**ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME REHBERİ**

**ÇOCUĞA AİT GENEL BİLGİLER**

Çocuğun Adı: Yaşı (Ay/Yıl):

Hastaneye Yatış Tarihi: Yatışı (Evraklı,ücretli):

Tanısı: Kilosu: Persentil:

Yaşadığı Yer: Boyu : Persentil:

**HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ**

**Şikayeti:** (hastaneye hangi şikayetlerle gelmiş)

**Hikayesi:** (Kısa hastalık öyküsü, şikayeti ne zaman ve nasıl başlamış, şikayetlerinin başlangıcından hastaneye yatana kadar ki süreçte neler olmuş?)

**Soy Geçmiş:**

**Öz Geçmişi:** (1,2 ve 3 numaralı bölümler yalnızca 0-2 yaş grubu için doldurulacaktır.)

**1. Doğum öncesi değerlendirme**

\*Gestasyon yaşı:

\* Annenin gebelik öyküsü (radyasyona maruz kalma, ilaç kullanımı, hamilelikte geçirilen hastalıklar) :

**2. Doğum**

\* Doğum şekli(Normal, sezeryan, vakum):

\* Doğum kilosu:

\* Hemen ağlamış mı?

**3.Motor-Mental Gelişimi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beceriler** |  **Aylar** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 12 | 18 | 24 |
| Gülümseme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Başını tutma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Eşya yakalama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Destekli oturma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Desteksiz oturma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yürüme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kelime söyleme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kaşık tutma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gündüz idrarını söyleme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Not: Ayına ya da yaşına uygun olmayan gelişim sorunları var ise belirtiniz……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

4.Geçirdiği Hastalıklar, ameliyatlar, kazalar, yaralanmalar………………………………………………………………………………….

5. Daha Önce hastaneye yatmış mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Kaç kez…………………………………… Ne zaman……………………………………….

Nerede……………………………………..Neden……………………………………………

6. Hastaneye Yatma Tepkisi………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

7- Ebeveynlerin ve çocuğun hastalık ve tedaviye ilişkin korku ve endişeleri……………………….

8- Çocuğun stresle baş etme yöntemleri…………………………………………………………….

9- Ailenin stresle baş etme yöntemleri………………………………………………………………

10- Destek kaynakları…………………………………………………………………………………

11. Çocuğun Bilinen Alerjisi Var mı?

Yemek………………………………İlaç…………………………..Diğer……………………..

**12. Aşıları:**

**ORDER BİLGİLERİ:**

**YAŞAM BULGULARI:**

**LABORATUAR BULGULARI:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TETKİK | TARİH | ÖZELLİKLER | YORUM (N,D,Y) |
| İdrar |  | İdrar Miktarı:İdrar pH:Sıklığı : Rengi: Kokusu:Lökosit ( )Eritrosit ( )Protein ( )Glikoz ( ) |  |
| Kan |  | HemoglobinHemotokritEritrositLökositTrombositSodyumPotasyumKalsiyumDiğer… |  |
| Diğer  |  |  |  |

**FİZİK MUAYENE** (**Değerlendirme:** Aldığınız Ölçümlerin Yanına Normalse **N**, Düşükse **D**,Yüksekse **Y** olarak yazın)

**Fiziksel ölçüler**

Doğum kilosu :

Doğumdaki boy uzunluğu :

Doğumdaki baş çevresi : Baş çevresi : Persentil:

Göğüs çevresi:

**Vital bulgular**

Vücut ısısı: Ölçüm yeri:

Kalp atım hızı : Ölçüm yeri:

Solunum sayısı: Şekli:

Postür/yürüyüş:

**Baş**

Fontoneller:

Saçlar:

Kafa derisi:

Göz

Gözler/göz kapakları:

Görme fonksiyonu:

Kaş ve kirpikler:

**Kulaklar**

Anatomisi:

İşitme fonksiyonu:

**Ağız/Damak**

Ağız /dudaklar:

Damak/dil :

Dişler/sayısı :

Boyun :

**Göğüs**

Göğüs kafesi :

Akciğerler :

Kalp :

**Abdomen**

Batın/göbek :

Barsaklar :

İngiunal bölge:

#### Sırt/Ekstremiteler

Sırt/vertebralar :

Eller ve parmaklar :

Alt ekstremiteler/eklemler :

Ayaklar :

#### Perine

Genitaller :

Anüs :

**Nörolojik değerlendirme :**

Bilinç:

Pupil :

Refleksler :

**KURAMCILARA VE YAŞ DÖNEMİ ÖZELLİKLERİNE GÖRE DEĞERLENDİRME:**

Freud’a göre; (yaş dönem özellikleri yönünden)

Ericson’a göre;

Piaget’e göre;

**AİLE BİLGİLERİ:**

1. Annenin Yaşı:

2. Babanın Yaşı:

3. Annenin öğrenim durumu:

4. Babanın öğrenim durumu:

5. Annenin Mesleği:

6. Babanın Mesleği:

7. Her iki ebeveynde çalışıyorsa çocuğa kim bakıyor?.................................................

8. Aile tipi Çekirdek Aile ( ) Geniş aile ( ) Parçalanmış Aile ( ) Diğer ( )

9. Ailenin kaç çocuğu var?..................

**Tabloda yer alan çocuklara ilişkin bilgileri doldurunuz.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Çocuklar | Yaş | Cinsiyet | Öğrenim Durumu | Herhangi Bir Hastalığı Var mı? | Varsa Nedir? |
| 1. Çocuk |  |  |  |  |  |
| 2. Çocuk |  |  |  |  |  |
| 3. Çocuk |  |  |  |  |  |
| 4. Çocuk |  |  |  |  |  |
| 5. Çocuk |  |  |  |  |  |
| 6. Çocuk |  |  |  |  |  |
| 7. Çocuk |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

10. Ailede akraba evliliği var mı? Var ( ) Yok ( )

11. Sosyal güvence tipi:

12. Ailenin aylık ekonomik geliri: 1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü 5) Çok kötü

13. Ailenin yaşadığı evin tipi nasıl? 1)Müstakil 2)Daire 3)Diğer (açıklayınız)……

14. Ev kaç odalı? ……………………………………………

15. Çocuklara ayrılan özel bir oda var mı? Var ( ) Yok ( )

**GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ**

**A. SAĞLIĞIN ALGILANMASI:**

- Çocuğun ve ebeveynin sağlık ve hastalık kavramlar…………………………………………..

- Çocuğun hastalığı algılayışı……………………………………………………………………

- Ebeveynlerin hastalığı algılayışı……………………………………………………………….

- Sağlığa ilişkin inançlar/kültürel değerler………………………...…………………………….

- Çocuğun hastaneye yatma nedenine ilişkin görüşleri……………………………………….…

- Ebeveynlerin, çocuğun hastalığına ilişkin görüşleri………………………...…………………

- Çocuğun hastalığının tüm aile üzerine etkisi……………………….………………………….

**B. BESLENME VE METABOLİK DURUM:**

**Şu andaki beslenme durumu :**

Beslenme İçerik :

Diyet/sıvı kısıtlaması :

Beslenme Miktarı : Beslenme Yolu :

Beslenme Sıklığı : Beslenme Aracı :

Beslenme Pozisyonu : Bağımlılığı :

Bulantı/Kusma şikayeti :

İştahında değişiklik :

Beslenmeye bağlı ishal/konstipasyon şikayeti :

Sevdiği-sevmediği yiyecekler :

Özel diyet :

Kilosunda değişiklik oldu mu : Nedeni : Miktarı :

Deri ve mukozada değişiklik oldu mu/Nasıl?/neden? :

Saç ve vücut kıllarında değişiklik oldu mu :

Tırnaklarda değişiklik oldu mu/Nasıl?/Neden? :

Banyo yapma sıklığı :

Diş fırçalama sıklığı :

Diğer ilgili veriler :

**C. BOŞALTIM SİSTEMİ:**

**Tuvalet eğitimi:** (Verilmiş mi, verildiyse kaç yaşında verilmiş,hangi method uygulanmış?)

**Barsak boşaltımı**

( ) Anal, ( ) Kolostomi, ( ) İleostomi

Sıklığı :

Renk : Miktar : Koku :

( ) İshal, ( ) Konstipasyon, ( ) Distansiyon,

( ) İnkontinans, ( ) Ağrı, ( ) Fissür, ( ) Enkoprezis

Açıklamalar :

**İdrar** Miktarı : Sıklığı : Rengi: Kokusu:

Akış şekli : Enürezis (Var mı?):

Üriner kateter :

Açıklamalar :

Diğer ilgili veriler :

**D. AKTİVİTE EGZERSİZ BİÇİMİ ve KENDİNE BAKIM:**

**Motor gelişim öyküsü:**

Öz bakımını gerçekleştirmede bağımlılık durumu ve nedeni :

Kas – iskelet sistemi değişiklikleri/nedeni ve başlama zamanı :

Kas koordinasyonu ve gücünde değişiklik durumu/zamanı :

Enerji düzeyinde değişme durumu/nedeni/başlama zamanı .

Alışılmış günlük aktiviteleri neler (ev, okul, iş, vb):

Eğlence/oyun aktiviteleri :

Hastalık nedeniyle normal günlük aktivitelerin de değişiklik olma durumu :

Hastalık, öz bakım becerilerini etkiledi mi?

**Kas–İskelet Sistemi Öyküsü**

Kırık/çıkık :

Hareket sınırlılığı :

Eklemlerde şişlik / kızarıklık / hareket kısıtlığı şikayeti başlama zamanı :

Artıran faktörler:

Azaltan faktörler:

Uygulanan müdahaleler :

Açıklama :

**Kalp–Dolaşım Sistemi Öyküsü**

Aktivite toleranssızlığı :

Göğüs ağrısı : Aktivite sonrası çömelme gereksinimi :

Çarpıntı : Bayılma : Spell :

Kan basıncında yükselme/düşme öyküsü :

Açıklamalar :

## Solunum Sistemi Öyküsü :

Siyanoz : Dispne: Ortopne:

Hemoptizi : Balgam : Astım öyküsü :

Solunuma yardımcı uygulama / araç – gereç kullanımı öyküsü :

Açıklamalar :

**E. UYKU VE DİNLENME BİÇİMİ:**

1. Uyurken yanında istediği özel bir obje/oyuncak var mı?...........................................................

2. Gündüz uykusu………………………………………….Zamanı ve süresi………………………………………………………

3. Yatma zamanı……………………………………………Uyuma zamanı…………………………………………………………..

4. Yatmadan önce özel alışkanlıkları:

 Biberon…………………………………….Aldığı sıvı tipi……………………………………Oyuncak…………………………

5. Korkuları var mı?

 Karanlık………………………………………………………………………………………..Diğer…………………………………………

6. Uyku sırasında gözlenen sorunlar

 Gece kabusları…………………………………………………………………Uykuda gezme…………………………………….

 Enürezis noktürna…………………………………………………….Eğer varsa ne yapılıyor?...........................

#### Gözler

( )Kızarıklık, ( )Yanma, ( )Sulanma,

( )Çapaklanma, ( )Şişlik/ödem öyküsü

Görme şikayeti

Objelere/TV’ye çok yakından bakma:

Uzağı görememe: Çift görme :

Gözlük kullanma

Özelliği/kullanılmaya başlanan zaman:

Kullanıma ilişkin şikayet :

#### Kulaklar

( ) Ağrı şikayeti

Başlama zamanı, artıran/azaltan faktörler, yapılan uygulamalar:

( ) Akıntı

Başlama zamanı, miktarı, rengi:

İşitme şikayeti

( )Söyleneni tekrarlatma, ( )TV, radyo sesini çok açma,

( ) Konuşan kişiye yaklaşma

İşitme cihazı kullanımı :

Kullanmaya başlama zamanı : İşitmeye katkısı :

Araca ilişkin şikayeti:

Tat almada azalma : Başlama zamanı:

#### Burun

( ) Akıntı

Başlama zamanı : Miktarı: Rengi: Nedeni :

( ) Kanama

Başlatan faktörler:

Durduran faktörler:

( ) Tıkanıklık

Nedeni: Başlama zamanı:

**Deri/dokunma/hissetme duyusu**

Sıcağı/soğuğu/serti/yumuşağı algılamada değişme:

Başlama zamanı:

#### Ağrı Duyusu

Yeri: Şiddeti: Süresi : Karakteristiği(batıcı/yanıcı/delici vb.):

Azaltan faktörler:

Arttıran faktörler:

Başetme mekanizmaları ve uygulamaları :

#### Hafıza

Kısa dönem hafıza kaybı : Nedeni : ????????????????????????

Uzun dönem hafıza kaybı : Nedeni :

Okul başarısı:

Oryantasyonda değişiklik öyküsü :

Birey/Yer/Zaman:

**Düşünce yapısı**

Gerçeği değerlendirme yetisinde azalma

Başlama zamanı: Nedeni :

## Duygulanım durumu

## Duyguları(anksiyete, depresif belirtiler, öfori, öfke, vb):

Başlama zamanı :

Başlatan faktörler:

Başetme yöntemleri :

**Konuşma**

Dil gelişim düzeyi

( ) Hece, ( ) Tek kelimeli anlatım, ( ) İki kelimeli cümle, ( ) Uzun cümleler

Şive farklılıkları/kullandığı özel kelimeler:

Kekemelik :

 Özelliği :

**Öğrenme/bilgi edinme :**

Bilgi edinmek istediği konular:

Öğrenmesine / anlamasına yardımcı olan yöntemler (anlatım /resim çizme, yazılı doküman verme/okuma, gösterme vb.):

**Uyaran gereksinimi**

Duyusal uyaran yoksunluğu belirtileri (bedenine odaklanma, sürekli başını/bedenini sallama, yatağı sallama vb):

Uyaran azlığı gereksinimi:

Diğer ilgili veriler:

**F. DEĞER ve İNANÇLAR**

 a) Çocuk/ailenin sağlığına ilişkin inançları ve değerleri……………………………………………………………

 b) Kültür, geçmiş deneyimler, eğitim ve sosyo ekonomik düzeyin değerler ve inançlar

 üzerindeki etkisi………………………………………………………………………………………………………………………………

**G.ROL VE İLİŞKİ BİÇİMİ:**

1- Aile tipi………………………………………………………………………………….

2- Ailede akraba evliliği var mı?...........................................................................................................

3- Anne-baba kaç yıllık evli…………………………………………………………………………

Nasıl evlenmişler (görücü usulü, severek mi)…………………………………

4- Ebeveynler arasındaki iletişim şekli, karar verme ve iş bölümü:.............................................

.......................................................................................................................................................

5- Çocuk ve ebeveynler arasındaki ilişkinin niteliği:...................................................................

.......................................................................................................................................................

6- Aile Üyelerinin arasındaki iletişim şekli..................................................................................

.......................................................................................................................................................

7- Aile üyelerinin eğlence ve boş zaman aktiviteleri (Tv seyretmek, gazete okumak, gezmeye gitmek, tatil vb.)…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

8- Ebeveynlerin kendileri ve çocukları için geleceğe yönelik hedefleri:………………………

…………………………………………………………………………………………………...

9- Ebeveynlerin çocuk yetiştirme uygulamaları………………………………………………..

1. Kullanılan disiplin yöntemleri nelerdir?

1. Çocuğun kabul edilebilir davranışları………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

2. Çocuğun kabul edilmeyen davranışları……………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

1. Çocukta davranış sorunları var mı?

10- Ailenin çocuk için sağlık hizmetlerinden hangi durumlarda yararlandığı:

 a.Hastalık:……………………………………………………………………………………

 b. Aşı:…………………………………………………………………………………………

 c. Genel kontrol:………………………………………………………………………………

11- Ailenin sağlık kuruluşları dışında başvurduğu/yararlandığı diğer kaynaklar:……………

**Tedavi Uygulaması/Bakım Uygulamaları Aralıklı/Sürekli**

Oksijen uygulama……………………………………………………………………..

Buhar Uygulama………………………………………………………………………..

Postural Drenaj………………………………………………………………………..

Küvöz Bakımı……………………………………………………………………………..

Fototerapi uygulaması……………………………………………………………..

İzolasyon ve türü……………………………………………………………………..

Diğer uygulamalar……………………………………………………………………..

**Değerlendirmeyi yapan :**

**Değerlendirme tarihi :**