizyotomi: | | | İnsizyon |
| Ağrı: | | | Ağrı: |
| Hematom: | | | Hematom: |
| Kızarıklık: | | | Kızarıklık: |
| Ödem: | | | Akıntı: |
| Akıntı: | | | Kanama: |
| Kanama: | | | Süturlarda açılma: |
| Süturlarda açılma | | | Diğer: |
| 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 | | | |
| Doğumsonu tehlike belirtileri (kanama, mastit, vb) | | | |

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

Tarih:
Öğr. Hemş. Adı Soyadı:

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

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

Tarih:

Bebeğin adı (Rumuz):

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

Deri Bulguları :

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

Baş :

Saç yapısı :
Baş Şekli :
Fontaneler ; Ön fontanelcm Kabarıklık () Çöküklük ()
Arka Fontanelcm Kabarıklık () Çöküklük ()
Vakum İzleri :
Sefal Hematom : Caput Saksadenum :

Yüz :

Renk : Döküntü: Simetri: Ödem: Fasiyal Asimetri :

Göz :

Akıntı : Konjunktivit : Sarılık: Ödem : Sklera rengi:

Kulak :

Asimetri : Akıntı :

Burun :

Burun Akıntısı : Burun Tıkanıklığı :

Ağız ve Boğaz :

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

Solunum Sistemi/Göğüs :

Solunum Şekli (Abdominal, diyafram) :

Apne:

Retraksiyon:

Solunum sesleri:

Burun kanadı solunumu:

Sekresyon:

Toraks Simetrisi:
Meme Akıntısı ve Şişlik:

Abdomen :

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

Ekstremiteler :

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

Genital Sistem :

Kızlar :

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

Erkekler :

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

Nörolojik Sistem :

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

Beslenme :

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

Boşaltım :

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

GÜNLÜK VERİ TOPLAMA FORMU

Hastanın Adı ve Soyadı (Rumuz):.....

Öğrencinin Adı ve Soyadı:

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

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

BECERİ LİSTESİ

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

Öğrencinin Adı Soyadı:
İmza

Öğretim Elemanı Adı- Soyadı
İmza

HASTA BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Adı Soyadı

Öğrencinin Adı-Soyadı

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