**DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU**

Adı-Soyadı:

Yaşı:

Medeni Durumu:

Eğitimi:

Mesleği:

Gebeliği olumsuz etkileyecek mesleki yaşam:

Sağlık güvence durumu:

Aile Tipi:

Gelir Düzeyi:

Evlilik Süresi:

Kan grubu ve Rh Faktörü:

Eşi İle Akrabalık Durumu:

Akrabalık Derecesi:

Yaşadığı Yer:

Eşinin;

Yaşı:

Eğitim Düzeyi:

Mesleği:

Kan Grubu ve Rh Faktörü:

Önemli Sağlık Problemleri (Gebeye ait):

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 yakını (anne,baba,kardeş) |
| Hastaneye yatma |  |  |
| Ameliyat |  |  |
| CYBH |  |  |
| Kalp ve damar hastalıkları |  |  |
| Tüberküloz |  |  |
| Diabet |  |  |
| Konvülsif Hastalıklar |  |  |
| Tiroid 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:

Nedeni:…………………………… Sonuç:……………………..

Siklusun özelliği

İlk menarş yaşı:

Menstruasyon süresi, sıklığı ve düzeni:

Dismenore hikayesi:

Kullandığı Kontraseptif Yöntemler:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Kullandığı Yöntem |  Kullanma Süresi | Bırakma Nedeni |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Son jinekolojik muayene tarihi:

Pap-smear tarihi:

Pap-smear sonucu:

**ŞİMDİKİ GENEL SAĞLIK DURUMU**

Boyu:

Kilosu:

Gebelik öncesi kilosu:

Şimdiki kilosu:

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:

Alerji durumu(ilaç,toz vb.) :

Şimdiki gebeliğinde teratojenlere maruz kalma durumu;

Viral enfeksiyonlar:

İlaç kullanma:

X-ray’e maruz kalma:

Evde kedi/köpek besleme(olası toksoplazma kaynağı):

**ÖNCEKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ**

Gebelik sayısı:

Abortus: D/C: Para: Yaşayan çocuk sayısı:

Aşağıdaki bilgileri ilk gebelik tarihinden başlayarak doldurunuz.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gebelik Tarihi | Gebelik Haftası | Doğum Şekli | Doğumu kimin/nerede gerçekleştirdiği | Yenidoğanın cinsiyeti | Yenidoğanın sağlık durumu |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Önceki Gebelikte Ortaya Çıkan Problemler**

Vajinal kanama:

Hipertansiyon:

Ödem:

Gestasyonel diyabet:

Rh uyuşmazlığı:

Hiperemezis Gravidarum:

Enfeksiyon ( vajinal,üriner,üsye vb.) :

Diğer:

**Doğum öncesi kontrollere gitme durumu**

Kontrollere gitme sayısı:

Kontrollere 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:

İri bebek doğumu(4 kg ve üzeri):

Düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu:

Preterm eylem:

Postterm eylemi:

Çoğul doğum:

Ölü doğum:

İlk 24 saatte ölen bebek:

Anomalili / problemli bebek:

Diğer:

Epizyotomi yapılma durumu:

Forseps / vakum uygulaması:

Sezaryen:

**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 (taharetlenme):

Alt iç çamaşırını değiştirme sıklığı:

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

İç çamaşırlarını temizleme yöntemi:

**Menstrual Hijyen;**

Kullanılan hijyenik materyal :

Hijyenik materyalin değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:

Hijyenik materyali değiştirme sıklığı:

Menstrüasyon süresince banyo yapma durumu:

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:

**Leopold Manevraları Sonucu**

1.manevra:

2.manevra:

3.manevra:

4.manevra:

**Derinin Değerlendirilmesi**

Linea Nigra:

Stria Gravidarum:

Kloasma gravidorum:

Spider angioma:

Geçirilmiş ameliyat izi / skar:

**Memelerin Değerlendirilmesi**

Meme ucunun durumu: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 yüksekliğinin kontrolü

( ) FKS dinleme

( ) vital bulgular ( ) meme muayenesi ( ) vajinal muayene ( ) aşılama

( ) kan/ idrar analizi ( ) ultrason ( ) NST / OCT ( ) 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 SOSYOKÜLTÜREL 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 ( ) etkileyeceğini düşünmeme

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

Herhangi bir problem olduğunda gebeye destek olacak kişi/kurum:

( )eş

( ) aile

( ) komşular

( ) akrabalar

( ) toplumsal kurumlar

Gebelik / doğum / loğusalık dönemi, bebek bakımı ve genel sağlığına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar:

 ( ) loğusa kadını toprağa yatırma

( ) loğusa kadına su vermeme

( ) loğusa kadının karnını sarma

( ) bebeği kundaklama

( ) emzirme için üç ezan bekleme

( ) diğer

**ŞİMDİKİ GEBELİKTE RİSKLİ DURUMLAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GEBELİKTE GELİŞEN SAĞLIK SORUNLARI | SORUNUN BAŞLAMA ZAMANI | YAPILAN İŞLEM | ŞUAN ALINAN TEDAVİ/BAKIM PROTOKOLÜ |
| Kalp hastalığı |  |  |  |
| Diyabet |  |  |  |
| Anemi |  |  |  |
| Enfeksiyon hastalıkları |  |  |  |
| Böbrek hastalığı |  |  |  |
| Rh uyuşmazlığı |  |  |  |
| Plasenta previa |  |  |  |
| Ablatio plasenta |  |  |  |
| EMR |  |  |  |
| PIH |  |  |  |
| Hiperemezis gravidarum |  |  |  |
| Prematür eylem |  |  |  |
| Düşük tehdidi |  |  |  |
| Mol hidatiform |  |  |  |
| Ektopik gebelik |  |  |  |
| Oligohidroamnios/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

**HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ:**

**Hastaya Konulan Hemşirelik Tanıları:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEMPTOM****(TANIMLAYICI ÖZELLİKLER)** | **ETYOLOJİ** | **HEMŞİRELİK TANISI** | **AMAÇ VE HEDEFLER** | **HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ** | **DEĞERLENDİRME** |
|  |  |  |  |  |  |

**TABURCULUK PLANI:**

 İzleyen Öğrencinin;

 Adı-Soyadı:

 Tarih:

 İmza:

 **DOĞUM SONU DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU**

**A.TANITICI BİLGİLER**

Görüşme Tarihi:

 Hastaneye Yatış Tarihi:

Adı Soyadı:

Yaşı:

Eğitimi:

Mesleği:

Sağlık Güvence Durumu:

Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler):

Gelir Düzeyi:

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:

**B.GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ**

**1.Kadının ve Ailesinin Geçmiş Tıbbi Öyküsü Aileye ait Tıbbi Öykü nereye yazılacak**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROBLEMLER | GEBE KADIN | Aile |
| Hastanede Yatma  |  |  |
| Ameliyat |  |  |
| CYBH |  |  |
| Kalp ve Damar Hastalıkları |  |  |
| Tüberküloz |  |  |
| Diyabet |  |  |
| Konvülsif Hastalıklar |  |  |
| Tiroid Problemleri |  |  |
| Psikolojik Problemler |  |  |
| Enfeksiyonlar |  |  |
| Hematolojik Problemler |  |  |
| Çoğul Doğumlar |  |  |
| Konjenital Hastalık ya da anomali |  |  |
| Diğer |  |  |

**2.Geçmiş Jinekolojik Öykü**

Menarş Yaşı:

Siklus Düzeni:

Menstrüasyon süresi:

Menstrüasyon sıklığı:

Menstrüel kanama miktarı:

Dismenore Öyküsü:

Kontraseptif Kullanma Öyküsü:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KULLANDIĞI YÖNTEM | KULLANMA SÜRESİ | BIRAKMA NEDENİ |
|  |  |  |
|  |  |  |

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:

Duygusal/ 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:

Alt iç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:

Kullandığı iç çamaşırlarının özelliği:

İç çamaşırlarını temizleme şekli:

**Menstruasyon Hijyeni;**

Kullandığı materyal:

Ped değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:

Ped değiştirme sıklığı:

Menstrüasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:

**D.POSTPARTUM DÖNEM ÖYKÜSÜ**

Doğum Yaptığı Tarih:

Doğum Şekli:

**Yaşam Bulguları;**

Ateş:

Nabız:

Solunum:

Kan Basıncı:

**Emzirme;**

Emzirme davranışı:

Emzirme sıklığı:

Emzirme Süresi:

Emzirme Pozisyonu:

**Fundus değerlendirmesi;**

Pozisyonu:

kıvamı:

Seviyesi:

**Loşia**

Renk:

Miktar( ped sayısı/24 saat):

İçerik:

Koku:

**Perinenin değerlendirilmesi :**

Epizyotomi ( )var ( )yok

Epizyotomi 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 |
| VARİS | ( ) VAR | ( ) YOK | ( ) VAR | ( ) YOK |

Eliminasyon

 İdrar ( ) yaptı ( ) yapmadı (doğum sonu saati…….)

 Gaita ( ) yaptı ( ) yapmadı (doğum sonu saati…….)

**Doğum sonrası dönemde beslenmenin değerlendirilmesi**

(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: ( ) evet ( ) hayır

Bebeğin bakımına katılma durumu: ( ) evet ( ) hayır

Evde bebeğin bakımına yardım edecek kişi: ( ) var ( ) yok

Yardım eden kişi: ( ) eş ( ) akraba ( ) diğer çocuk

Kadının Sosyal Destek Faktörleri:

Eş ( ) Aile ( ) Arkadaş ( ) Diğer( )

 Bilgi gereksinimi olan konular:

( ) doğum sonu dönemde beslenme

( ) doğum sonu dönemde kişisel bakım

( ) doğum sonu dönemde egzersiz

( ) emzirme

( ) yenidoğan bebeğin bakımı

( ) aile planlaması

 ( ) diğer

**Anne-bebek ilişkisi**

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

**Yenidoğan ile İlgili**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  EVET | HAYIR |
| Göz bakımı |  |  |
| Göbek bakımı |  |  |
| Bebek banyosu |  |  |
| Bebek giyimi |  |  |
| Alt bakımı |  |  |
| Pişik bakımı |  |  |
| Konak bakımı |  |  |
| Pamukçuk bakımı |  |  |
| Emzirme / biberonla besleme |  |  |
| Bebeğin büyüme ve gelişmesi |  |  |
| Yenidoğan bebeğin özellikleri |  |  |
| Bebeğe uyaran verilmesi |  |  |

**Kendi Bakımı İle İlgili**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | EVET | HAYIR |
| Kişisel hijyen |  |  |
| Loşia / epizyotomi izlemi |  |  |
| Beslenme |  |  |
| Aile planlaması |  |  |
| Cinsel yaşam |  |  |
| Ebeveyn olma |  |  |
| Diğer  |  |  |

**YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Doğum Haftası:

Doğum Kilosu:

YAŞAM BULGULARI

Ateş:

Solunum:

Kalp hızı:

BAŞ

Baş Çevresi: ………………/ cm

Ön fontanel

 ( ) Normal

 ( ) Dışa Doğru bombeli ve hassas

 ( ) Aşırı içe çökük

Arka fontanel

 ( ) Normal

 ( ) Dışa doğru bombeli ve hassas

 ( ) Aşırı içe çökük

Kafa Derisi

 ( ) Normal

 ( ) Kaput Suksadeneum

 ( ) Sefal Hematom

Yüzde Doğum Lekesi: ( ) var ( ) yok

Damaklar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  Alt Damak |  Üst Damak  |
| Bütün  | ( ) evet | ( ) hayır | ( ) evet | ( ) hayır |
| Bütün değil | ( ) evet | ( ) hayır | ( ) evet | ( ) hayır |
| Diş | ( ) evet | ( ) hayır | ( ) evet | ( ) hayır |

Nabızlar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  VAR |  YOK |
| Apeks |  |  |
| Femoral |  |  |
| Dorsalis pedis |  |  |
| Brakial  |  |  |

Cilt Rengi

( ) tüm cilt pembe

( ) ekstremiteler mor vücut pembe

( ) tüm cilt mor

( ) tüm cilt sarı

 Yenidoğanda meme değerlendirmesi

Şişlik Var( ) Yok( )

Akıntı Var( ) Yok( )

Dış Genitaller( kız bebek 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 ( ) inmiş ( ) inmemiş

Anüs: ( ) açık,mekonyumunu yaptı

 ( ) açık,mekonyumunu yapmadı.( doğum sonu saat……….)

 ( ) kapalı

**EKSTREMİTELER**

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 |

**REFLEKSLER**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Moro refleksi | ( ) var | ( ) yok |
| El ayak yakalama refleksi | ( ) var | ( ) yok |
| Tonik boyun refleksi | ( ) var | ( ) yok |
| Emme yutma refleksi | ( ) var | ( ) yok |
| Babinski refleksi | ( ) var | ( ) yok |

**HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ:**

**Hastaya Konulan Hemşirelik Tanıları:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEMPTOM****(TANIMLAYICI ÖZELLİKLER)** | **ETYOLOJİ** | **HEMŞİRELİK TANISI** | **AMAÇ VE HEDEFLER** | **HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ** | **DEĞERLENDİRME** |
|  |  |  |  |  |  |

**TABURCULUK PLANI:**

 İzleyen öğrencinin

 Adı Soyadı:

 Tarih:

 İmza:

**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:

Evlilik Süresi:

Kan Grubu ve Rh Faktörü:

Eşi İle 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 Yakınmalar:

Bu Yakınmalar Ortaya Çıktığında Neler Yaptığı:

Tıbbi Tanı:

Tedavi:

**C.ÖZGEÇMİŞİ**

Geçirdiği Hastalıklar:

Geçirdiği Jinekolojik Ameliyatlar:

 ( )Tüpligasyon

 ( )Histerektomi

 ( )Ooferektomi

 ( )Laparaskopi

 ( )Diğer…………….

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Öyküsü:

Vajinal Enfeksiyon Öyküsü:

Akıntının renk, koku ve miktar özelliği:

Cinsel İlişki sırasında\sonrasında ağrı: Var( ) Yok( )

Tedavi şekli:

PID Öyküsü (Abdomenin her iki alt kadranında bulunan ağrı, adnekslerde hassasiyet, dolgunluk vb.):

Kullandığı İlaçlar:

Beslenme Alışkanlığı:

Kalsiyum İçeren Besinleri(Süt,yoğurt,yeşil yapraklı besinler) Tüketme durumu:

**D.ÜREME SAĞLIĞI ÖYKÜSÜ**

Menarş Yaşı:

Son Menstruasyon Yaşı:

Gebelik Öyküsü:

Gebelik Sayısı:

Abortus:

Para:

D/C:

Yaşayan Çocuk Sayısı:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gebelik Tarihi | Gebelik Haftası | Doğum Şekli | Doğumu Kimin/Nerede Gerçekleştirdiği | Yenidoğanın Cinsiyeti | Yenidoğanın Sağlık Durumu |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**MENSTRUAL ÖYKÜ**

Siklus Süresi:

Düzeni:

Kanamanın Miktarı:

Kanama Süresi:

Dismenore Öyküsü(özelliği, süresi, rahatlamak için ne yaptığı):

Anormal Kanama Öyküsü:

( )Amenore ( )Menoraji ( )Metroraji

( )Hipomenore ( )Oligomenore ( )Polimenore

Siklus arası kanama ya da lekelenme durumu(miktarı, süresi, sıklığı, siklusun hangi fazında olduğu):

Premenstrual Semptomlar:

 ( )Başağrısı

 ( )Kilo alma

 ( )Psikolojik gerginlik, sinirlilik

 ( )Ödem

 ( ) Memelerde dolgunluk/ ağrı

 ( )Diğer…………….

Menstruasyon sırasında cinsel ilişkiye girme durumu Evet ( ) Hayır ( )

Cinsel ilişki sırasında yaşadığı sıkıntılar(disparanoya, postkoital ağrı, postkoital kanama vb.):

 Akıntı Öyküsü

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

Vulvada Kaşıntı:

**Kontraseptif Öyküsü**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kullandığı Yöntemler** | **Süresi** | **Yan Etkileri** | **Bırakma Nedeni** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Genel:

GİS:

Endokrin Sistem:

Meme Muayenesi:

Meme Özelliğinde Herhangi Bir Değişim:

( )Ağrı ( )Büyüklük

( )Akıntı ( )Şekil yönünden memeler arası fark

( )Duyarlılık ( )Meme derisinde portakal kabuğu görüntüsü, kabuklanma,

( )Kitle ( ) Çökme

**Genito-Üriner Sistem**

Varolan Üriner Semptomlar:

( )İnkontinans

( )Dizüri

 ( )Pollaküri

( ) Poliüri

( )Diğer…………….

Bu belirtilere eşlik eden diğer semptomlar

( )Vajinal akıntı-kanama

( )Abdominal ağrı-kramp

( )Abdominal distansiyon

( )Pelvik dolgunluk-ağrı

( )Diğer……………

Vulva muayenesi konusundaki bilgi ve uygulamaları

**Laboratuvar Değerleri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih** | **Anormal Laboratuvar Bulgusu**  | **Anormal Laboratuvar Bulgusu Değeri ve Referans Aralığı** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Jinekolojik Tanı ve Test İşlemleri**(USG,Biyopsi,Pap-Smear Histereskopi, Laparoskopi, vb )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İşlem Tarihi** | **Yapılan İşlem** | **Sonuç** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**F.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(taharatlenme):

Alt iç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:

Kullandığı alt iç çamaşırlarının özelliği(pamuklu,sentetik,naylon):

Alt iç çamaşırlarını temizleme yöntemi:

**Menstrual Hijyen;**

Kullanılan hijyenik materyal:

Hijyenik materyalin değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:

Hijyenik materyali değiştirme sıklığı:

Menstrüasyon süresince banyo yapma durumu:

Banyo yapma şekli:

**G.MENOPOZ ÖYKÜSÜ**

Menopoz yaşı:

Yaşadığı belirtiler:

Menopoza ait sorunlarla baş etme yöntemleri:

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 istenilen konular:

( ) Vulva muayenesi

( )Meme muayenesi

( )Menopoz

( )Menstrual hijyen

( )Aile planlaması

( ) Vajinal enfeksiyonlar

( )Diğer………………….

**HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ:**

**Hastaya Konulan Hemşirelik Tanıları:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEMPTOM****(TANIMLAYICI ÖZELLİKLER)** | **ETYOLOJİ** | **HEMŞİRELİK TANISI** | **AMAÇ VE HEDEFLER** | **HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ** | **DEĞERLENDİRME** |
|  |  |  |  |  |  |

**TABURCULUK PLANI:**

 İzleyen öğrencinin

 Adı Soyadı:

 Tarih:

 İmza: