

**T.C.**

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**EBELİK BÖLÜMÜ**

YAZ STAJI

UYGULAMA DEFTERİ 1

Döşemealtı/ANTALYA

Ayrıntılı bilgi için irtibat: 3210

Tele-faks : 0 242 245 00 00

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

## MESLEKİ UYGULAMA REHBERİ

1. Öğrenci mesleki uygulama yapacakları işyerlerini kendileri bulacaklardır.
2. Staj başvuru işlemleri her yıl Cumhurbaşkanlığı İnsan Kaynakları Ofisi Kariyer Kapısı’ndan yapılacaktır.
3. Mesleki uygulama yeri hakkında: Üniversite Hastaneleri, Tam Teşekküllü Devlet Hastanelerinde ve eğer varsa doğumhane, kadın doğum klinikleri, kadın doğum polikliniği ve yenidoğan servisi bulunan tam teşekküllü özel hastanelerde de gerçekleştirilebilir. Öğrenciler uygulamalarını bu hastanelerin kadın doğum klinikleri, poliklinikleri ve prenatal hazırlık sınıfları/okulları ya da kurslarında gerçekleştirecektir. Bu alan/birimler dışında farklı servislerde çalışmayacaktır.
4. Öğrenci belirlenen staj yerini ve yaz stajı onaylı kabul yazısını staj başlama tarihinden en az 15 gün önce Antalya Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölüm Başkanlığına bildirir.
5. Staj tamamlandıktan sonra en geç 2 hafta içerisinde staj defteri bölüm sekreterliğine teslim edilecektir. Süresi içerisinde staj belgelerini teslim etmeyen öğrenci stajını yapmamış sayılır.
6. Stajyer öğrenciler için Antalya Bilim Üniversitesinin (<http://admin.antalya.edu.tr/files/121/__Y-Y__-0085_Ebelik_B__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 işyeri yetkilisi tarafından doldurulup onaylanacak.

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

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ŞAHAN

Ebelik Bölüm Başkanı

EK: 1-Mesleki Uygulama Başarı Belgesi

ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI: BÖLÜMÜ:

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ**

**YAZ DÖNEMİ MESLEKİ UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU**

**Adı Soyadı: Uygulama Yeri: Uygulama Notu:**

# T A R İ H L E R TOPLAM

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

Uygulama Başarı Notu: Uygulama Başarı Notu:

Değerlendirmeyi Yapan Staj Sorumlusu Öğretim Elemanı:

İmza: İmza:

**ÖZGEÇMİŞ**

**Öğrencinin,**

FOTOĞRAF

**Adı :** ……………………………………….

**Soyadı :** ……………………………………….

**Numarası :** ………………………………………

**Programı ve Sınıfı :** ……………………………

**İletişim Adresi :** …………………………………

**E-postası :** ……………………………………….

**Telefonu :** ……………………………………….

**Staj Yılı :** ……………………………………….

**Staja Başlama Tarihi :** …………./……………./…………

**Stajı Bitiriş Tarihi :** …………./……………./…………….

**Toplam Çalışılan İş Günü :** ……………………………

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

**Staj Yapılan Kurum :** ………………………………………………………………….

**Staj Yapılan Departman :** ………………………………………………………………….

# Sayın Staj Sorumlusu,

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

Bilgilerinize arz ve rica ederiz

# İZİN BELGESİ

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

## Öğrencinin Adı Soyadı:

**YAZ DÖNEMİ MESLEKİ UYGULAMA İMZA ÇİZELGESİ**

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

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

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🞎 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 ( )Yumuşak  Kitle ( ) Yok ( ) Var Açıklayınız......................... | | | |
| 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 Oldu mu? ( )Evet ( ) Hayır Açıklayınız.......................... | | | | | | | | | | | | |
| **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 oldu mu? | | ( )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.……………. | |
| 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 | ( ) 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 içi şiddet örüntüsü | ( ) Var | ( ) Yok | Açıklayınız………………. |

**9-CİNSELLİK-ÜREME**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dış genitaller | ( ) Vulvada Kızarıklık, ( ) Ağrı, ( ) Koku, ( ) Piruritis, ( ) Ödem, ( ) Varis, ( ) Hematom, ( ) Kıllanma, ( ) Laserasyon, ( ) Diğer | | | | | | | |
| Mensturasyon Özellikleri | Menarş Yaşı........... 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 | | | Değiştirme sıklığı………… | | |
| **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 | Müdahaleli Doğum | Sezaryen |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Gebe ise** | | | | | |
| SAT:.................. | | TDT:.................... | | | |
| Tahmini gebelik haftası | |  | | | |
| Gebelik öncesi kilosu:………… | | Gebelikte aldığı kilo:………… | | | |
| Gebenin izlem sıklığı | | …………. | | | |
| İzlem kim tarafından yapılıyor? | | Açıklayınız………… | | | |
| Şu andaki gebeliğin istenme durumu | | Açıklayınız………… | | | |
| Planlan doğum şekli | | Açıklayınız………… | | | |
| Doğuma yönelik egzersiz ve rahatlama tekniklerini biliyor mu? | | ( ) Evet | ( ) Hayır | Açıklayınız | |
| Doğuma hazırlık yapıldı mı? | | ( ) Evet | ( ) Hayır | Açıklayınız | |
| Baba adayının gebelik ve doğuma ilişkin düşünceleri neler? | | Açıklayınız………… | | | |
| Gebeliğe ilişkin herhangi bir rahatsızlığı var mı? | | Açıklayınız………… | | | |
| Gebenin stresle baş etmek için yaptıkları var mı? | | Açıklayınız………… | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Muayeneler** |  | | |
| Leopold muayenesi sonuçları | 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 |  |  |  |  |
| Koitus |  |  |  |  |
| Konstipasyon |  |  |  |  |
| Hemoroid |  |  |  |  |
| Kas krampları |  |  |  |  |
| Sırt ve bel ağrısı |  |  |  |  |
| Baş Ağrısı |  |  |  |  |
| Yorgunluk ve halsizlik |  |  |  |  |
| Ödem |  |  |  |  |
| Memelerde hassasiyet |  |  |  |  |
| Boğazda rahatsızlık: |  |  |  |  |
| Ateş: |  |  |  |  |
| Üşüme: |  |  |  |  |
| Geçmeyen öksürük: |  |  |  |  |
| Göğüs enfeksiyonları: |  |  |  |  |
| Bulantı-kusma: |  |  |  |  |
| Aşırı susama: |  |  |  |  |
| Kabızlık: |  |  |  |  |
| İshal: |  |  |  |  |
| İdrar yaparken yanma: |  |  |  |  |
| Baş ağrısı: |  |  |  |  |
| Anormal vajinal akıntı (koku, miktar ve renk açısından özelliği): |  |  |  |  |
| Vajinal kanama: |  |  |  |  |
| Vajinadan sıvı sızıntısı: |  |  |  |  |
| İştahsızlık: |  |  |  |  |
| Psikolojik problemler: |  |  |  |  |
| Göğüs ağrısı: |  |  |  |  |
| Göğüste kitle: |  |  |  |  |
| Göğüsten sıvı sızıntısı: |  |  |  |  |
| Kramp: |  |  |  |  |
| Ayak ve bacaklarda ödem: |  |  |  |  |
| Aşerme: |  |  |  |  |
| Alerji: |  |  |  |  |
| Hemoroid: |  |  |  |  |
| Varis: |  |  |  |  |
| Bebeğini emzirmeye istekli mi? |  |  |  |  |
| Diğer:……… |  |  |  |  |

**13. ALDIĞI-ÇIKARDI TAKİBİ**

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

**14. GEBELİKTE RİSKLİ DURUMLAR**

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

**15. GEBE VE YAKINLARININ EĞİTİM İHTİYACI**

(Lütfen işaretleyiniz)

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

Lütfen gebeye ya da ailesine verdiğiniz eğitimleri yazınız.

-

-

-

-

**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ**

**LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TEST** | **REFERANS ARALIĞI\*** | **TARİH** | **TARİH** | **TARİH** |
| Eritrosit (RBC) | 4- 6 milyon/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/L  3,5-5,1 mEq/L  8,4- 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/dL  0,7-1,2 mg/dL  3,4-7 mg/dl |  |  |  |
| Total Kolesterol  HDL  LDL  Trigliserid | 40-129 U/L  35-75 mg/dL  60-130 mg/dL  50-200 mg/dL |  |  |  |
| CPK: |  |  |  |  |
| CPK MB: | 0 -4,94 ng/mL |  |  |  |
| LDH | 135-214 U/L |  |  |  |
| ALT  AST | 0-41 U/L  0-40 U/L |  |  |  |
| Total protein | 6,6-8,7 g/Dl |  |  |  |
| Albumin | 3,97- 4,94 g/dL |  |  |  |
| Total bilirubin  Direkt bilirubin | 0.1-1.2 mg/dL  0-0.2 mg/dL |  |  |  |
| PT  INR | 10,4-14 sn  0,85-1,15 |  |  |  |
| **ARTERIYEL KAN GAZLARI**  PH  PaO2  PaCO2  SpO2  HCO3 | 7.35-7.45  90-100 mm/Hg  35-45 mm/Hg  95-97 %  22-26 mEq/L |  |  |  |
| **İDRAR**  Dansite  pH  Lökosit  Eritrosit  Kültür/Antibiyogram  HCG | 1.001-1.035  4.5-7.5  1-2  0-1 |  |  |  |
| **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-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** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**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: |  |