****

**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**EBELİK BÖLÜMÜ**

**3.SINIF EBL 361 RİSKLİ DOĞUM VE DOĞUM SONRASI BAKIM VERİ TOPLAMA FORMU**

**ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI:**

**ÖĞRENCİNİN NUMARASI :**

**ÖĞRENCİNİN SERVİSİ:**

 **SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI:**

Yozgat-…..

|  |
| --- |
| **TANITICI BİLGİLER**  |
| * Gebenin Adı Soyadı :
* Yaşı :
* Eğitim:
* Medeni durum:
* Eşinin eğitimi:
* Kan grubu:
* Eşinin kan grubu:
 | * Evlilik süresi:
* Aile tipi:
* Gebelik şekli: ( )planlı ( )plansız
* Tanı:
* Şikayet:
 |
| **KADININ GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ** |
| * Menarş Yaşı:
* Dismenore Öyküsü:
* Siklus Süresi:
* Menstrüel Kanama Süresi: ......gün, ......... ped/gün
* Geçirdiği yada var olan jinekolojik yakınmalar(ağrı,akıntı,kanama,kaşıntı):
 | * Ailede veya yakınlarında sistemik bir hastalık var mı ? :

( ) Evet. ( ) HayırEvet ise kimde? : ………………………..… (Anne-Baba-Kardeş-Birinci derece yakın akraba v.b.) |
| **OBSTETRİK ÖYKÜSÜ** |
| * Gebelik sayısı:
* Para:
* Abortus:
* Küretaj:
* Ölü doğum:
* Yaşayan çocuk:

|  |
| --- |
| * Son menstruasyon periyodun ilk günü:
 |
| * Tahmini doğum tarihi:
 |
| * Şuandaki gebelik haftası:
 |

 | * Önceki doğum öyküsü:

|  |  |
| --- | --- |
| **Yıl** | **Doğum şekli**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |
| **JİNEKOLOJİK ÖYKÜSÜ** |
| * Pap-smear testi yaptırma: ( )Evet

 ( )Hayır* Jinekolojik Problem Yaşama durumu:

 ( ) Evet ( )Hayır* Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü.

 ( ) Evet ............... ( ) Hayır  | * Kontraseptif kullanım durumu..

 ( ) Evet(ne kullanıyor) ...............  ( ) Hayır * Kendi kendine meme muayenesi yapma..

 ( ) Evet ............... ( ) Hayır  |
| **KADININ ŞİMDİKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ** |
| * Boy:
* Gebelik öncesi kilosu:
* BKİ:
* Şimdiki kilosu:
* Gebelik öncesi kullanılan ilaçlar (kullanım süresi, sıklığı ve amacı):
* Şimdiki gebeliğinizde ilaç kullanıyor musunuz ya da kullandınız mı?

( )Hayır ( )Evet ise nedir?............* Sağlığınızı etkileyen olumsuz alışkanlıklarınız.

Sigara ( ) Alkol( ) Diğer( )* Tetanoz aşısı olma durumu:
* Aşı yapılma zamanı:
* Dozu:
 | * Alerjiniz var mı?

 ( )Hayır ( )Evet ise nedir?............* Egzersiz alışkanlığınız var mı?

 ( )Hayır ( )Evet ise nedir?............* Gebelikte cinsel yaşamınızda değişiklik oldu mu?

( )Hayır ( )Evet ise nedir?............* Gebeliği süresince yaşadığı problemler:
* Gebeliği süresince hastaneye kontrollere gelme durumu**:**
 |

|  |
| --- |
| **Leopold Manevraları**I. Leopold Manevrası:II. Leopold Manevrası:III. Leopold Manevrası:IV. Leopold Manevrası:Prezentasyonu:BAŞ (....................) MAKAT (..................) DİĞER ( )Fundus: Pozisyon: |
| **Memelerin Değerlendirilmesi*** Meme ucunun durumu:
* Meme dolgunluğu:
* Kolostrum varlığı:
* Emzirme isteği:
 |
| **USG DEĞERLENDİRME:** |
| **NST DEĞERLENDİRME:** |

|  |
| --- |
| **Yaşam Bulguları*** Ateş:
* Nabız:
* Tansiyon:
* Solunum:
 |
| **LABORATUAR DEĞERLERİ**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **HEMOGRAM**  | **BİYOKİMYA**  |
| Hemoglobin (Hgb): | Glukoz:  |
| Hemotokrit (Hct):  | BUN |
| RBC: | Üre |
| WBC:  | Kreatin |
| PLT:  | Kolesterol: |
| Hemotokrit (Hct):  | LDL: |
| **KOAGÜLASYON** | HDL: |
| PT: | Trigliserit |
| INR: | Alanin aminotransferaz (ALT) |
| APTT: | Aspartat Aminotransferaz testi (AST) |
| Fibrinojen: | Gamma Glutamil transferaz (GGT) |
| PT%: | TSH: |
| **ELİSA** | T3: |
| ANTİ HBS: | T4: |
| HBS AG: | LDH (Laktat dehidrogenaz): |
| ANTİ HİV: | Sodyum: |
| ANTİ HCV: | Potasyum:  |
| ANTİ HBS: | Kalsiyum: |
| **İDRAR TETKİKİ** | **DİĞER TAHLİLLER** |
| Dansite: |  |
| PH:  |  |
| Glukoz: |  |
| LEU: |  |
| Protein: |  |
| Keton |  |
| Alb:  |  |

|  |
| --- |
| **İLAÇ LİSTESİ** |
| **İlaç &Dozu** | **Etken Maddesi** | **Veriliş yolu**  | **Kullanım nedeni** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DOĞUMHANE/ TRAVAY TAKİP FORMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ad-Soyad:Yaş:Kan grubu:Eş kan grubu: | Gravida:Para:Abortus:Yaşayan çocuk sayısı: | Tarih:Saat: |
| SAT/ tahmini doğum tarihi:Gebelik haftası: | Yapılan müdahaleler:Fundal Basınç ( ) Epizyotomi ( ) Vakum/Forseps ( ) | Amniyon kesesi ( )Açıldı ( )Kapalı Spontan ( ) Suni ( ) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SAAT** | **TANSİYON** | **NABIZ** | **ATEŞ** | **ÇKS** | **ALINAN MAYİ** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **KONTRAKSİYON TAKİBİ** |
| **SAAT** | **SÜRE** | **SIKLIK** | **ŞİDDET** | **ÖZELLİK** (Normal, hipotonik, hipertonik vb.) | **SERVİKAL SİLİNME** | **SERVİKAL DİLATASYON** | **GELEN KISIM** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***BEBEĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ*** | ***ANNENİN DEĞERLENDİRİLMESİ*** |
| * Doğum tarihi ve saati:
 | * İlk emzirme zamanı:
 |
| * Doğumun sonucu: ( )Canlı ( )Ölü ( )Defekli
 | * Epizyotomi durumu: ( )Var ( )Yok
 |
| * Cinsiyet:
 | * Uterus involüsyonu:
 |
| * Boy:
* Kilo:
 | * Kanama kontrolü fundus masajı:
 |
| * Baş çevresi:
 | * Loşianın özellikleri:
* Özelliği (rubra/seroza/alba): ............... miktarı: ................... Rengi: ................ Kokusu...........
* Loşia ile ilgili annenin bilgisi; yeterli □ yeterli değil □
 |
| * Apkar skoru 1.dk/5.dk:
 | * Hematom durumu:
 |

**FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ**

1. **SAĞLIĞIN ALGILANMASI VE YÖNETİM BİÇİMİ**
2. **BESLENME VE METABOLİK DURUM**
3. **BOŞALTIM ŞEKLİ**
4. **AKTİVİTE VE EGZERSİZ BİÇİMİ**
5. **UYKU VE İSTİRAHAT BİÇİMİ**
6. **BİLİŞSEL ALGILAMA BİÇİMİ**
7. **KENDİNİ KAVRAMA BİÇİMİ**
8. **ROL VE İLİŞKİ BİÇİMİ**
9. **CİNSELLİK VE ÜREME BİÇİMİ**
10. **BAŞ ETME VE STRES TOLERANSI**
11. **İNANÇ VE DEĞERLER BİÇİMİ**

**EBELİK TANILARI**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

|  |
| --- |
| **EBELİK BAKIM PLANI** |
| ***EBELİK TANISI*** | ***TANIMLAYICI FAKTÖRLER*** | ***ETYOLOJİK ÖZELLİKLER*** | ***AMAÇ*** | ***EBELİK GİRİŞİMLERİ***  | ***DEĞERLENDİRME*** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EBELİK BAKIM PLANI** |
| ***EBELİK TANISI*** | ***TANIMLAYICI FAKTÖRLER*** | ***ETYOLOJİK ÖZELLİKLER*** | ***AMAÇ*** | ***EBELİK GİRİŞİMLERİ***  | ***DEĞERLENDİRME*** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EBELİK BAKIM PLANI** |
| ***EBELİK TANISI*** | ***TANIMLAYICI FAKTÖRLER*** | ***ETYOLOJİK ÖZELLİKLER*** | ***AMAÇ*** | ***EBELİK GİRİŞİMLERİ***  | ***DEĞERLENDİRME*** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EBELİK BAKIM PLANI** |
| ***EBELİK TANISI*** | ***TANIMLAYICI FAKTÖRLER*** | ***ETYOLOJİK ÖZELLİKLER*** | ***AMAÇ*** | ***EBELİK GİRİŞİMLERİ***  | ***DEĞERLENDİRME*** |
|  |  |  |  |  |  |