

MUNZUR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
VERİ TOPLAMA FORMU

Öğrencinin Adı- Soyadı:
Veri Toplama Tarihi:

1. HASTA KABUL FORMU

Servisin Adı:				
Yatış Tarihi:				
Adı-Soyadı:				
Hastanın Tanısı:				
Yaşı:				
Cinsiyeti:				
Eğitim Durumu:				
Mesleği :				
Sağlık Güvencesi:				
Gelir Durumu:				
Medeni Durumu:				
Çocuk Sayısı:				
Kilo :				
Boy :				
Alerji Durumu :	Var ()	Yok ()	Bilmiyor ()	
Kan Grubu				
Hastaneye Geliş Şekli:	Yürüyerek ()	Sedye ()	Tekerlekli Sandalye ()	Diğer ()

2. HASTANIN GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ

PROBLEM	HASTA		AİLESİ	
	EVET ()	HAYIR ()	EVET ()	HAYIR ()
Kronik Hastalık				
Kanser				
Konjenital Hastalık & Anomali				
Kalıtsal hastalıklar				
Kan Hastalıkları				
Psikolojik Problemler				
Konvülsif Hastalıklar				
Bulaşıcı Hastalıklar				
Çoğul gebelikler				
Geçirilmiş ameliyat				
Kan transfüzyonu				
Kötü alışkanlıklar				

➤ **Hastanın Hastaneye Yatış Sebebi :**

➤ **Hastanın Yakınmaları/ Şikayetleri (Süre-Başlama Zamanı):**

4. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE DEĞERLENDİRME FORMU

1. Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Düşme Öyküsü Var | ☐ Yardımla Yürüme | ☐ 65 Yaş Üzeri |
| ☐ Görme Problemi | ☐ Ortostatik Hipotansiyon | ☐ Hipotansiyon |
| ☐ Hipertansiyon | ☐ Sedatif Kullanımı | ☐ Kas Zayıflığı/Dengesizliği |
| ☐ Baş Dönmesi/baygınlık | ☐ Konfüzyon | ☐ Desoryantasyon |
| ☐ Halsizlik | ☐ IV Kateter | ☐ Cavafix/santralkateter |
| ☐ Kortikosteroid kullanımı | ☐ Aspirin/Antikoagülan kullanımı | |
| ☐ Yatak kenarlıklarının kullanımı | | |

2. İletişim

İletişim kurma durumu: ☐ İletişim kurabiliyor ☐ Konuşma güçlüğü ☐ İşitme güçlüğü

☐ Anlama ve kavrama durumunun bozulması ☐ Diğer.....

Kişiler/ sağlık ekibi üyeleri ile İletişim Durumu: ☐ Yeterli ☐ Yetersiz

Ailedeki rolü:.....

Aile bireyleri ile ilişkileri: ☐ Yeterli ☐ Yetersiz

Hastalığı/ Tedaviyi kabullenme: ☐ Var ☐ Yok ☐ Diğer.....

☐ Laterjik ☐ Konfüze ☐ Disoryante ☐ Afazik

☐ Ajite ☐ Depresif ☐ Anksiyete ☐ İçer Dönük

☐ Korku ☐ Yalnızlık ☐ Güçsüz hissetme ☐ Ümitsizlik/ Çaresiz Hissetme

☐ Stres Stresle Başetme Yöntemleri:.....

3. Solunum

Solunum Hızı: Derinliği:Normal Akciğer Sesleri:

☐ Dispne ☐ Öksürük ☐ Sekresyon ☐ Hemoptizi

☐ Ortopne ☐ Trakeostomi ☐ Hıçkırık ☐ Aralıklı Apne

☐ Diğer.....

4. Beslenme

Boy(cm) Kilo:(kg) BKİ:

Beslenme Şekli: ☐ Normal ☐ N/G(Nazogastrik Tüp) ☐ TPN (Total Parenteral beslenme)

Kendi Kendine Beslenme Durumu: ☐ Besleniyor ☐ Yardımla Besleniyor

Günlük Öğün Sayısı:.../gün

Öğünleri Yeme Durumu: ☐ Hepsini Yiyor ☐ Yarısını Yiyor ☐ Yemiyor

İştah Durumu: ☐ Normal ☐ Çok ☐ Az

Tat Alma Durumu: ☐ Normal ☐ Acı/ Kötü Tat ☐ Tat Almıyor ☐ Diğer:.....

Diyeti: ☐ Norma ☐ Sulu/Yumuşak ☐ Tuzlu ☐ Tuzsuz ☐ Diğer:.....

Diyetinin Önemini Algılama Durumu: ☐ Diyetine uyuyor ☐ Diyetine uymuyor

Oral Sıvı Alımı/24h:bardak, L bardak/litre

Sorunların / Problemlerin durumu:

☐ Diş ve Diş Eti Problemler ☐ Ağız Kokusu (holitazis) ☐ Anorexia (yememe)

☐ Yutma Güçlüğü (disfaji) ☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Kilo Kaybı

☐Distansiyon (şişkinlik) ☐Kaşektik ☐Obesite ☐Hematemez(kan kusma)
☐Gaz Çıkımı ☐Ağrı ☐Hazımsızlık ☐Diğer:.....

5. Boşaltım

Önceki Defekasyon Alışkanlığı:gün/hafta

En Son Defekasyona Çıktığı Gün:.....

☐Hemoroid ☐Parazit ☐Fekalİnkontinans ☐Ostomi ☐Melena
☐Konstipasyon ☐Diyare ☐Diğer

İdrar yapma alışkanlığı 24 saat/ kaç kez:..... İdrar Rengi:

☐İdrar Retansiyonu ☐Dizüri ☐Noktüri ☐Anüri ☐Oligüri
☐Pollaküri ☐Poliüri ☐Hematüri ☐İdrar İnkontinası ☐FoleyKateter
☐Diyaliz ☐Diğer:.....

6. Kişisel Hijyen ve Giyim

Cildin görünümü: ☐Normal ☐Yara ☐İskemi ☐Lezyon

Cildin bütünlüğünü bozacak etmenler: ☐Yok ☐Yatağa bağımlılık ☐Aşırı terleme ☐Aşırı şişmanlık
☐Zayıflık ☐İdrar+gaita tutamama ☐Kaşıntı ☐Banyo yapamama

Banyo yapma alışkanlığı:...../ hf

Saçların görünümü: ☐Normal ☐Kuru/yağlı ☐Kirli/Kepekli ☐Bit ☐Alopesi

Saç yıkama alışkanlığı:...../ hf

Diş fırçalama alışkanlığı/protez bakımı:☐Yok ☐Var/ gün

Giyinme ve soyunma gereksinimi karşılama durumu: ☐Bağımsız ☐Yarı bağımlı ☐Bağımlı

Özel giysiler kullanma durumu: ☐Kullanmıyor ☐Varis çorabı ☐Korse ☐Diğer.....

Çamaşır değiştirme sıklığı:...../hf

Menstruasyon Durumu: ☐Yok (ne kadar süreden beri)...☐Var

Menstruasyonda kullandığı materyalin türü ve değiştirme sıklığı:...../gün

Menstruasyon süresince banyo yapma alışkanlığı:...../hf

Menstruasyonda kullandığı Ürün: ☐Hazır ped ☐Bez ☐Diğer:.....

Değiştirme sıklığı : /Gün

Vaginal akıntı: ☐Yok ☐Var

Perine bakımı durumu: ☐Bağımsız ☐Yarı bağımlı ☐Bağımlı

Perine Bakımı Alışkanlığı (Doğru

yapıyormu):..... ??

Tuvalet sonrası temizlik durumu:☐Su ☐Tuvalet kağıdı ☐Su + Tuvalet kağıdı ☐Diğer.....

Ellerin görünümü: ☐Normal ☐Kuru/çatlak ☐Panaris ☐Nasır ☐Mantar

☐Egzama ☐Parmaklarda eksiklik ☐Siğil ☐Diğer:.....

Tırnakların görünümü: ☐Bakımlı ☐Uzun ☐Kısa ☐Kirli

Tırnakları yeme alışkanlığı: ☐Yok ☐Var

Ayakların durumu: ☐Normal ☐Düz tabanlık ☐HalluksValgus/ HalluksVarus

☐Nasır ☐Siyanoz ☐Ülser ☐Düşük ayak ☐Diğer.....

Ayak yıkama alışkanlığı:.....

7. Beden Isısının Kontrolü

- ☐ Çevre Isısına uygun Giyim ☐ Hipotermi ☐ Hipertermi ☐ Soğuğa İntolerans
☐ Sıcığa İntolerans ☐ Terleme ☐ Titreme

8. Hareket

- Vücut Pozisyonu: ☐ Serbest ☐ Zorunlu Pozisyonu var.....
Vücut Dengesi: ☐ Normal ☐ Sendeleme ☐ Sallanma ☐ Diğer:.....
☐ Deformite ☐ Kaslarda Zayıflık ☐ Parapleji ☐ Hemipleji ☐ Amputasyon
☐ Kırık ☐ Kontraktür ☐ Paralizi ☐ İmmobilite
☐ Kullandığı Yardımcı Araçlar..... ☐ Diğer:

9. Çalışma ve Eğlence

- Çalışma Durumu: ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor Mesleği:..... Süre:.....
Gelir Durumu: ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
Hastalığına bağlı iş yaşamına ara verme durumu: ☐ Yok ☐ Var: (Açıklayınız).....
Sağlığı tehdit eden mesleki riskler: ☐ Yok ☐ Var: (Açıklayınız).....
Hobileri (Belirtiniz) :.....
Hastane ortamındaki sosyal aktiviteleri:
☐ TV izleme ☐ Sohbet etme ☐ Radyo dinleme ☐ Gazete, kitap, dergi vs. okuma
☐ El işi vs. ☐ Diğer:.....

10. Cinsellik ve Üreme

- Çocuk sayısı:.....
Cinsel fonksiyonlarda bozulma: ☐ Yok ☐ Var
Hastalığın cinsel hayatı etkileme durumu: ☐ Evet ☐ Hayır

11. Uyku ve Dinlenme

- Uyku Saatleri:..... İstirahat Süresi:..... saat.....
Hastalığından Dolayı Uyku Alışkanlıklarında Değişim Durumu:
☐ Yok ☐ Uykuya Dalmada Güçlük ☐ Uykuyu devam ettirme güçlüğü
☐ Sık uyanma (Gürültü, Işık, Ağrı, Hemşirelik uygulamaları nedeni ile vb)
☐ Kabus, gece işemesi, uyurgezerlik, diş gıcırdatması
☐ Uykuya Eğilim ☐ Horlama ☐ Uyku İlacına Bağımlılık ☐ Diğer:
- Uykuyu destekleyici alışkanlıklar:**
☐ Yok ☐ TV seyretme ☐ Radyo dinleme ☐ Kitap okuma
☐ Sıcak içecekler ☐ Banyo ☐ İlaçlar ☐ Diğer:.....
- Dinlenmiş olarak uyanma:** ☐ Evet ☐ Hayır
Aktif dinlenme biçimi: ☐ El işi ☐ Kitap/Dergi okuma ☐ Müzik dinleme ☐ TV seyretme
☐ Diğer:.....

12. Ölüm (Gerekli ise doldurunuz)

- Yaşam ve Ölüm İle İlgili İnançlar:
☐ Şok ☐ İnkâr ☐ Kızgınlık ☐ Pazarlık ☐ Depresyon ☐ Kabullenme
Spiritüel Gereksinim: Ailenin Desteklenmesi:
Diğer:

5. BİLGİ GEREKSİNİMİ

Hastalığına ilişkin bilgi gereksinimi: ☐ Var ☐ Yok
Hastane işlemlerine ilişkin bilgi gereksinimi: ☐ Var ☐ Yok
Tedavisine ilişkin bilgi gereksinimi: ☐ Var ☐ Yok
Diyetine ilişkin bilgi gereksinimi: ☐ Var ☐ Yok
Aldığı/ Alacağı ilaçlara ilişkin bilgi gereksinimi: ☐ Var ☐ Yok
Hijyen hakkında bilgi gereksinimi: ☐ Var ☐ Yok
Ailesi ve yakınlarının hasta/hastalığına ilişkin bilgi gereksinimi: ☐ Var ☐ Yok
Verilen bilgilerin içeriğini başlıklar halinde açıklayınız.....

6. GÖZLEM FORMU

Tarih	Saat	Ateş	Nabız	Kan Basıncı	Solunum	Ebelik Girişimi	Uygulanan Tedavi

7. TEDAVİ

<u>İlaç Kartı</u>	<u>Uygulama Kartı</u>
<u>Tarih:</u> <u>Hastanın Adı-Soyadı:</u> <u>Uygulama Yolu:</u> <u>İlacın Adı:</u> <u>Dozu:</u> <u>Etken Maddesi:</u> <u>Endikasyonları:</u> <u>Kontrendikasyonları:</u> <u>Ebe Gözlemi:</u>	<u>Tarih:</u> <u>Hastanın Adı-Soyadı:</u> <u>Verilen İlaç/Serum:</u> <u>Uygulama Bölgesi:</u> <u>Gözlenenler:</u>
<u>Tarih:</u> <u>Hastanın Adı-Soyadı:</u> <u>Uygulama Yolu:</u> <u>İlacın Adı:</u> <u>Dozu:</u> <u>Etken Maddesi:</u> <u>Endikasyonları:</u> <u>Kontrendikasyonları:</u> <u>Ebe Gözlemi:</u>	<u>Tarih:</u> <u>Hastanın Adı-Soyadı:</u> <u>Verilen İlaç/Serum:</u> <u>Uygulama Bölgesi:</u> <u>Gözlenenler:</u>

8. SIVI TAKİP ÇİZELGESİ

<u>Hastanın adı-soyadı:</u>	<u>Alınan Sıvı Miktarı</u>		<u>Çıkan Sıvı Miktarı</u>				
Saat	Alınan IV Sıvı	Alınan Oral Sıvı	İdrar	Dışkı	Kusma	NG	Dren
08.00							
09:00							
10:00							
11.00							
12:00							
13:00							
14:00							
15.00							
16.00							
Toplam							

9. AĞRI TANILAMA FORMU

Ağrının Tipi: Akut () Kronik ()	Ağrının Sıklığı: Sürekli () Aralıklı ()				
Ağrının Nedeni:	Ağrıyı Etkileyen Faktörler: İstirahat () Hareket ()				
Ağrının Özelliği (Ağrıyı en iyi tanımlayan terimi seçiniz)					
Keskin	Künt	Bastırıcı	Yanıcı	Kolik	Zonklayıcı
Ezici	Dolgunluk	Hassasiyet	Derin	Basınç Hissi	Saplanıcı
Uyuşuk	Sıkıştırıcı	Elektrik çarpması	Sedatize/Bilinci kapalı		
Ağrının Özelliği (Ağrıyı en iyi tanımlayan terimi seçiniz)					
Keskin	Künt	Bastırıcı	Yanıcı	Kolik	Zonklayıcı
Ezici	Dolgunluk	Hassasiyet	Derin	Basınç Hissi	Saplanıcı
Uyuşuk	Sıkıştırıcı	Elektrik çarpması	Sedatize/Bilinci kapalı		
NUMERİK SKALA (7 Yaş ve Üzeri Çocuklarda, Erişkin ve Bilinci Açık Hastalarda)					
Visüel Analog Skala (VAS)					
YÜZ SKALASI (İletişim sağlamayan, Konuşamayan bireylerde Kullanılır)					

10. EBELİK BAKIM SÜRECİ

TANILAMA		PLANLAMA		UYGULAMA		DEĞERLENDİRME
Ebelik Tanısı	Tanıya Götüren Bulgular	Hedefler/Amaç	Planlanan Ebelik Girişimleri	Evet	Hayır	

10. EBELİK BAKIM SÜRECİ

TANILAMA		PLANLAMA		UYGULAMA		DEĞERLENDİRME
Ebelik Tanısı	Tanıya Götüren Bulgular	Hedefler/Amaç	Planlanan Ebelik Girişimleri	Evet	Hayır	