

T.C.
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ
BAKIM PLANI

Öğrencinin Adı:

Soyadı:

Numarası:

TUNCELİ

DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU

TANITICI BİLGİLER

Görüşme Tarihi:
Hastaneye Yatış Tarihi:

Adı Soyadı:

Yaşı:

Medeni Durumu:

Eğitimi:

Mesleği:

Gebeliği olumsuz etkileyecek mesleki yaşam: (gün boyunca hareketsiz ayakta durma ya da oturma, ağır kaldırma, kimyasallara maruz kalma, düzensiz beslenme, izinsiz çalışma vb.).

Sağlık Güvence Durumu:

Aile Tipi (Birlikte Yaşadığı Kişiler):

Gelir Düzeyi:

Gelir Düzeyini Algılaması:

Evlilik Süresi:

Kan Grubu ve Rh Faktörü:

Eşi ile Akrabalık Durumu:

Akrabalık Derecesi:

Gerektiğinde Başvurulacak Birey:

Yaşadığı Yer (ev koşulları):

Eşinin

Yaşı:

Eğitim Düzeyi:

Mesleği:

Kan Grubu ve Rh Faktörü :

Önemli Sağlık Problemleri:

Genetik Durumlar ya da Hastalıkların Varlığı:

Gebeliğe Karşı Tutumu:

KADIN VE AİLESİNİN GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ

Aşağıdaki problemlerin gebe kadın ya da birinci derece yakınlarında (anne, baba, kardeş) görülme durumu:

(Bu problemler varsa, açıklamasını yazınız/problem yoksa ilgili sütunu boş bırakınız.)

Problemler	Gebe Kadın	Birinci Derece Yakınlar
Hastaneye yatma		
Ameliyat		
CYBH		
Kalp ve damar hastalıkları		
Tüberküloz		
Diabet		
Konvülsif hastalıklar		
Troid problemler		
Psikolojik Problemler		
Enfeksiyonlar		
Hematolojik problemler		
Çoğul doğumlar		
Konjenital hastalık&anomali		
Diğer		

GEÇMİŞ JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

Geçirilen jinekolojik enfeksiyonlar (vajinal, servikal, tubal) :

Alınan tedavi: Medikal ☐ : Sonuç: Tedavi oldu ☐
Cerrahi ☐ : Tedavi olmadı ☐

Geçirilen jinekolojik girişimler:

Özelliği: Nedeni: Sonuç:

Siklusun özelliği

İlk menarş yaşı:

Menstruasyon süresi, sıklığı ve düzeni:

Dismenore hikayesi:

Kullandığı Kontraseptif Yöntemler

	Kullandığı Yöntem	Kullanma Süresi	Bırakma Nedeni
1.			
2.			
3.			

Son jinekolojik muayene ve pap-smear tarihi

Muayene zamanı:

Pap-smear sonucu:

ŞİMDİKİ GENEL SAĞLIK DURUMU**Boyu:****Kilosu:****Gebelik öncesi kilosuz:****Şimdiki kilosuz:****Beslenme Durumu****Öğün sayısı (gün):****Ağırlıklı olarak tüketilen besinler:****Egzersiz alışkanlığı****Tipi:****Süresi:****Sıklığı:****Halen kullandığı ilaçlar ya da gebe kalmadan önce kullanılan ilaçlar****İlacın adı:****Kullanım süresi:****Kullanım amacı:****Önceki ya da şimdiki sigara, alkol ve kafein (özellikle kahve, çay, kola, çikolata) tüketimi**

Alışkanlıklar	Tüketilen miktar/gün	Süre
Sigara		
Alkol		
Çay		
Kahve/kafein		
Diğer		

Alerji durumu (ilaç, toz vb.):**Bu gebeliğe ilişkin olası teratojenlere maruz kalma durumu****Viral enfeksiyonlar:****İlaç kullanma:****X-ray yöntemi:****Cerrahi girişim:****Evde kedi/köpek besleme (olası toksoplazma kaynağı):****ÖNCEKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ****Gebelik Sayısı:****Abortus:****D/C:****Para:****Yaşayan:****Aşağıdaki tabloyu ilk gebelik tarihinden başlayarak doldurunuz.**

Gebelik Tarihi	Gebelik Haftası	Eylem Süresi	Doğum Şekli	Doğumu Kimin/Nerede Gerçekleştirdiği	Yenidoğanın Cinsiyeti	Yenidoğanın Sağlık Durumu

Önceki Gebelikte Ortaya Çıkan Problemler

- Hipertansiyon:
- Ödem:
- Gestasyonel diyabet:
- Rh uyumsuzluğu:
- Hiperemesis gravidarum:
- Enfeksiyon (vajinal, üriner, USYE, vb.)
- Diğer:

Doğum öncesi kontrollere gitme durumu

- Gitme sıklığı:
- Kontrollerin nerede ve kim tarafından yapıldığı:

Tetanoz aşısı olma durumu

- Aşı yapılma zamanı:
- Dozu:

Önceki Doğum Problemleri

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız)

- Hızlı doğum:
- Zor ve uzun doğum eylemi:
- Epizyotomi:
- Forseps/Vakum uygulaması:
- Sezaryen:
- İri bebek doğumu (4 kg ve üzeri):
- Düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu:
- Preterm eylem:
- Postterm eylem:
- Çoğul doğum:
- Ölü doğum:
- İlk 24 saatte ölen bebek:
- Anomalili/problemlili bebek:
- Diğer:

Önceki Doğum Sonu Problemleri

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız).

- Kanama:
- Enfeksiyon-ateş:
- Hipotansiyon/Hipertansiyon:
- Meme problemleri:
- Psikolojik problemler:
- Diğer:

HİJYENİK UYGULAMALAR**El Hijyeni**

El yıkama sıklığı:

El yıkadığı durumlar:

El yıkamada kullanılan materyal:

Vücut Hijyeni

Banyo yapma sıklığı:

Banyo yapma şekli:

Ağız Hijyeni

Diş fırçalama sıklığı:

Diş fırçalama şekli:

Perine Hijyeni

Mesane ve/veya barsak boşaltımından sonra perineyi temizleme yöntemi (tahretlenme):

İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) değiştirme sıklığı:

Kullandığı iç çamaşırlarının (özellikle külodunun) özelliği (pamuklu, sentetik, naylon):

İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) temizleme şekli:

Menstrual Hijyeni

Kullanılan hijyenik bağın özelliği:

Hijyenik bağ değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:

Hijyenik bağları değiştirme sıklığı:

Menstruasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:

ŞİMDİKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ

Son Adet Tarihi:

Tahmini Doğum Tarihi:

Şu andaki Gebelik Haftası:

Son Menstruasyondan İtibaren Yaşanan Bireysel Gebelik Belirtileri

Bulantı:

Kusma:

Göğüslerde Hassasiyet:

Diğer:

DOSYADAN TOPLANACAK VERİLER**Vital Bulguları**

Ateş:

Nabız:

Solunum:

Tansiyon arteryel:

Laboratuvar Bulguları

İdrar Analizi:

Kan Analizi:

Diğer Tetkikler:

USG Sonucu:

NST/OCT Sonucu:

Leopold Manevraları Sonucu

I. Manevra:

II. Manevra:

III. Manevra:

IV. Manevra:

Derinin Değerlendirilmesi

Linea Nigra:

Stria gravidarum:

Geçirilmiş ameliyat izi/skar:

Memelerin Değerlendirilmesi

Meme ucunun durumu:

Meme dolgunluğu:

Kolostrumun varlığı:

Emzirme isteği:

Diğer Veriler

Anormal prezentasyon:

Çoğul gebelik:

Hidroamnios:

Mekonyumlu amnion mai:

Erken membran rüptürü:

Ablatio plasenta/plasenta previa:

Uzamış eylem:

Hızlı doğum eylemi:

Ateş:

Duygusal/psikolojik problemler:

Diğer:

Gebelik öncesi kontrollere gelme durumu

Kontrollerin kim tarafından yapıldığı:

Kontrollerin nerede yapıldığı:

Kontrollerin ne sıklıkta ve hangi gebelik haftalarında yapıldığı:

Kontroller sırasında verilen hizmetler:

☐ boy☐ kilo☐ fundus kontrolü☐ FKS dinleme☐ vital bulgular☐ meme muayenesi☐ vajinal muayene☐ aşılama☐ kan idrar analizi☐ ultrason☐ NST/OCT☐ verilen eğitici bilgiler**Aşı yapılma durumu**

Yapılan aşıların ismi:

Aşı yapılma zamanı:

ŞİMDİKİ GEBELİKTE YAŞANAN PROBLEMLER

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız.)

Bulantı kusma:

Kabızlık:

İdrar yaparken yanma:

Baş ağrısı:

Anormal vajinal akıntı (koku, miktar ve renk açısından özelliği):

Vajinal kanama:

Kramp:

Ayak ve bacaklarda ödem:

Aşerme:

Alerji:

Hemoroid:

Varis:

Diğer:

GEBELİĞİ ETKİLEYECEK SOSYO KÜLTÜREL VE DUYGUSAL DURUMLAR

Gebeliğin planlı olma durumu

() Evet () Hayır

Gebeliğe verilen tepki

() Olumlu () Olumsuz

Gebeliğe ilişkin şu anda yaşanan duygular

() Olumlu () Olumsuz

Eşin ve ailenin gebeliğe ilk tepkisi

() Olumlu () Olumsuz

Aile için planlanan çocuk sayısı

Gebeliğin şu andaki ve gelecekteki yaşam aktivitelerini/iş yaşamını/hedeflerini etkileyeceğini düşünme durumu

() Etkileyeceğini düşünme () Etkilemeyeceğini düşünme

Gebelikle birlikte kendisi ya da bebeğine yönelik endişe/korku yaşama durumu

Herhangi bir problem olduğunda gebeye destek olacak kişi/kurum

() Eş

() Aile

() Komşu/lar

() Akraba (lar)

() Toplumsal kurumlar

Gebelik/ doğum/loğusalık dönemi, bebek bakımı ve geneldeki sağlığına yönelik bilinen/yapılan geleneksel uygulamalar

() Pika

() Loğusa kadını toprağa yatırma

() Loğusa kadına su vermeme

() Loğusa kadının karnını sarma

() Bebeği kundaklama

() Emzirme için üç ezan bekleme

() Diğer

Şimdiki Gebelikte Riskli Durumlar

Gebelikte Gelişen Sağlık Sorunları	Sorunun Başlama Zamanı	Hastaneye Başvurma Zamanı	Yapılan İşlem	Şu An Alınan Tedavi / Bakım Protokolü
Kalp Hastalığı				
Dişabet				
Anemi				
Enfeksiyon hastalıkları				
Zöbrek Hastalığı				
Rh uyumsuzluğu				
Plasenta previa				
Ablatio plasenta				
EMR				
PIH				
Hiperemezis gravidarum				
Prematür eylem				
Düşük Tehdidi				
Mol Hidatiform				
Ektopik Gebelik				
Oligo hidroamnios / Polihidroamnios				
Diğer				

Bilgi Gereksinimi Olan Konular

- ☐ Gebelikte Beslenme
- ☐ Gebelikte Kişisel Bakım
- ☐ Doğum Öncesi Egzersiz
- ☐ Doğum eylemi
- ☐ Emzirme
- ☐ Yenidoğan Bebeğin Bakımı
- ☐ Aile Planlaması
- ☐ Doğum Sonu Kişisel Bakım
- ☐ Diğer

İzleyen Öğrencinin Adı Soyadı.....

İmza.....

Tarih.....

DOĞUM EYLEMİ SÜRECİ VERİ TOPLAMA FORMU

TANITICI BİLGİLER

Görüşme Tarihi:

Hastaneye Yatış Tarihi:

Adı Soyadı:

Yaşı:

Medeni Durumu:

Eğitimi:

Mesleği:

Gebeliği olumsuz etkileyecek mesleki yaşam: (gün boyunca hareketsiz ayakta durma ya da oturma, ağır kaldırma, kimyasallara maruz kalma, düzensiz beslenme, izinsiz çalışma vb.).

Sağlık Güvence Durumu:

Aile Tipi (Birlikte Yaşadığı Kişiler):

Gelir Düzeyi:

Gelir Düzeyini Algılaması:

Evlilik Süresi:

Kan Grubu ve Rh Faktörü:

Eşi ile Akrabalık Durumu:

Akrabalık Derecesi:

Gerektiğinde Başvurulacak Birey:

Yaşadığı Yer (ev koşulları):

Eşinin

Yaşı:

Eğitim Düzeyi:

Mesleği:

Kan Grubu ve Rh Faktörü :

Önemli Sağlık Problemleri:

Genetik Durumlar ya da Hastalıkların Varlığı:

Gebeliğe Karşı Tutumu:

KADIN VE AİLESİNİN GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ

Aşağıdaki problemlerin gebe kadın ya da birinci derece yakınlarında (anne, baba, kardeş) görme durumu:

(Bu problemler varsa, açıklamasını yazınız/problem yoksa ilgili sütunu boş bırakınız.)

Problemler	Gebe Kadın	Birinci Derece Yakınlar
Hastaneye yatma		
Ameliyat		
CYBH		
Kalp ve damar hastalıkları		
Tüberküloz		
Diabet		
Konvülsif hastalıklar		
Troid problemler		
Psikolojik Problemler		
Enfeksiyonlar		
Hematolojik problemler		
Çoğul doğumlar		
Konjenital hastalık&anomali		
Diğer		

GEÇMİŞ JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

Geçirilen jinekolojik enfeksiyonlar (vajinal, servikal, tubal) :

Alınan tedavi: Medikal ☐ : Sonuç: Tedavi oldu ☐
Cerrahi ☐ : Tedavi olmadı ☐

Geçirilen jinekolojik girişimler:

Özelligi: Nedeni: Sonuç:

Siklusun Özelliği

İlk menarş yaşı:

Menstruasyon süresi, sıklığı ve düzeni:

Dismenore hikayesi:

Kullandığı Kontraseptif Yöntemler:

	Kullandığı Yöntem	Kullanma Süresi	Bırakma Nedeni
1.			
2.			
3.			

Son jinekolojik muayene ve pap-smear tarihi

Muayene zamanı:

Pap-smear sonucu:

ŞİMDİKİ GENEL SAĞLIK DURUMU

Boy:

Kilosu:

Gebelik öncesi kilos:

Şimdiki kilos:

Beslenme Durumu:

Öğün sayısı (gün):

Ağırlıklı olarak tüketilen besinler:

Egzersiz alışkanlığı

Tipi:

Süresi:

Sıklığı:

Halen kullandığı ilaçlar ya da gebe kalmadan önce kullanılan ilaçlar:

İlacın adı:

Kullanım süresi:

Kullanım amacı:

Önceki ya da şimdiki sigara, alkol ve kafein (özellikle kahve, çay, kola, çikolata) tüketimi

Aışkanlıklar	Tüketilen miktar/gün	Süre
Sigara		
Alkol		
Çay		
Kahve/kafein		
Diğer		

Alerji durumu (ilaç, toz vb.):

Bu gebeliğe ilişkin olası teratojenlere maruz kalma durumu

Viral enfeksiyonlar:

İlaç kullanma:

X-ray yöntemi:

Cerrahi girişim:

Evde kedi/köpek besleme (olası toksoplazma kaynağı):

ÖNCEKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ

Gebelik Sayısı:

Abortus:

D/C:

Para:

Yaşayan:

Aşağıdaki tabloyu ilk gebelik tarihinden başlayarak doldurunuz.

Gebelik Tarihi	Gebelik Haftası	Eylem Süresi	Doğum Şekli	Doğumu Kimin/Nerede Gerçekleştirdiği	Yenidoğanın Cinsiyeti	Yenidoğanın Sağlık Durumu

Önceki Gebelikte Ortaya Çıkan Problemler

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız).

Hipertansiyon:

Ödem:

Gestasyonel diyabet:

Rh uyuşmazlığı:

Hiperemezis gravidarum:

Enfeksiyon (vajinal, üriner, USYE, vb.)

Diğer:

Doğum öncesi kontrollere gitme durumu:

Gitme sıklığı:

Kontrollerin nerede ve kim tarafından yapıldığı:

Tetanoz aşısı olma durumu:

Aşı yapılma zamanı:

Dozu:

Daha Önce Yaşanan Doğum Problemleri

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız)

Hızlı doğum:

Zor ve uzun doğum eylemi:

Epizyotomi:

Forseps/Vakum uygulaması:

Sezaryen:

İri bebek doğumu (4 kg ve üzeri):

Düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu:

Preterm eylem:

Postterm eylem:

Çoğul doğum:

Ölü doğum:

İlk 24 saatte ölen bebek:

Anomalili/problemlili bebek:

Diğer:

Daha Önce Yaşanan Doğum Sonu Problemler

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız).

Kanama:

Enfeksiyon-ateş:

Hipotansiyon/Hipertansiyon:

Meme problemleri:

Psikolojik problemler:

Diğer:

HİJYENİK UYGULAMALAR**El Hijyeni**

El yıkama sıklığı:

El yıkadığı durumlar:

El yıkamada kullanılan materyal:

Vücut Hijyeni

Banyo yapma sıklığı:

Banyo yapma şekli:

Ağız Hijyeni

Diş fırçalama sıklığı:

Diş fırçalama şekli:

Perine Hijyeni

Mesane ve/veya barsak boşaltımından sonra perineyi temizleme yöntemi (tahretlenme):

İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) değiştirme sıklığı:

Kullandığı iç çamaşırlarının (özellikle külodunun) özelliği (pamuklu, sentetik, naylon):

İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) temizleme şekli:

Menstrual Hijyeni

Kullanılan hijyenik bağın özelliği:

Hijyenik bağ değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:

Hijyenik bağları değiştirme sıklığı:

Menstruasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:

ŞİMDİKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ

Son Adet Tarihi:

Tahmini Doğum Tarihi:

Şu andaki Gebelik Haftası:

Son Menstruasyondan İtibaren Yaşanan Bireysel Gebelik Belirtileri:

Bulantı:

Kusma:

Göğüslerde Hassasiyet:

Diğer:

DOSYADAN TOPLANACAK VERİLER

Vital Bulguları:

Ateş:

Nabız:

Solunum:

Tansiyon arteryel:

Laboratuvar Bulguları:

İdrar Analizi:

Kan Analizi:

Diğer Tetkikler:

USG Sonucu:

NST/OCT Sonucu:

Leopold Manevraları Sonucu

I. Manevra:

II. Manevra:

III. Manevra:

IV. Manevra:

Derinin Değerlendirilmesi

Linea Nigra:

Stria gravidarum:

Geçirilmiş ameliyat izi/skar:

Memelerin Değerlendirilmesi

Meme ucunun durumu:

Meme dolgunluğu:

Kolostrumun varlığı:

Emzirme isteği:

Diğer Veriler

Anormal prezentasyon:

Çoğul gebelik:

Hidroamnios:

Mekonyumlu amnion mai:

Erken membran rüptürü:

Ablatio plasenta/plasenta previa:

Uzamış eylem:

Hızlı doğum eylemi:

Ateş:

Duygusal/psikolojik problemler:

Diğer:

Gebelik öncesi kontrollere gelme durumu

Kontrollerin kim tarafından yapıldığı:

Kontrolerin nerede yapıldığı:

Kontrollerin ne sıklıkta ve hangi gebelik haftalarında yapıldığı:

Kontroller sırasında verilen hizmetler (boy, kilo, fundus kontrolü, FKS dinleme, vital bulgular, meme muayenesi, vajinal muayene, aşılama, kan idrar analizi, ultrason, NST/OCT, verilen eğitici bilgiler) :

Aşı yapılma durumu

Yapılan aşıların ismi:

Aşı yapılma zamanı:

ŞİMDİKİ GEBELİKTE YAŞANAN PROBLEMLER

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız.)

Bulantı kusma:

Kabızlık:

İdrar yaparken yanma:

Baş ağrısı:

Anormal vajinal akıntı (koku, miktar ve renk açısından özelliği):

Vajinal kanama:

Kramp:

Ayak ve bacaklarda ödem:

Aşırma:

Alerji:

Hemoroid:

Varis:

İzleyen Öğrencinin Adı Soyadı:.....

İmza:.....

Tarih:.....

DOĞUM SONU DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU

A. TANITICI BİLGİLER

Adı Soyadı:

Yaşı:

Eğitimi:

Mesleği:

Sağlık Güvence Durumu:

Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler):

Gelir Düzeyi:

Gelir Düzeyini Algılaması:

Evlilik Süresi:

Kan Grubu:

Eşi ile Akrabalık Durumu:

Yaşadığı Yer (ev koşulları):

Önceki ya da şimdiki sigara, alkol ve ilaç kullanımı:

Eşinin

Yaşı:

Eğitimi:

Mesleği:

Kan Grubu:

Görüşme Tarihi:

Hastaneye Yatış Tarihi:

B. GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ**1. Kadının ve Ailesinin Geçmiş Tıbbi Öyküsü**

Problemler	Gebe Kadın	Birinci Derece Yakınlar
Hastanede yatma		
Ameliyet		
CYBH		
Kalp ve Damar hastalıkları		
Tüberküloz		
Diabet		
Konvülsif hastalıklar		
Troid problemleri		
Psikolojik problemler		
Enfeksiyonlar		
Hematolojik problemler		
Çoğul doğumlar		
Konjenital hastalık ya da anomali		
Diğer		

2. Geçmiş Jinekolojik Öykü

Siklus Özelliği:

Menarş Yaşı:

Siklus Düzeni (Menstrüasyon süresi, sıklığı ve kanama miktarı):

Dismenore Öyküsü:

Seksüel Öykü:

Kontraseptif Kullanma Öyküsü:

Kullandığı Yöntem	Kullanma Süresi	Bırakma Nedeni

Geçirilen Enfeksiyonlar (vajinal, servikal, tubal):.....

Alınan Tedavi:

Tedavinin Süresi:

Tedavinin Sonucu:

Geçirilen Jinekolojik Girişimler

•

•

Diğer Hastalıklar:

3. Geçmiş Gebelik ve Doğumlara İlişkin Öykü

Gebelik Sayısı:

Yaşayan Çocuk Sayısı:

Düşük Sayısı:

D&C Sayısı:

Gebelik Tarihi	Doğum Haftası	Doğum Şekli	Doğumun Gerçekleştiği Yer	Çocuğun Cinsiyeti	Çocuğun Sağlık Durumu

Önceki doğumlarda, doğum sonrasında yaşanan problemler

Kanama:

Enfeksiyon-ateş:

Hipertansiyon:

Meme Problemleri:

Duyusal / Psikolojik Problemler (yoğun bir üzüntü, yalnızlık, kimsesizlik, huzursuzluk, sinirlilik, kolayca ağlama, nedensiz yere gerginlik ve korku, iştahsızlık, uykusuzluk)

Diğer:

C. HİJYENİK UYGULAMALAR

Banyo yapma şekli:

Banyo yapma sıklığı:

Perine Hijyeni

Boşaltım sonrası perineyi temizleme yöntemi:

İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:

Kullandığı iç çamaşırlarının özelliği:

İç çamaşırlarını temizleme şekli:

Menstruasyon Hijyeni

Kullanılan materyal:

Ped değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:

Ped değiştirme sıklığı:

Menstruasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:

D. POSTPARTUM DÖNEM ÖYKÜSÜ

Son Gebelik Aralığı:

Gebelik Haftası:

Doğum Yaptığı Tarih:

Doğum Şekli:

İnsizyon/epizyotomi:

Yaşam Bulguları

Ateş:

Nabız:

Solunum:

Kan basıncı:

Hb değeri:**Memeler**

Görünümü

() Simetrik () Asimetrik

() İkisi aynı büyüklükte

() Sağ meme büyük

() Sol meme büyük

Sağ meme

Nodül	() Var	() Yok
Kızarıklık	() Var	() Yok
Dolgunluk	() Var	() Yok
Meme ucu çatlağı	() Var	() Yok
Meme ucu içe çökük	() Var	() Yok
Meme ucunda ağrı	() Var	() Yok

Sol meme

() Var	() Yok
() Var	() Yok
() Var	() Yok
() Var	() Yok
() Var	() Yok
() Var	() Yok

Sütyen () Bedenine uygun yeterli destek sağlıyor

() Bedenine uygun değil, yeterli destek sağlamıyor

() Kullanmıyor

Emzirme Davranışı

Emzirme Sıklığı:

Emzirme Süresi:

Emzirme Pozisyonu:

Fundus

Pozisyonu:

Kıvamı:

Seviyesi:

Loşia

Renk

Miktar (ped sayısı/24 saat)

İçerik

Koku

Perine:**Epizyo**☐ Var☐ Yok

Epizyo bölgesinde;

Şiddetli Ağrı

☐ Var☐ Yok

Akıntı

☐ Var☐ Yok

Kızarıklık

☐ Var☐ Yok

Ödem

☐ Var☐ Yok

Ekimoz

☐ Var☐ Yok**Anüste hemoroid**☐ Var (genişliği, sayısı, ağrı ve hassasiyet olup olmadığı)☐ Yok**Alt Ekstremiteler****Sağ bacak****Sol bacak**

Ödem

☐ Var☐ Yok☐ Var☐ Yok

Human's belirtisi

☐ Var☐ Yok☐ Var☐ Yok

Varis

☐ Var☐ Yok☐ Var☐ Yok**Eliminasyon**

İdrar

☐ Yaptı☐ Yapmadı (doğum sonu saati.....)

Gaita

☐ Yaptı☐ Yapmadı (doğum sonu saati.....)**Beslenme durumu**

(Genelde ve gebelik dönemindeki yemek yeme alışkanlıkları, öğün sayısı, sevdiği ya da sevmediği yiyecekler, günlük aldığı sıvı miktarı.)

Uyku:☐ Rahat uyuduğunu ifade ediyor.☐ Epizyotomi, hemoroid ya da genel vücut ağrıları nedeniyle uyuyamadığını ifade ediyor.☐ Yabancı çevre ya da gürültü gibi nedenlerle uyuyamadığını ifade ediyor.**Kendini yorgun hissetme**☐ Yok☐ Var**Bebeğinin bakımına katılma durumu**☐ Evet☐ Hayır

Evde bebeğin bakımına yardım edecek kişi

() Var () Yok

Yardım eden kişi

() Eş
() Akraba
() Diğer çocuk

Anne bebek ilişkisi

Bebeğini kucağına alıyor, dokunuyor	() Evet	() Hayır
Bebeğini okşuyor	() Evet	() Hayır
Bebeğiyle konuşuyor	() Evet	() Hayır
Emzirmeye istekli	() Evet	() Hayır
Bebeğiyle göz iletişimi kuruyor	() Evet	() Hayır
Bebeğine adı ile sesleniyor (adı kondu ise)	() Evet	() Hayır
Bebek bakımıyla ilgili sorular soruyor	() Evet	() Hayır
Bebeğin cinsiyetinden memnun	() Evet	() Hayır
Kendi gereksinimlerine daha fazla odaklanıyor	() Evet	() Hayır

Kadının Sosyal Destek Faktörleri**Kadının ve Ailesinin Bilgi Gereksinimleri****Yenidoğan ile ilgili**

Göz bakımı	() Evet	() Hayır
Göbek bakımı	() Evet	() Hayır
Bebek banyosu	() Evet	() Hayır
Bebek giyimi	() Evet	() Hayır
Pişik bakımı	() Evet	() Hayır
Konak bakımı	() Evet	() Hayır
Pamukçuk bakımı	() Evet	() Hayır
Emzirme/biberonla besleme	() Evet	() Hayır
Bebeğin büyüme ve gelişmesi	() Evet	() Hayır
Yenidoğan bebeğin özellikleri	() Evet	() Hayır
Bebeğe uyarın verilmesi	() Evet	() Hayır
Diğer	() Evet	() Hayır

Kendi Bakımı ile ilgili

Kişisel Hijyen	() Evet	() Hayır
Loşia/epizyotomi izlemi	() Evet	() Hayır
Beslenme	() Evet	() Hayır
Aile planlaması	() Evet	() Hayır
Cinsel yaşam	() Evet	() Hayır
Ebeveyn olma	() Evet	() Hayır
Diğer	() Evet	() Hayır

YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Doğum kilosu:

Doğum Haftası:

YAŞAM BULGULARI

Ateş:

Solunum:

Kalp hızı:

BAŞ

Baş Çevresi:/cm

Süturların arası: () Normal

() Geniş

() Kapalı

Ön fontanel büyüklüğü:/cm

Ön fontanel

() Normal

() Dışa doğru bombeli ve hassas

() Aşırı içe çökük

Arka fontanel büyüklüğü:/cm

Arka fontanel

() Normal

() Dışa doğru bombeli ve hassas

() Aşırı içe çökük

Kafa derisi

() Normal

() Kaput Suksadeneum

() Sefal Hematom

Yüz hareketleri

() Çift taraflı

() Tek taraflı

() Eşit

() Asimetrik

Yüzde doğum lekesi

() Var

() Yok

Kaş çizgisi

() Var

() Yok

Kırpık çizgisi

() Var

() Yok

Saç çizgisi

() Var

() Yok

Gözler

() Simetrik

() Asimetrik

Göz kapakları

Sağ göz kapağı**Sol göz kapağı**

Normal

() Evet () Hayır

() Evet

() Hayır

Ödemli

() Evet () Hayır

() Evet

() Hayır

Akıntı

() Evet () Hayır

() Evet

() Hayır

Pupiller-ışık refleksi

- () Var () Eşit () Eşit değil
() Yok

Gözün iç dış çizgileri ile kulak kepçesinin üst kısmı

- () Aynı düzeyde
() Aynı düzeyde değil

Burun delikleri**Sağ burun deliği****Sol burun deliği**

- | | | | | |
|--------|----------|-----------|----------|-----------|
| Kapalı | () Evet | () Hayır | () Evet | () Hayır |
| Açık | () Evet | () Hayır | () Evet | () Hayır |
| Akıntı | () Evet | () Hayır | () Evet | () Hayır |

Dudak Hareketleri

- () Simetrik () Simetrik değil

Damaklar**Alt damak****Üst damak**

- | | | | | |
|-------------|----------|-----------|----------|-----------|
| Bütün | () Evet | () Hayır | () Evet | () Hayır |
| Bütün değil | () Evet | () Hayır | () Evet | () Hayır |
| Dış | () Evet | () Hayır | () Evet | () Hayır |

Dil

- () Hareketli () Dil altı bağı var

Boyun hareketleri

- () Normal-Sağa sola hareketli () Hareketi kısıtlı

ÜST GÖVDE

Göğüs çevresi: /cm

Memeler

Ac

Sağ meme**Sol meme**

- | | | | | |
|-----------|---------|---------|---------|---------|
| Dolgunluk | () Var | () Yok | () Var | () Yok |
| Akıntı | () Var | () Yok | () Var | () Yok |

Meme uçları

- () Simetrik () Simetrik değil

Koltuk altı nodülü**Sağ koltuk altı****Sol koltuk altı**

- | | | | |
|---------|---------|---------|---------|
| () Var | () Yok | () Var | () Yok |
|---------|---------|---------|---------|

Solunum sırasında retraksiyon

- () Var () Yok

Nabızlar

- | | | |
|----------------|---------|----------|
| Apeks | () Var | () Yok |
| Femoral | () Var | () Yok |
| Dorsalis pedis | () Var | () Yok, |
| Brakial | () Var | () Yok |

Cilt rengi

- () Tüm cilt pembe
() Ekstremiteler mor vücut pembe
() Tüm cilt mor
() Tüm cilt sarı

Aktivite sırasında cilt rengi değişikliği

☐ Var ☐ Yok

Ciltte döküntü

☐ Var ☐ Yok

Ciltte doğum lekesi

☐ Yok
☐ Var (Yeri ve tipi.....)

Cilt

☐ Esnek ☐ Esnek değil

ALT GÖVDE

Abdomen

☐ Yuvarlak ve hafif şiş ☐ Aşırı şiş ve distansiyon

Umbilikal kord damarları

☐ İki arter ve bir ven ☐ Bir arter ve bir ven

Göbek etrafında kanama

☐ Var ☐ Yok

Umbilikal herni

☐ Var ☐ Yok

Dış Genitaller (kız bebekler için)

Vajinal açıklık	☐ Açık	☐ Kapalı
Renk	☐ Kırmızı	☐ Mor
Şekil	☐ Normal	☐ Anormal
Akıntı	☐ Var	☐ Yok
Kanama	☐ Var	☐ Yok

Dış Genitaller (erkek bebekler için)

Fimozis	☐ Var	☐ Yok
Epispadias	☐ Var	☐ Yok
Hipospadias	☐ Var	☐ Yok
Akıntı	☐ Var	☐ Yok
Skrotum	☐ Normal	☐ Aşırı ödemli ve büyük
Testisler	☐ İnmiş	☐ İnmemiş
	☐ Sağ ☐ Sol	☐ Sağ ☐ Sol

Anüs:

☐ Açık, mekonyumunu yaptı
☐ Açık, mekonyumunu yapmadı (Doğum sonu saat.....)
☐ Kapalı

Sırtta pylonidal çukur

☐ Yok
☐ Var, kılla kaplı değil
☐ Var, kılla kaplı

EKSTREMİTELER**Ekstremiteler**

	Üst ekstremiteler		Alt ekstremiteler	
Simetrik	☐ Evet	☐ Hayır	☐ Evet	☐ Hayır
Asimetrik	☐ Evet	☐ Hayır	☐ Evet	☐ Hayır

Ekstremitelerin hareketi

Sağ kol	☐ Tam	☐ Tam değil
Sol kol	☐ Tam	☐ Tam değil
Sağ bacak	☐ Tam	☐ Tam değil
Sol bacak	☐ Tam	☐ Tam değil

Avuç içi çizgisi

☐ Tek	☐ Birden fazla
------------------------------	---------------------------------------

Polidaktili

Sağ el	☐ Var	☐ Yok
Sol el	☐ Var	☐ Yok
Sağ ayak	☐ Var	☐ Yok
Sol ayak	☐ Var	☐ Yok

Sindaktili

Sağ el	☐ Var	☐ Yok
Sol el	☐ Var	☐ Yok
Sağ ayak	☐ Var	☐ Yok
Sol ayak	☐ Var	☐ Yok

Bacak ve kalça kıvrımları

☐ Eşit	☐ Eşit değil
-------------------------------	-------------------------------------

Kalça çıkığı

Sağ	☐ Var	☐ Yok
Sol	☐ Var	☐ Yok

REFLEKSLER**Moro refleksi**

☐ Var	☐ Yok
------------------------------	------------------------------

El-ayak yakalama refleksi

☐ Var	☐ Yok
------------------------------	------------------------------

Tonik boyun refleksi

☐ Var	☐ Yok
------------------------------	------------------------------

Emme-yutma refleksi

☐ Var	☐ Yok
------------------------------	------------------------------

Adım atma ve basma refleksi

☐ Var	☐ Yok
------------------------------	------------------------------

Babinski refleksi

☐ Var	☐ Yok
------------------------------	------------------------------

Gövdeyi içe eğme refleksi

☐ Var	☐ Yok
------------------------------	------------------------------

Derin tendon refleksi

☐ Var

☐ Yok

Göz kırpma refleksi

☐ Var

☐ Yok

İtme refleksi

☐ Var

☐ Yok

Kaldırma refleksi

☐ Var

☐ Yok

Aksırma-öksürme refleksi

☐ Var

☐ Yok

İzleyen Öğrencinin Adı Soyadı:.....

İmza:.....

Tarih:.....

JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU

Görüşme Tarihi:

Hastaneye Yatış Tarihi:

A.TANITICI BİLGİLER

Adı Soyadı:

Yaşı:

Medeni Durumu:

Eğitimi:

Mesleği:

Sağlık Güvence Durumu:

Aile Tipi (Birlikte Yaşadığı Kişiler):

Gelir Düzeyi:

Gelir Düzeyini Algılaması:

Evlilik Süresi:

Kan Grubu ve Rh Faktörü:

Eşi ile Akrabalık Durumu:

Akrabalık Derecesi:

Gerektiğinde Başvurulacak Birey:

Yaşadığı Yer (ev koşulları):

Eşinin

Yaşı:

Eğitim Düzeyi:

Mesleği:

Kan Grubu ve Rh Faktörü :

Önemli Sağlık Problemleri:

Genetik Durumlar ya da Hastalıkların Varlığı:

B.SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Hastaneye Geliş Nedeni:

Şu Andaki Yakınmaları:

Hastalığın Başlangıcı ve Bu Yakınmalar Ortaya Çıktığında Neler Yaptığı:

Hastanın Sorunlarını ve Hastalığını Algılayışı:

Labovatuvar Bulguları:

Yaşam Bulguları:

Tıbbi Tanı:

Tedavi:

C. ÖZGEÇMİŞİ:**Geçirdiği Hastalıklar**

- Geçirdiği Ameliyatlar** () Tüpligasyon
 () Histerektomi
 () Ooferektomi
 () Laparaskopi
 () Diğer.....

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Öyküsü**Vajinal Enfeksiyon Öyküsü**

Akıntının renk, koku ve miktar özelliği:

Tedavi şekli:

PID Öyküsü

(Abdomenin her iki alt kadranda bulunan ağrı, adnekslerde hassasiyet, dolgunluk vb.):

Kullandığı İlaçlar**Alışkanlıkları**

Alışkanlıklar	Tüketilen miktar/gün	Süre
Sigara		
Alkol		
Çay		
Kahve/kafein		
Diğer		

Beslenme Alışkanlığı:

- Günlük Öğün Sayısı:
- Genelde Tükettiği Besinler:
- Kalsiyum İçeren Besinleri (Süt, yoğurt, yeşil yapraklı besinler) Tüketme Durumu:

D.ÜREME SAĞLIĞI ÖYKÜSÜ**Menarş Yaşı:****Son Menstruasyon Yaşı:****Gebelik Öyküsü****Gebelik Sayısı:****Abortus:****D/C:****Para:****Yaşayan:**

Aşağıdaki tabloyu ilk gebelik tarihinden başlayarak doldurunuz.

Gebelik Tarihi	Gebelik Haftası	Eylem Süresi	Doğum Şekli	Doğumu Kimin/Nerede Gerçekleştiği	Yenidoğanın Cinsiyeti	Yenidoğanın Sağlık Durumu

MENSTRUAL ÖYKÜ**Siklus Süresi:****Düzeni:****Kanamanın Miktarı :** (24 saatte kullanılan pedlerin sayısı)**Kanama Süresi:****Dismenore Öyküsü** (özelligi, süresi, sıklığı, rahatlamak için ne yaptığı):**Siklus arası kanama ya da lekelenme durumu** (miktarı, süresi, sıklığı, siklusun hangi fazında olduğu):**Premenstrual Semptomlar**

- () Baş ağrısı
 () Kilo alma
 () Psikolojik gerginlik, sinirlilik
 () Ödem
 () Memelerde duyarlılık
 () Diğer.....

Menstruasyon sırasında cinsel ilişki:**Cinsel ilişki sırasında yaşadığı sıkıntılar** (disparanoya, postkoital ağrı, postkoital kanama vb) :**Anormal Kanama Öyküsü:**

- () Amenore
 () Menoraji
 () Metroraji
 () Hipomenore
 () Oligomenore
 () Polimenore

Başlangıcı :**Süresi :**

Eşlik eden faktörler :

Uygulanan tedavi :

Sonuç :

Akıntı Öyküsü

(akıntının özelliği, akıntının rengi, kokusu, miktarı, birlikte olan semptomlar, eşinde semptomların varlığı).

Vulvada kaşıntı:

Kontraseptif Öyküsü

Şu Ana Kadar Kullandığı Yöntemler	Süresi	Yan Etkileri-Bırakma Nedeni

En Son Kullanılan Yöntem

Adı

Kullanım Süresi

Yan Etkileri

Yöntemden Memnuniyet

E. AİLEDEKİ DİĞER BİREYLERİN (EŞİ VE DİĞER AİLE ÜYELERİ) SAĞLIK VE SOSYAL ÖYKÜSÜ

F. SİSTEMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ (HASTA DOSYASINDAN ALINACAK BİLGİLER VE LABORATUVAR BULGULARININ İNCELENMESİYLE)

Genel:

GİS:

Endokrin Sistem:

Meme Muayenesi:

Meme Özelliğinde Herhangi Bir Değişim

() Ağrı

() Akıntı

() Duyarlılık

() Kitle

() Büyüklük

() Şekil yönünden memeler arası fark

() Meme derisinde portakal kabuğu görüntüsü,
kabuklanma, çökme

() Deri irritasyonu

Kendi kendine meme muayenesi (sıklığı, yapılma zamanı) konusundaki bilgi ve uygulamaları:

Genito-Üriner Sistem

Varolan Üriner Semptomlar

- () İnkontinans
- () Dizüri
- () İdrar Yaparken Yanma
- () Sık İdrara Çıkma
- () Diğer.....

Bu belirtilere eşlik eden diğer semptomlar

- () Vajinal akıntı-kanama
- () Abdominal ağrı-kramp
- () Abdominal distansiyon
- () Pelvik dolgunluk-ağrı
- () Diğer.....

Varsa idrar analizinin sonucu

Vulva muayenesi konusundaki bilgi ve uygulamaları

G.HİJYENİK UYGULAMALAR

El Hijyeni

- El yıkama sıklığı:
- El yıkadığı durumlar:
- El yıkamada kullanılan materyal:

Vücut Hijyeni

- Banyo yapma sıklığı:
- Banyo yapma şekli:

Ağız Hijyeni:

- Diş fırçalama sıklığı:
- Diş fırçalama şekli:

Perine Hijyeni

- Mesane ve/veya barsak boşaltımından sonra perineyi temizleme yöntemi (tahretlenme):
- İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) değiştirme sıklığı:
- Kullandığı iç çamaşırlarının (özellikle külodunun) özelliği (pamuklu, sentetik, naylon):
- İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) temizleme şekli:

Menstrual Hijyeni

- Kullanılan hijyenik bağın özelliği:
- Hijyenik bağ değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:
- Hijyenik bağları değiştirme sıklığı:
- Menstruasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:

H. MENOPOZ ÖYKÜSÜ

Menopoz yaşı:

Yaşadığı fiziksel belirtiler:

Yaşadığı psikolojik belirtiler:

Menopoza ait sorunlarla başetme şekli:

HRT (Hormon Replasman Tedavisi) alma durumu

☐ Alıyor ☐ Almıyor

HRT alıyor ise;

Başlama zamanı:

Kullanma süresi:

Tedaviye uyumu:

Menopoz süresince yaptırılan tetkikler

Tetkikler	Yapılma Sıklığı	Sonuç
Mamografi		
Kemik dansite		
Pap-smear		
Diğer		

Kadın sağlığına yönelik öğrenmek istediği konular:

- () Vulva muayenesi
- () Meme muayenesi
- () Menopoz (fizyolojisi, vücuttaki değişiklikler)
- () Menstrual hijyen
- () Aile Planlaması
- () Vajinal enfeksiyonlar
- () Diğer.....

İzleyen Öğrencinin Adı Soyadı:.....

İmza:.....

Tarih:.....