**Öğrencinin Adı Soyadı: Bakım Planı Puanı:**

**Öğrenci Numarası: Form Teslim Tarihi:**

**İmza:**

**TANITICI BİLGİLER**

Adı–Soyadı : Medeni Durum:

Yaş:  Eğitimi:

Çalışma Durumu: Eşinin Yaşı:

Hastaneye Yatış Tarihi:

Yatış Yapılan Klinik: Tıbbi Ön Tanı:

**FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜSÜNE GÖRE BİREYİN SAĞLIK\HASTALIK ÖYKÜSÜ**

***1-SAĞLIĞIN ALGILANMASI VE SAĞLIK YÖNETİMİ***

|  |
| --- |
| **HASTANEYE BAŞVURU NEDENİ\ŞİKÂYETLERİ:** ...................................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................................  **Başvuru Şekli:**  Poliklinik\Ayaktan: □ Acil: □ Sedye:□ |
| **SAĞLIK\HASTALIK ÖYKÜSÜ (**Geçirdiği hastalıklar, ameliyatlar, kazalar, yaralanmalar): .. ...................................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................................    **Gebelik ile İlgili Bilgiler** (Bu gebelik ve önceki gebeliklerinde yaşanan problemler, beslenme, ilaç, sigara, alkol kullanımı, geçirilen hastalıklar vb): ...................................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................................  **ALLERJİ ÖYKÜSÜ**: Besin: ………… İlaç: ……………… Diğer:………………..  **SOY GEÇMİŞİ:**  ...................................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................................    **Kan Grubu**:................. . **Eşinin Kan Grubu:**................... |

***2- BESLENME - METABOLİK FONKSİYON***

|  |
| --- |
| **Beslenme Durumu :**  **Diyet/Rejim:**  **Ağız ve Dişlerin Durumu** |

Öğretim Elemanının Adı- Soyadı- İmzası

***3- BOŞALTIM ŞEKLİ***

|  |
| --- |
| **Üriner Boşaltım:**  Mesane alışkanlığı: : ( )Normal ( )Dizüri ( ) Hematüri  ( )Noktüri ( )Retansiyon ( )Sıkışma\Kaçırma  İnkontinans: ( )Var ( )Yok  İdrar yolu enfeksiyonu: ( )Var ( )Yok  İ**drar yapma gereksinimi karşılama şekli:**  ( )Normal ( )Sürgü ( )Üriner katater ( )Alt bezi  **Barsak Boşaltımı:**  Barsak Sesleri (Sayı Ve Niteliği): ............................,  Batında Kitle: Yok ( ) Var ( ) Açıklayınız..............................  Lavman/Laktasif Kullanıyor Mu?: Hayır ( ), Evet ( ) Açıklayınız...................  **Tuvalete Çıkma Sıklığı :** İdrar……….. Defekasyn: …………….  Boşaltım Şekli: Normal ( ) Kolostomi( ) İleostomi ( )  Boşaltıma İlişkin Sorunlar: İshal ( ) Konstipasyon ( ) Distansiyon ( ), Dışkı Kaçırma ( ),  **Eliminasyon:**  Terleme\Koku Sorunu Var Mı? ( )Var ( )Yok |

## 4-AKTİVİTE – EGZERSİZ – KENDİNE BAKIM

|  |
| --- |
| **Genel görünüm**; Aktif ( ) hipoaktif ( ) sakin ( ), huzursuz ( ), ağlamalı ( )  Banyo yapma sıklığı:  Diş fırçalama sıklığı:  **Öz bakımını gerçekleştirmede bağımlılık durumu ve nedeni :**  Hastalık\Gebelik nedeniyle günlük aktivitelerinde değişiklik oldu mu?: ( )Evet ( )Hayır  Hastalık\Gebelik, öz bakım becerilerini etkiledi mi?: ( )Evet ( )Hayır  Hastalık\Gebelik nedeniyle enerji düzeyinde değişim oldu mu?: ( )Evet ( )Hayır  **Kas- İskelet- Nörolojik Sistemi**:  **Postür.**.................., **koordinasyon.**.............., (konvülziyon, tremor, kramp, ağrı, paralizi, hemipleji, parapleji, ense sertliği vb……..):  Kas – iskelet sistemi değişiklikleri/nedeni ve başlama zamanı :  Kas koordinasyonu ve gücünde değişiklik durumu/zamanı :  Kırık/çıkık:…………..  Eklemlerde şişlik / Kızarıklık/ Hareket kısıtlılığı / Ağrı şikayetleri başlama zamanı:  Artıran/Azaltan faktörler:  **Anomaliler:** (Doğuştan kalça çıkığı, talipes deformitesi, düşük ayak, sindaktili, polidaktili vb…..):    **Kalp–Dolaşım Sistemi:**  Aktivite toleransı: normal ( ), çabuk yoruluyor( ), halsiz/güçsüz( )  Nabız: normal ( ), aritmi ( ), taşikardi ( ), bradikardi ( ), hipertansiyon ( ), hipotansiyon ( ) Aktivite sonrası çömelme gereksinimi ( ), çarpıntı ( ), bayılma ( ), Spell ( ) Solunum Sistemi: Düzenli ( ), dispne ( ), siyanoz ( ), ortopne ( ), taşipne ( ), apne ( ), retraksiyon ( ), inleme ( ), burun kanadı solunumu ( ), öksürük ( ), balgam ( ), hemoptizi ( )  Anormal solunum sesleri:…..  Solunuma yardımcı uygulama / araç – gereç kullanımı:…….. |

***5- KENDİNİ ALGILAMA / KAVRAMA BİÇİMİ***

|  |
| --- |
| Sağlık probleminin fonksiyonlarını kısıtlama durumu:  Beden imajı değişikliği yaşama durumu ve etkileri:  Sağlık probleminin gelecekle ilgili planlarını etkileme durumu: |

***6-UYKU VE DİNLENME***

|  |
| --- |
| Uyku Alışkanlığı: Gece yatma saati: Uyku süresi :  Uyku bölünmesi /uykusuzluk şikayeti:  Uyuma ve gevşeme için kullandığı bir yöntem var mı:  Uykuda Apne:  Gündüz uykusu: Süresi: Zamanı:  Evde, uyuduğu oda ve yatağın özellikleri: |

***7- ROL VE İLİŞKİLER***

|  |
| --- |
| **Aile yapısı**: çekirdek ( ), geniş ( ), Tek ebeveynli ( ), Diğer ..............  Eşinin eğitim durumu: Çalışma durumu:  Diğer hastalar ile iletişimde bulunuyor mu? ( )Evet ( )Hayır  Sağlık elemanları ile iletişimde bulunuyor mu? ( )Evet ( )Hayır  Sözlü-sözsüz iletişimde uyumsuzluk var mı? ( )Evet ( )Hayır  Ailenin-sosyal çevresinin desteği var mı? ( )Evet ( )Hayır  Ailede şiddet örüntüsüne ilişkin gözlemler/düşünceler:............................. |

***8- ZİHİNSEL-BİLİŞSEL ALGILAMA ŞEKLİ***

|  |
| --- |
| **Gözler**  Normal ( ), kızarıklık ( ), akıntı ( ), sulanma ( ), çapaklanma ( ), görme bozukluğu ( )  Gözlük\lens kullanıyor mu? ( )Evet ( )Hayır  **Kulaklar**  Normal ( ), ağrı ( ), akıntı ( ), işitme sorunu ( ),  İşitme cihazı kullanıyor mu? ( )Evet ( )Hayır  **Burun**  Normal ( ), Akıntı ( ), tıkanıklık ( ), kanama ( )  **Deri/dokunma/hissetme duyusu**  Sıcağı/soğuğu/serti/yumuşağı algılamada değişme:  **Deri:** **Turgoru;** normal ( ), bozulmuş ( ), hijyeni; iyi ( ), kötü ( )  kuru ( ), ödemli ( ), gergin ( ), pembe ( ), soluk ( ), siyanotik ( ), sarı ( ), ekimoz ( ),  döküntü ( ), yara ( ), skar ( ), enfeksiyon ( )  **Tırnaklar:** renk.........., şekil............., lezyon.................hijyeni..............................  **Saçlar:** hijyeni; iyi ( ), kötü ( ),alopesi ( ),kuru ( ),kaşıntı ( ) Ağrı Duyusu Yeri:………………. Şiddeti:………….. Süresi: …………… Sıklığı:………………  Karakteristiği (batıcı/yanıcı/delici vb.):  Azaltan / Artıran faktörler:  Baş etme mekanizmaları ve uygulamaları:  0 (yok) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (çok fazla)  **Ağrının yaşam kalitesine etkisi**: ( )Bulantı-kusma ( )Uykusuzluk ( )Aktivite Kısıtlaması  **Mental durum**; Oryantasyon:....................,  **Öğrenme Engelleri**: Yok ( ), Dil Farklılığı ( ), Motivasyon Eksikliği ( ), Anksiyete ( ),  Depresyon( ), Zihinsel Yetersizlik ( ), Diğer..............…………………………………………… |

**9-CİNSELLİK VE ÜREME:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBSTETRİK ÖYKÜ:**    **Gebelik Sayısı: Para: Abortus: D&C:**  **Ölü Doğum: Yaşayan Çocuk:**  **Önceki doğum öyküsü:**   |  |  | | --- | --- | | **Yılı** | **Doğum Şekli** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   **Planlı Gebelik mi?:** Evet: □ Hayır: □  **S.A.T.: M.D.T: Gebelik haftası:**  **Antenatal İzlem Sıklığı(**Kaç haftada bir ve toplam kaç kez**):**  **DOĞUM GERÇEKLEŞTİYSE;**  **Masaya alınma saati:**  **Doğum şekli:** Normal ( ) Sezaryen( ) Müdahaleli ( )  **Yapılan Müdahaleler:** Fundal Basınç ( ) Epizyotomi ( ) Vakum/Forseps ( )  **Plasentanın ayrılma süresi:** 10 dk’dan kısa ( ) 11-20 dk ( ) 21-30 dk ( ) 30 dk’dan uzun  **Bebeğin:**  Doğum Tarihi- Saati: Cinsiyeti: Bebeğin kilosu:  Boyu: Kan Grubu......................... Apgar puanı: 1. Dk……5.dk……..  **Annenin:**  **İlk Mobilizasyon zamanı:**  **Bebeğin durumu:** Sağlıklı ( ) Ex ( ) Yenidoğan ünitesinde ( ) Tanısı:………….  **İlk emzirme Zamanı:**  **Uterus İnvolüsyonu: Konumu: Sert/Yumuşak:**  **Loşia Kontrolü: Rengi: Pıhtı Durumu:**  **Uterus masajı:**  **Sütur Değerlendirmesi:**  **Hemoroid durumu:**  **Hematom Durumu:**  **JİNEKOLOJİK ÖYKÜ:**  **Pap Smear yaptırma:** Evet: □ Hayır: □ En son Pap smer tarihi:………… Jinekolojik Problem Yaşama durumu: Evet: □(Tanı: ………………………) Hayır: □Dış genitaller: (vulvada kızarıklık, ağrı, koku, piruritis, akıntı, ödem, kıllanma, diğer...) **Perine hijyeni:**  **Tuvaletten önce/sonra el yıkama:** Yok □ Var □  **Menarş yaşı**:..........,**Menstruasyon Sıklığı**:............**Süresi**:...........**Pet Sayısı**:.........**Kokusu.**......... **Kullanılan malzeme:**  **Perimenstrual dönemde yaşanan problemler**: Yok ( ), Dismonere ( ), Gerginlik ( ),  Kramplar ( ), Kontipasyon ( ), Beslenme Bozukluğu ( ), Uyku Bozukluğu ( )  Diğer (Açıklayınız………………..)  **Hastalık\gebelik sonrası cinsel yaşamda değişiklik**:( ) Evet (Açıklayınız ...............) ( )Hayır  **Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü**.. ( ) Evet ............... ( ) Hayır  **Kontraseptif kullanım durumu..** ( ) Evet(ne kullanıyor) ............... ( ) Hayır  **Kendi kendine meme muayenesi yapma**.. ( ) Evet ............... ( ) Hayır |

***10-STRES VE BAŞ ETME***

|  |
| --- |
| **Gözlemlenen stres belirti ve bulguları :** ......................................  **Yüz ifadesi**: normal ( ), gergin( ), gözler çok açık ( ), korkulu endişeli( )  Şu anda stres yaratan faktörler:  Stresle baş etme yöntemleri: …………  Destek sistemleri var mı? /neler/kimler:…………  Hastanede yatma veya hastalık ile ilgili endişeleri var mı? (parasal-öz bakım-sorumluluklar)  ( ) Var ( ) Yok |

***11-DEĞER VE İNANÇLAR***

|  |
| --- |
| Kültürünüze/adet ve inanışlarınıza göre uyguladığınız özel sağlık uygulamaları var mı?  ( ) Var ..................................... ( ) Yok  Hastalandığınız durumlarda evde, geleneksel olarak kullandığınız iyileştirme yöntemleri nelerdir?:............................ |

**FİZİKSEL ÖLÇÜMLER:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gebelik Öncesi** | **Kilo: Boy:** | **BKİ:** |
| **(Gebe ise)**  **Şu anki:** | **Kilo:** | **Toplam alınan Kilo:** |

|  |
| --- |
| **LABORATUVAR BULGULARI:** |

**İLAÇ KULLANIMI VE TEDAVİ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sürekli Kullandığı İlaçlar** | **Dozu ve Sıklığı** | **Saatleri** | **Verilme Yolu** | **NOTLAR** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **İlaç tedavisi** | **Dozu ve Sıklığı** | **Saatleri** | **Verilme Yolu** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**SIVI DENGESİ İZLEMİ**

**Tarih:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Saat** | **Aldığı** | | | **Çıkardığı** | | | |
| **IV** | **Oral** | **NG** | **İdrar** | **Kusma** | **Dışkı** | **NG** |
| **09.00-10.00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.00-11.00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **11.00-12.00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12.00-13.00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **13.00-14.00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **14.00-15.00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **15.00-16.00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Toplam** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Denge** |  | | | | | | |

**EBELİK RAPORU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **SAAT** | **NOTLAR** | **İMZA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EĞİTİM GEREKSİNİM KONULARI (Ayrıntıları ayrı bir sayfada veriniz)** | |
| **1.**  **2.**  **3.**  **4.** | **5.**  **6.**  **7.**  **8.** |
| **EBELİK TANILARI** | |
| **1.**  **2.**  **3.**  **4.** | **5.**  **6.**  **7.**  **8.** |

**TRAVAY TAKİP FORMU**

**ADI-SOYADI:**

**YAŞI:**

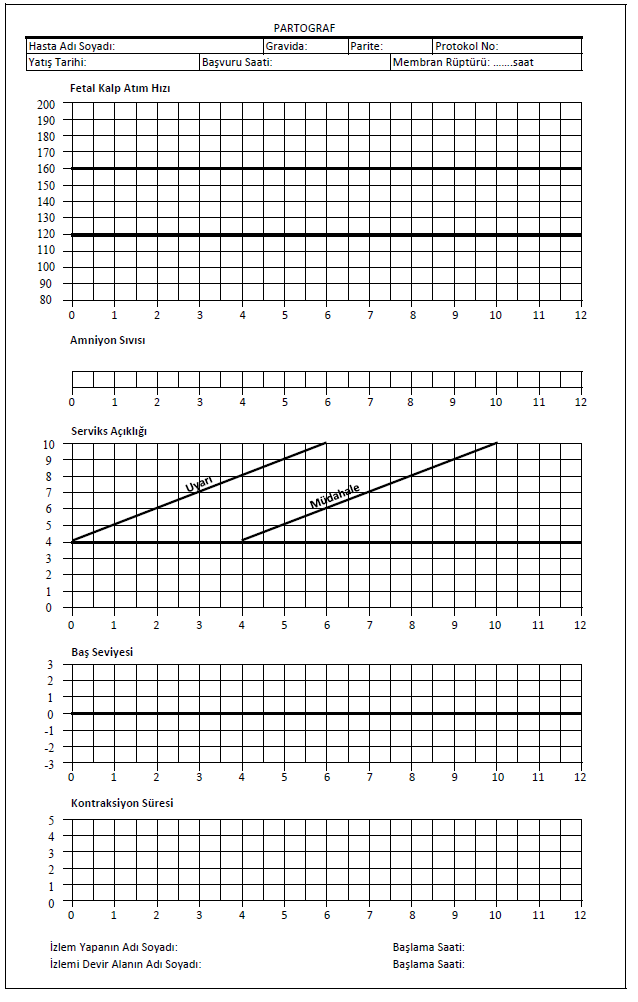
**SAT: GRAVİDA: PARA: ABORTUS: KAN GRUBU:**

**Travay odasına geliş saati: Amniyon kesesi : Açıldı Spontan Suni Saat:......................**

**Kapalı**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Saat** | **TA** | **Nabız** | **Ateş** | **Kontraksiyon Takibi** | | | **FKH** | **Serviks** | | **Baş** | **Giden Mayi** | **Dakika Damla Sayısı** |
| **Süre** | **Sıklık** | **Şiddet** | **Dilatasyon** | **Efasman** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Doğum şekli: Tarih: Saat: İzleyen Öğr. Ebe Adı Soyadı:**



**EBELİK BAKIM PLANI**

**Tarih:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ Mevcut Tanı □ Potansiyel Tanı □ Olası tanı | | SAAT |
| Fonksiyonel Sağlık Örüntüsüne Göre Sınıflandırması: | |  |
| **Ebelik Tanısı** |  |  |
| Etyolojik Faktörler |  |  |
| Tanımlayıcı kriterler: |  |  |
| Amaç |  |  |
| Yapılan  Ebelik  Girişimleri |  |  |
| Değerlendirme |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ Mevcut Tanı □ Potansiyel Tanı □ Olası tanı | | SAAT |
| Fonksiyonel Sağlık Örüntüsüne Göre Sınıflandırması: | |  |
| **Ebelik Tanısı** |  |  |
| Etyolojik Faktörler |  |  |
| Tanımlayıcı kriterler: |  |  |
| Amaç |  |  |
| Yapılan  Ebelik  Girişimleri |  |  |
| Değerlendirme |  |  |