

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ**  
**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ**  
**VERİ TOPLAMA FORMU**

**Tarih:**  
**Öğr. Hemş. Adı Soyadı:**

**HASTANIN:**

Adı-Soyadı (Rumuz):	Hastaneye Yatış Tarihi:
Yaş:	Yattığı Klinik:
Evlilik yaşı:	Oda No:
Eğitim Durumu:	Sosyal Güvencesi:
Mesleği:	Kan Grubu:
Medeni Durumu:	Eşin kan grubu:
Tıbbi tanı/tanıları:	Cerrahi prosedürü / Post op:

**FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ**

**1-SAĞLIĞI ALGILAMA-SAĞLIK YÖNETİMİ**

Hastalık Öyküsü:					
Genel sağlık durumu					
() Çok İyi () İyi () Orta () Kötü					
<b>Risk faktörleri</b>					
<b>Aile sağlık öyküsü</b>					
Kanser, böbrek, kalp vb hastalığı olan aile üyesi var mı? () Hayır, () Evet Açıklayınız.....					
<b>Alışkanlıklarınız</b>					
		Hayır	Evet	Sıklığı	Miktarı
	Alkol tüketimi				
	Kafein tüketimi				
	Sigara tüketimi				
	Diğer maddeler				
	Daha önce, hastalık, kaza öyküsü			Açıklayınız.....	
	Alerji öyküsü (ilaçlar)			Açıklayınız.....	
	Sürekli kullandığınız ilaç var mı?			Açıklayınız.....	
	Sağlık kontrolü sıklığı			Açıklayınız.....	
<b>Koruyucu sağlık davranışları</b>					
	Kendi kendine meme muayenesi			Açıklayınız.....	
	Mamografi			Açıklayınız.....	
	Kendi kendine vulva muayenesi			Açıklayınız.....	
	Pap smear testi			Açıklayınız.....	
	HPV testi			Açıklayınız.....	
	Aşılama öyküsü			Açıklayınız (Hepatit, Tetanoz, Grip) .....	

## 2-BESLENME-METOBOLİK

Boy ..... Kilo ..... BKI.....			
Kilo değişikliği oldu mu? ( ) Hayır, ( ) Evet, Açıklayınız.....			
<b>İştah Durumu</b>			
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:
<b>Dışlerinizde problem var mı?</b>		( ) Var ( ) Yok	Açıklayınız:
Takma diş		( ) Var ( ) Yok	
<b>Ağız içi</b>		Mukoza Rengi.....	Nemi..... Yaralar.....
<b>Deri</b>		Rengi.....Isısı..... Nemi..... Turgoru.....Yaralar.....	Skar..... Enfeksiyon.....Ödem..... Hijyeni.....
<b>Tırnaklar</b>		Renk....., Şekil....., Lezyonlar.....Hijyeni.....	
<b>Saçlar</b>		Kalite (canlı/mat).....Hijyeni..... Değişiklik oldu mu?.....	
<b>IV Yol</b>		Periferal ( ) Santral Yol( ) Port ( ) Diğer( ) Yeri:..... Takılma Zamanı.....	
<b>Dren</b>		( )Yok ( )Var	Renk: .....Miktar .....
<b>NG</b>		( )Var ( )Yok	Renk: .....Miktar .....
<b>Sıvı kısıtlaması ya yükleme</b>		( )Var ( )Yok	Açıklayınız.....

## 3-BOŞALTIM

<b>Dışkılama alışkanlığı</b>			
Barsak sesleri		Sayı:..... Niteliği:.....	
Batın		( ) Sert ( )Normal ( )Yumuşak	
		Kitle ( ) Yok ( ) Var	Açıklayınız.....
Dışkılama problemleri		( )Var ( )Yok	Açıklayınız.....
Lavman/laktasif kullanma durumu		( )Hayır ( ) Evet	Açıklayınız.....
<b>İdrar boşaltımı alışkanlığı</b>			
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	( <input type="checkbox"/> ) Uygulamıyor, ( <input type="checkbox"/> ) Uyguluyor, Tipi....., Sıklığı....., Süresi.....				
Postür....., Koordinasyon....., Kas Tonüsü....., Kas Gücü.....	Değişiklik Oldu mu? ( <input type="checkbox"/> )Evet ( <input type="checkbox"/> ) Hayır Açıklayınız.....				
<b>Kas-İskelet-Nörolojik Sistem</b>					
Kas-iskelet- sistemi	( <input type="checkbox"/> )Tremor	( <input type="checkbox"/> )Kramp	( <input type="checkbox"/> ) Ağrı	( <input type="checkbox"/> ) Pleji	( <input type="checkbox"/> )Parapleji
Derin tendon refleksi	Sağ ( <input type="checkbox"/> )Yok ( <input type="checkbox"/> )Var	Sol ( <input type="checkbox"/> )Yok ( <input type="checkbox"/> )Var			
<b>Kuvvet</b>					
Üst ekstremité	Eşit <input type="checkbox"/>	Eşit Değil <input type="checkbox"/>	Kuvvetli <input type="checkbox"/>	Orta <input type="checkbox"/>	Zayıf <input type="checkbox"/>
Alt ekstremité	Eşit <input type="checkbox"/>	Eşit Değil <input type="checkbox"/>	Kuvvetli <input type="checkbox"/>	Orta <input type="checkbox"/>	Zayıf <input type="checkbox"/>
ROM: Tam <input type="checkbox"/>					
Sınırlı <input type="checkbox"/>					
<b>Aktivite</b>					
Aktivite toleransı	( <input type="checkbox"/> ) Normal	( <input type="checkbox"/> ) Çabuk yoruluyor	( <input type="checkbox"/> ) Halsiz/Güçsüz		
Son günlerde değişiklik oldu mu?	( <input type="checkbox"/> )Evet	( <input type="checkbox"/> ) Hayır	Açıklayınız.....		
Göğüs,bacak/eklem, sırt ağrısı	( <input type="checkbox"/> ) Yok	( <input type="checkbox"/> ) Var	Açıklayınız.....		
Aktiviteye bağlı sorunlar	Açıklayınız.....				
<b>Kalp-Dolaşım Sistemi</b>					
KB.....	Ateş.....	Nabız:.....	Ritim.....	Dolgunluk.....	
Ektremitelerde: Isı.....	Renk.....	Ödem.....	Varis.....		
Human's Belirtisi	( <input type="checkbox"/> )Sağ		( <input type="checkbox"/> ) Sol		
<b>Solunum Sistemi</b>					
Solunum sayısı:	Oksijen satürasyonu:				
Solunum tipleri	( <input type="checkbox"/> ) Normal Solunum ( <input type="checkbox"/> )Wheezing, ( <input type="checkbox"/> )Raller, ( <input type="checkbox"/> ) Cheyne-Stokes Solunum ( <input type="checkbox"/> )Kussmaul Solunum ( <input type="checkbox"/> )Diğer.....				
<b>Solunum Problemi</b>	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?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
<b>Duyular</b>			
Görme problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
İşitme problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
Tat alma problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
Koku alma problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
Dokunma/Hissetme problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
Duyu organlarına yönelik kullanılan cihazlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız
<b>Ağrı</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Çekirdek	<input type="checkbox"/> Geniş	<input type="checkbox"/> Tek ebeveynli, diğer .....
Aile içi rolleriniz nelerdir?	<input type="checkbox"/> Ebeveyn, <input type="checkbox"/> Ev Kadını,	<input type="checkbox"/> Çocuk, <input type="checkbox"/> Öğrenci,	<input type="checkbox"/> Eş, <input type="checkbox"/> Bakım Verici, Diğer.....
Rollerini yerine getirebilme durumu	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
Aile içi rollerinizi yerine getirmeye ilişkin duygu ve düşünceleriniz	Açıklayınız		
Çalışma durumu	<input type="checkbox"/> Çalışıyor	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor	İşin yarattığı sağlık riskleri.....
Sizi destekleyen /yardımcı olan yakınlarınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız .....
Aile içinde her birey rahatça duygularını ve düşüncelerini paylaşır mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız.....
Bakıma katılmaya isteklilik	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız.....
Aile içi şiddet örüntüsü	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	Açıklayınız.....

## 9-CİNSELLİK-ÜREME

Dış genitaler	<input type="checkbox"/> Vulvada Kızarıklık, <input type="checkbox"/> Ağrı, <input type="checkbox"/> Koku, <input type="checkbox"/> Piruritis, <input type="checkbox"/> Ödem, <input type="checkbox"/> Varis, <input type="checkbox"/> Hematom, <input type="checkbox"/> Kılınma, <input type="checkbox"/> Laserasyon, <input type="checkbox"/> Diğer		
Menstruasyon Özellikleri	Menarş Yaşı.....	Menstruasyon Sıklığı.....	Süresi..... Kokusu.....
Perimenstrual dönemde yaşanan problemler	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız.....
Bu problemlerle nasıl baş ediyorsunuz?	Açıklayınız.....		
<b>Menstruasyon hijyeni</b>			
Kullanılan malzeme	<input type="checkbox"/> Ped	<input type="checkbox"/> Tampon	<input type="checkbox"/> Bez Değişirme sıklığı.....
Menstruasyon sırasında banyo yapma durumu	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Sıklığı.....
Vajinal duş yapıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Sıklığı.....
Vajinal akıntının özellikleri	Rengi.....	Kokusu.....	Miktarı.....
Günlük ped/ara bezi kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Değişirme sıklığı.....
<b>Vulva hijyeni</b>	Tuvaletten önce el yıkama:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
	Tuvaletten sonra el yıkama:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Tuvalette yıkanma	<input type="checkbox"/> Önden arkaya	<input type="checkbox"/> Arkadan öne	<input type="checkbox"/> Önem vermiyor
Perinenin kurulması	<input type="checkbox"/> Bezle	<input type="checkbox"/> Tuvalet kağıdıyla	<input type="checkbox"/> Kurulamıyor
İç çamaşırı	Cinsi: .....		Değişirme sıklığı:.....

<b>Cinsel öykü:</b>	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 sorularımıza başlamak istiyorum.		
Aktif bir cinsel hayatınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Cinsel aktiviteye başlama yaşıınız nedir?	.....		
Cinsel ilişki sıklığınız nedir?	Açıklayınız: .....		
Cinsel ilişki sıklığından memnun musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
Cinsel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
Cinsellik ve cinsel aktivite hakkında herhangi bir sorunuz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
İçinde bulunduğunuz durumun (Gebelik/Hastalık/Ameliyat/Menopoz v.b) cinsel yaşantınızı nasıl etkileyeceğini /etkilediğini düşünüyorsunuz?	Açıklayınız		
Aile planlaması yöntemi kullanma öyküsü	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	Açıklayınız
Aile planlaması danışmanlık gereksinimi	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	Açıklayınız
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH)	<input type="checkbox"/> Gonore, <input type="checkbox"/> Herpes Simplex Tip II,	<input type="checkbox"/> Sifiliz, <input type="checkbox"/> Kandiloma Akimunata,	<input type="checkbox"/> AIDS, <input type="checkbox"/> Şankroid
CYBH'dan korunmak için alınan önlemler	Açıklayınız		

### Obstetrik Hikaye

Gravida.....	Para.....	Abortus.....	Küretaj.....		
Riskli gebelik öyküsü	Açıklayınız				
<b>Doğum/doğumlarını</b>					
Tarih	Nerede yaptı	Kim yaptırdı	Normal Doğum	Müdahaleli Doğum	Sezaryen
<b>Gebe ise</b>					
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?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> 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.....		

<b>Muayeneler</b>			
Leopold muayenesi sonuçları	Fundus yüksekliği..... Fetusun pozisyonu.....FKS:.....		
	Anne fetal hareketleri hissediyor mu? .....		
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

### Menopoz

Menopoz yaşı	Açıklayınız
Menopoz tipi	( ) Doğal ( ) Cerrahi ( ) Preterm ( ) Geç
Menopozal şikayetleri	( ) Var, ( ) Yok, Açıklayınız
Şikayetlerle baş etme durumu	Açıklayınız
Menopozla ilgili danışmanlık gereksinimi	Açıklayınız

### 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

Sağlığınıza korumak ya da hastalandığınızda iyileşmek için yaptığınız geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalar nelerdir?	Açıklayınız
---	-------------

## Hemşirenin Düşünce ve Yorumları



## LABORATUAR SONUÇLARI

Test	Normal değerler	Tarih	Tarih	1. Bu test bu hasta için neden istenmiş açıklayın 2. Anormal bulguların hastanın durumuyla ilişkisi
Eritrosit (RBC)				
Hemoglobin(HGB)				
Hemotokrit(HTC)				
Trombosit				
Lökosit(WBC)				
Nötrofil				
Eozinofil				
Bazofil				
Lenfosit				
Monosit				
Na+				
K+				
Cl				
HCO <sub>3</sub>				
Ca				
P				
Mg				
Sedimentasyon				
CRP				
BRCA1				
BRCA2				
CA 125				
CA 27.29				
CA 15-3				
AFP				
hCG				
LDH				
CEA				
CA 19-9				
<b>KAN ŞEKERİ</b> KŞ Açlık : Tokluk : HbA1c				
BUN				
Kreatin				
Amonyak				
Total Kolesterol				
HDL				
LDL				
Trigliserid				
LDH				
SGOT/AST				
SGPT/ALT				
Total protein				
Albumin				
Total Bilirubin				
Direkt Bilirubin				
Ürik Asid				
PT				
PTT				
INR				
<b>İDRAR</b> Dansite 1.001-1.035 pH 4.5-7.5 Lökosit 1-2 Eritrosit 0-1 Kültür/Antibiyogram HCG				

## TANISAL İŞLEMLER

Tarih	Testin Adı	Yapılma Nedeni	Sonuç ve Yorum

## İL AÇ FORMU

İlacın adı	Uygulama şekli/Dozu	İlacın kullanılma nedeni Etken madde Etki mekanizması	Hemşirenin dikkat etmesi gerekenler

## TRAVAY İZLEM FORMU

Adı-Soyadı:

Yaş:

SAT:

TDT:

Gebelik Haftası:

Kan Grubu:

Travay Odasına Geliş Saati:

Eylemin Başlaması:

Kendiliğinden  Saat:

İndüksiyonla  Saat:

Lavman  Saat:

İdrara Yapma  Saat:

Saat	Kan Basıncı	Nabız	Ateş	Solunum	FKS	Solüsyon Cinsi	Şişe seviyesi	DDS	Giden Sıvı

Doğum şekli:

Tarih:

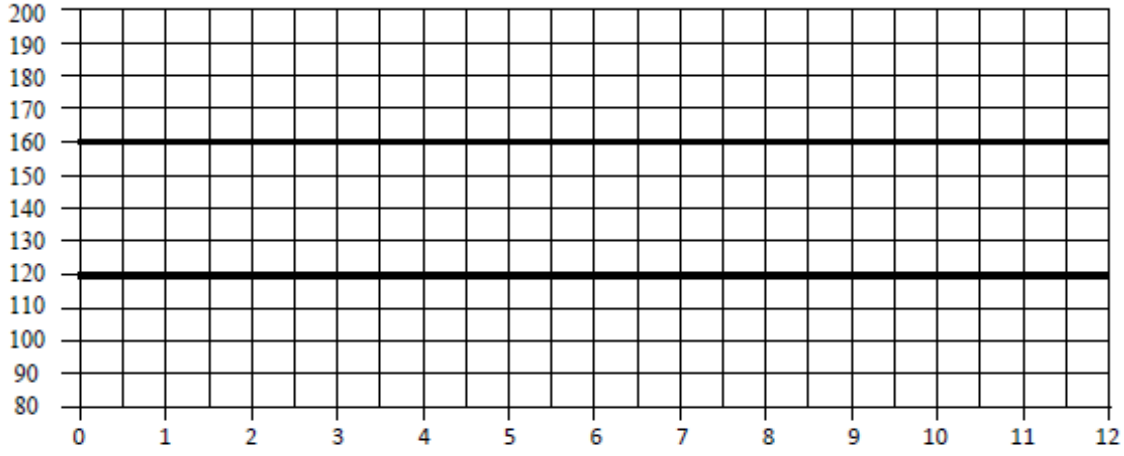
Saat:

Öğrencinin adı-soyadı:

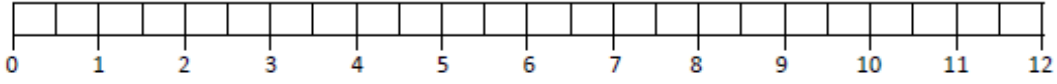
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

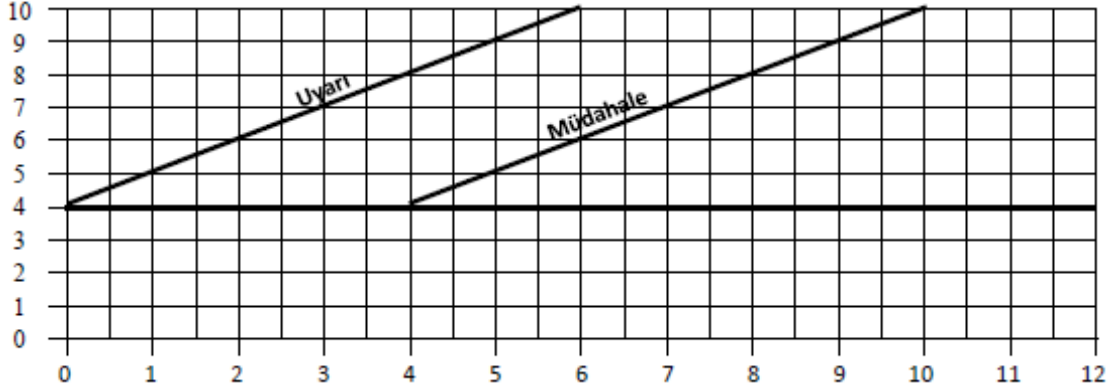
## Fetal Kalp Atım Hızı



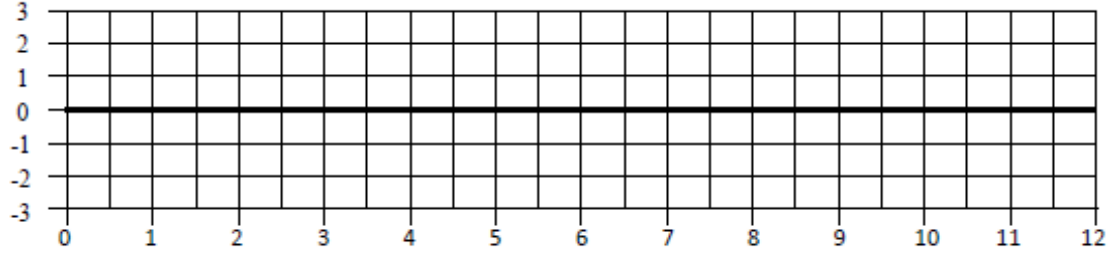
## Amniyon Sıvısı



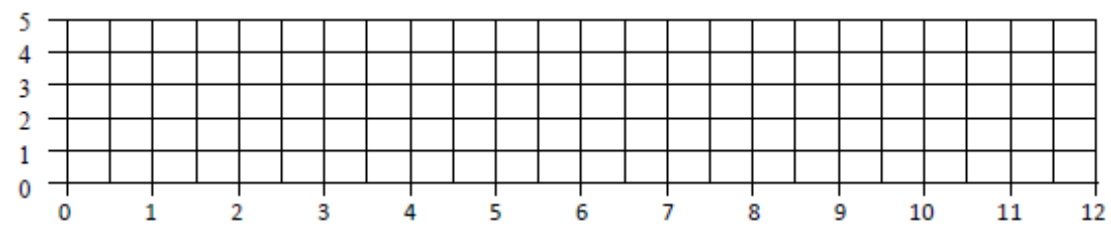
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ**  
**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ**  
**DOĞUM SONU DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU**

**Tarih:**

**Hasta Adı-Soyadı (Rumuz):**

**Öğr. Hemş. Adı Soyadı:**

Doğum şekli:		Doğum tarihi ve saati:							
İlk idrara çıkma: .....saat		Beslenmeye başlama:.....saat							
<b>Fizik Muayaneye İlişkin Veriler</b>									
Gaz çıkışı: ( ) var ( ) yok		Bulantı ( ) var ( ) yok		Kusma ( ) var ( ) yok					
<b>Fundus</b> : Kıvamı.....		Yükseklği.....							
Loşia Karakteri:		Rengi:		Miktarı:		Kokusu:		Pıhtı: ( ) var ( ) yok	
<b>Vajinal/Normal Doğum</b>		<b>Var</b>	<b>Yok</b>	<b>Sezaryen Doğum</b>		<b>Var</b>	<b>Yok</b>		
<b>Epizyotomi:</b> Ağrı: Hematom: Kızarıklık: Ödem: Akıntı: Kanama: Süturlarda açılma Diğer:				<b>İnsizyon</b> Ağrı: Hematom: Kızarıklık: Akıntı: Kanama: Süturlarda açılma: Diğer:					
<b>Meme</b> Dolgunluk: Ağrı: Meme ucu çöküklüğü: Meme ucunda çatlak:									
<b>Emzirme</b>									
İlk emzirme zamanı		Saat: .....							
Emzirme süresi		Saat: .....							
Bebeği emziriyor mu?		( ) Evet		( ) Hayır		( ) Kismen			
Kolostrum salgısını bebeğe verdi mi?		( ) Evet		( ) Hayır		( ) Kismen			
Bebeğin emmesi yeterli mi?		( ) Evet		( ) Hayır		( ) Kismen			
Memeden yeterince süt geliyor mu?		( ) Evet		( ) Hayır		( ) Kismen			
Emzirme sonrası bebeğin gazı çıkarılıyor mu?		( ) Evet		( ) Hayır		( ) Kismen			
<b>Konfor</b>		<b>Yeterli</b>		<b>Yetersiz</b>		<b>Kismen</b>			
Doğum sonu dinlenme durumu:									
<b>Anne-Bebek Bağlanma</b>									
Bebeği ile ilgilenme durumu:									
<b>Destek</b>									
Babanın anneye karşı tutumu:									
Ailenin anneye karşı tutumu:									
Babanın bebeğe karşı tutumu:									
<b>Bilgi Gereksinimi</b>									
Fundus masajı									
Loşia									
Perine hijyeni									
Emzirme									
Meme bakımı									
Bebek bakımı									
Göbek bakımı									
Beslenme									
Cinsel yaşam									
Aile planlaması									
Doğum sonu egzersiz									
Doğumsonu tehlike belirtileri ( kanama, mastit, vb)									

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ**  
**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ**  
**DOĞUM SONU ANNE İZLEM FORMU**

**Tarih:**  
**Öğr. Hemş. Adı Soyadı:**

Saatler							
Fundusun Yüksekliği							
Pet Sayısı							
Kanama Miktarı							
Kanama Özelliği							
Cilt Özelliği (Soğuk, sıcak v.s)							
Fundus Masajı							
Epizyo Takibi (hematom, enfeksiyon, açılma, akıntı..)							
İnsizyon bölgesi takibi (hematom, enfeksiyon, açılma, akıntı..)							
Hayati bulgular -T.A -Solunum -Nabız -Ateş							
Aldığı /çıkardığı Sıvı takibi							
Diğer Bulgular							

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ**  
**KADIN SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ**  
**YENİDOĞAN VERİ TOPLAMA FORMU**

**Tarih:**

**Bebeğin adı (Rumuz):**

Bebeğin Isıtılması :  
Göz Profilaksisi :  
K Vitamini :  
Kordon Muayenesi :  
Apgar Puanı :  
Ağırlık : Boy : Baş Çevresi: Göğüs Çevresi:  
Ateş : Nabız: Solunum Sayısı :  
Rh Uyuşmazlığı: Var ( ) Yok ( )  
Ağlama Şekli: Güçlü ( ) Zayıf ( ) Sürekli ( ) İnleme Şeklinde ( ) Yok ( )

**Deri Bulguları :**

Solukluk: Siyanoz/ Yeri : Sarılık:  
Turgor/Tonus: Hipotonik : Hipertonik :  
Peteşi : Ekimoz : Purpura :  
Ödem : Verniks Kazeoza: Milia:  
Hemanjiyom: Mongol Lekesi: Toksik Eritem:

**Baş :**

Saç yapısı :  
Baş Şekli :  
Fontaneler ; Ön fontanel .....cm Kabarık ( ) Çökük ( )  
Arka Fontanel .....cm Kabarık ( ) Çökük ( )  
Vakum İzleri :  
Sefal Hematom : Caput Saksadenum :

**Yüz :**

Renk : Döküntü: Simetri: Ödem: Fasiyal Asimetri :

**Göz :**

Akıntı : Konjuktivit : Sarılık: Ödem : Sklera rengi:

**Kulak :**

Asimetri : Akıntı :

**Burun :**

Burun Akıntısı : Burun Tıkanıklığı :

**Ağız ve Boğaz :**

Renk: Nemlilik: Emme Özelliği: Yutma Özelliği: Diğer:

**Solunum Sistemi/Göğüs :**

Solunum Şekli (Abdominal, diyafram ) :

Apne:  
Retraksiyon:  
Solunum sesleri:  
Burun kanadı solunumu:  
Sekresyon:  
Toraks Simetrisi:  
Meme Akıntısı ve Şişlik:



**Abdomen :**

Göbek Kordonu:  
Distansiyon:

Akıntı:

Enfeksiyon:

Kanama:

Umbilikal Herni :

**Ekstremiteler :**

Üst Ekstremiteler :

Hareket : Asimetri :

Alt Ekstremiteler :

Hareket : Asimetri :

Doğumsal Kalça Çıkığı (DKÇ) :

İnguinal herni:

Femoral Arter: ( ) hissediliyor ( ) hissedilmiyor

**Genital Sistem :****Kızlar :**

Labia Majör : Labia Minör : Klitoris : Akıntı/ Kanama:

**Erkekler :**

Fimozis : Üretral açıklık: ( ) önde, ( ) ortada, ( ) arkada Testisler:

**Nörolojik Sistem :**

Gözle İzleme : Emme Refleksi :  
Yutma Refleksi : Adımlama Refleksi :  
Yakalama Refleksi : Arama Refleksi :  
Babinski Refleksi : Moro Refleksi :  
Spinal Kord :

**Beslenme :**

Besleme Şekli ( Anne Sütü/ Formül) :

Kusma :

Regürjitasyon :

**Boşaltım :**

İlk idrar yapma zamanı: Sıklığı: Miktarı ( bez/gün) Rengi:

İlk gaita yapma zamanı: Sıklığı: Miktarı: (bez/gün) Rengi:

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ**  
**GÜNLÜK VERİ TOPLAMA FORMU**

Hastanın Adı ve Soyadı (Rumuz):.....

Öğrencinin Adı ve Soyadı: .....

	Tarih:		Tarih:	
1. Sağlık Algulama -Sağlığın Yönetimi				
2. Beslenme-Metaobolik				
3. Boşaltım				
4. Aktivite – Egzersiz				
5. Uyku-Dinlenme				
6. Bilişsel-Algisal				
7. Kendini Algulama				
8. Rol-İlişki				
9. Cinsellik-Üreme				
10. Baş etme –Stres toleransı				
11. Değer-İnanç				
İlaçlar/Sıvılar	Adı-Dozu	Etkisi	Adı-Dozu	Etkisi



**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ  
HİPOTEZ OLUŞTURMA SÜRECİ**

**Hipotez Tanısı:**

**Objektif Veriler:**

**Subjektif Veriler:**

**Ulaşılan Tanı:**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ**  
**KADIN SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ**  
**HEMŞİRELİK TANILARI LİSTESİ**  
**(öncelik sırasına göre yanlarına numaralandırınız)**

<b>Tanı Alanları</b>	<b>Tanılar</b>
1. Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi	
2. Beslenme- Metabolik	
3. Boşaltım	
4. Aktivite-Egzersiz	
5. Uyku-Dinlenme	
6. Bilişsel-algısal	
7. Kendini Algılama	
8. Rol-ilişki	
9. Cinsellik-Üreme	
10. Baş etme- Stres toleransı	
11. Değer-İnanç	

**BAKIM PLANI FORMU**

Hastanın Adı Soyadı ..... Öğrenci Hemşirenin Adı-Soyadı .....

Tarih	Prb. No	TANILAMA	PLANLAMA	
		Hemşirelik Tanıları SGİHT/G/P/O) Kollobratif Problemler( PK)	Amaç / Sonuç Kriterleri	Girişimler
		<b>Problem:</b>  <b>Etiyolojik faktörler:</b>  <b>Tanımlayıcı kriterler:</b>	<b>Amaç:</b>  <b>Sonuç kriterleri:</b>	

<b>UYGULAMA</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>
<b>Tarih ( Günlük kaydedilecek)</b>	<b>Tarih ( günlük değerlendirilecek)</b>

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ**  
**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ**  
**KLİNİK UYGULAMA BECERİ TAKİP FORMU**

**Öğrencinin Adı Soyadı:**

**BECERİ LİSTESİ**

	Kadının Fizik Muayenesi	Fundus Yüksekliğinin Ölçümü	Leopold Muayenesi	FKS Dinleme	Lamaze Solunum Egzersizleri	Kontraksiyon Takibi	Fundus Masajı	Loşia Takibi	Epizyotomi Bakımı	Meme Bakımı	Emzirmenin Desteklenmesi	Göbek Bakımı	Yenidoğan Fizik Muayenesi	Diğer
Tarih														
İmza														
Tarih														
İmza														
Tarih														
İmza														
Tarih														
İmza														
Tarih														
İmza														

**Öğretim Elemanının**  
**Adı Soyadı**                      **İmza**

**Öğretim Elemanının**  
**Adı Soyadı**                      **İmza**



**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ  
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ  
GÜNLÜK KLİNİK ÇALIŞMA FORMU**

**TARİH:**

<b>ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI</b>	<b>HASTANIN ADI SOYADI</b>	<b>ODA / YATAK NO</b>	<b>HASTANIN TANISI</b>

<b>TEDAVİ GRUBU</b>	<b>ÇAY GRUBU</b>		<b>YEMEK GRUBU</b>	
1.	1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.	2.
	3.	3.	3.	3.
	4.	4.	4.	4.
	5.	5.	5.	5.
	6.	6.	6.	6.
	7.	7.	7.	7.
	8.	8.	8.	8.
	9.	9.	9.	9.
	10.	10.	10.	10.

**SORUMLU ÖĞRENCİ:**

**SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI**