



FIRAT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ  
GEBELİKTE DAHİLİYE VE CERRAHİ HASTALIKLAR DERSİ BAKIM PLANI

Öğrencinin	Adı Soyadı/ Numarası	
	Uygulama Yapılan Klinik/Hastane	
	Veri Toplama Tarihi	
	Klinik Eğitcinin Adı Soyadı	

KLİNİK HASTA TANILAMA FORMU	Hasta Adı Soyadı:	
	Doğum Tarihi:	
	Yatış Tarihi:	
	Oda numarası:	

<input type="checkbox"/> Ameliyat Türü:	<input type="checkbox"/> Ameliyat Tarihi:
	<input type="checkbox"/> Post-Op Gün:

KABUL BİLGİLERİ	Hastaneye Kabul Tarihi/Saati	.....				
	Hastaneye Geldiği Yer	<input type="checkbox"/> Ev (Herhangi bir bakım yok)	<input type="checkbox"/> Acil Servis	<input type="checkbox"/> Bir Başka Kurum		
	Eğitim Durumu	.....				
	İşi/Mesleği	.....	<input type="checkbox"/> Aktif çalışıyor	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor		
	Medeni Durumu	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Diğer		
	Evlenme Yaşı	.....				
	Sağlık Güvencesi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla) .....			
	Son 6 Ay İçinde Hastaneye Yatış	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (Tanımla) .....			
	Acile Aynı Nedenle Başvuru	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (Tanımla) .....			
	Hastaneye Geliş Nedeni	(Şikayetleri, yakınmaları) .....				
	Tıbbi Teşhis	.....				
	Servise Geliş Şekli	<input type="checkbox"/> Yürüyerek	<input type="checkbox"/> Sedyeye ile	<input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye	<input type="checkbox"/> Diğer.....	
	Emosyonel Durumu	<input type="checkbox"/> Sakin	<input type="checkbox"/> Kaygılı	<input type="checkbox"/> Üzgün	<input type="checkbox"/> Ajite	<input type="checkbox"/> Diğer.....
	Boy/Kilo	Boy	Kilo			
	Gebelik Öncesi	Boy	Kilo			

OBSTETRİK ÖYKÜ	Son Adet Tarihi:.....	<input type="checkbox"/> Menapoz durumu
	Siklus Düzeni	.....
	Siklus Süresi	.....
	Dismenore	.....
Gravida (Gebelik sayısı):	D/C: (Küretaj):	
Parite (Canlı doğum sayısı):	Abortus (Gebeliğin 20.haftasından önce gerçekleşen doğum):	

TIBBİ HİKÂYE	Ailesinde /Kendisinde Bulunan Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla) <input type="checkbox"/> Tbc	<input type="checkbox"/> Astım	<input type="checkbox"/> AIDS	
			<input type="checkbox"/> Hepatit B	<input type="checkbox"/> Kanser	<input type="checkbox"/> Diabet	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon
			<input type="checkbox"/> Epilepsi	<input type="checkbox"/> Genetik Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Diğer	
Daha Önce Geçirilmiş Operasyonlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla) .....				
Kullanmakta Olduğu İlaçlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla) .....				

	İlaç Adı/Günlük Alım/Miktar					
	Alerjiler	<input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/> Var (Tanımla, varsa reaksiyonu açıkla)..... <input type="checkbox"/> Alerji bilekliği takıldı		
SAĞLIĞI GELİŞTİRME	Vücut Isısı	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> Hipertermi	<input type="checkbox"/> Aşırı Terleme	
	Düşme Riski	<input type="checkbox"/> Düşük	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Yüksek		
	Kanama Riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Aspirin kulanı	<input type="checkbox"/> Antikoagülan kull.	<input type="checkbox"/> Trombostopenisi var	
	Enfeksiyon Riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Ağrı Problemleri Var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (Tanımla).....			
	Bulantı-Kusma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Madde Kullanımı (Sigara, alkol vb.)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Mental Durum	<input type="checkbox"/> Bilinç açık	<input type="checkbox"/> Bilinç kapalı	<input type="checkbox"/> Dikkat dağınıklığı	<input type="checkbox"/> Algılamada zorluk	
BİLİŞSEL ÖRÜNTÜ		<input type="checkbox"/> Ajitasyon	<input type="checkbox"/> Heyecan/çoşku	<input type="checkbox"/> Huzursuzluk	<input type="checkbox"/> Diğer.....	
	Görme Problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	İşitme Güçlüğü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Konuşma Problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Kullandığı Dil	<input type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> Diğer.....			
	Destekleyici Araçlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Koltuk değneği	<input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye.	<input type="checkbox"/> Kişi yardımı	
	Uyku Saatleri/Süresi	<input type="checkbox"/> Düzenli (Tanımla).....		<input type="checkbox"/> Düzensiz (Tanımla).....		
	Uyku ile İlgili Sorunlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Altını ıslatma	<input type="checkbox"/> Gece kâbusları	<input type="checkbox"/> Uykuda gezme	
	BESLENME	Beslenme Şekli	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Özel Diyet (Tanımla).....		
		Günlük Öğün Sayısı	.....			
Günlük Sıvı Alımı/İçeriği		.....				
BOŞALTIM	Boşaltım Şekli	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sürgü/ördek	<input type="checkbox"/> Foley sonda	<input type="checkbox"/> Diğer.....	
	Boşaltım Alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Defekasyon sıklığı...../gün				
		<input type="checkbox"/> İdrar sıklığı...../gün				
	Defekasyon Problemleri	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	<input type="checkbox"/> Proteinüri	<input type="checkbox"/> Gloküzüri	<input type="checkbox"/> Akıntı	<input type="checkbox"/> Dizüri	<input type="checkbox"/> Diğer	
	<input type="checkbox"/> Pollakiüri	<input type="checkbox"/> Bakteriüri	<input type="checkbox"/> İnkontinans	<input type="checkbox"/> Poliüri		
BAŞETME /STRES	Hastalık ya da hastanede yatmaya bağlı endişe	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Yakın geçmişte önemli bir kayıp/değişim	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Çoğu zaman kullandığı baş etme yolları	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
SOLUNUM	Solunum Sayısı	...../dakika				
	Solunum Özelliği	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Takipne	<input type="checkbox"/> Dispne	<input type="checkbox"/> Diğer.....	
	Öksürük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Balgam	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Oksijen Desteği	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Süre/miktar).....			
DOLAŞIM	Nabız	...../dakika				
	Ekstremiteler	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ödemli	<input type="checkbox"/> Siyanoze	<input type="checkbox"/> Deri soluk	
		<input type="checkbox"/> Uyuşukluk	<input type="checkbox"/> Nabız alınamıyor			
Hangi ekstremitede olduğunu tanımla.....						
DERİ	Renk	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Siyanotik	<input type="checkbox"/> Sarılık	<input type="checkbox"/> Diğer	
	Sıcaklık	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipertermi	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> Terleme	
		.....°C	<input type="checkbox"/> Diğer.....			
	Ödem	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
Kızarıklık/Varis	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....				

<b>KAS- İSKELET</b>	<b>Tüp/Katater/Dren</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....		
	<b>Hareket Durumu</b>	<input type="checkbox"/> Mobil	<input type="checkbox"/> Destekli Mobil	<input type="checkbox"/> Yatağa Bağımlı	<input type="checkbox"/> Mutlak yatak İstira.
	<b>Yürüyüş ve Denge</b>	<input type="checkbox"/> Dengeli	<input type="checkbox"/> Dengesiz (Tanımla).....		
	<b>Kas İskelet Sistemi Sorunları</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Deformite	<input type="checkbox"/> Dengesiz Yürüme	<input type="checkbox"/> Diğer
<b>NÖROLOJİK</b>	<b>Pupiller</b>	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Eşit değil		
	<b>Işık Reaksiyonu</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok (Tanımla).....	
	<b>Gözler</b>	<input type="checkbox"/> Temiz	<input type="checkbox"/> Akıntı	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Diğer.....
	<b>Nörolojik Sorunlar</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Parapleji	<input type="checkbox"/> Hemipleji	<input type="checkbox"/> Kas Zayıflığı / Güçsüzlük
<b>GİS</b>	<b>Bağırsak Sesleri</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipoaktif	<input type="checkbox"/> Hiperaktif.....	
	<b>Karın Muayenesi</b>	<input type="checkbox"/> Sert/hassas	<input type="checkbox"/> Yumuşak/rahat		
<b>LABROTUVAR TESTLERİ VE RADYOLOJİK BULGULAR</b>	<p><b>Kan:</b>  Hb: gr/dl  Hct:  WBC:  RBC:  Trombosit:  Glukoz (Açlık KŞ):  TSH:  ALT:  AST:  Üre:  Kreatinin :  CRP:  Ferritin:  Demir:  <b>İdrar Analizi:</b>  Dansite:  Ph:  Lökosit:  Albumin cinsi  protein:</p> <p><b>USG:</b></p> <p><b>Pap-Smear:</b></p> <p><b>Mamografi:</b></p> <p><b>Diğer:</b></p>				



**HASTALIK/DURUM BİLGİSİ: (İçinde bulunulan hastalık/durum ya da hastalık ile ilgili literatür araştırması yapılacak, tanım, prognoz, tedavi, ebelik bakımı yazılacak)**

**EBELİK BAKIM PLANI**

<b>EBELİK TANISI</b>	<b>HEDEF</b>	<b>PLANLANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>UYGULANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>DEĞERLENDİRME-SONUÇ</b>

**EBELİK BAKIM PLANI**

<b>EBELİK TANISI</b>	<b>HEDEF</b>	<b>PLANLANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>UYGULANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>DEĞERLENDİRME-SONUÇ</b>

**EBELİK BAKIM PLANI**

<b>EBELİK TANISI</b>	<b>HEDEF</b>	<b>PLANLANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>UYGULANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>DEĞERLENDİRME-SONUÇ</b>





