****

**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. ( ) Hayır  Evet 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*** | |
|  |  |  |  |  |  | |