**DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU**

**TANITICI BİLGİLER**

**Görüşme Tarihi:**

**Hastaneye Yatış Tarihi:**

**Hastaneye başvurma nedeni:**

**Tanı:**

**Adı Soyadı:**

**Yaşı:**

**Medeni Durumu:**

**Eğitimi:**

**Mesleği:**

**Gebeliği olumsuz etkileyecek mesleki yaşam** (gün boyunca hareketsiz ayakta durma ya da oturma, ağır kaldırma, kimyasallara maruz kalma, düzensiz beslenme, izinsiz çalışma vb.):

**Sağlık Güvence Durumu:**

**Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler):**

**Gelir düzeyi:**

**Gelir Düzeyini Algılaması:**

**Evlilik Süresi:**

**Kan Grubu ve Rh Faktörü:**

**Eşi ile 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 ve Hastalıkların Varlığı:**

**Gebeliğe Karşı Tutumu:**

**ŞİMDİKİ GENEL SAĞLIK DURUMU:**

**Boyu:**

**Kilosu:**

**Gebelik öncesi kilosu:**

**Şimdiki kilosu:**

**Beslenme Durumu:**

Öğün sayısı (gün):

Ağırlık olarak tüketilen besinler:

**Egzersiz alışkanlığı**

Tipi: Süresi: Sıklığı:

**Halen kullandığı ilaçlar ya da gebe kalmadan önce kullanılan ilaçlar:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İlacın adı:** | **Kullanım süresi:** | **Kullanım amacı:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Önceki ya da şimdiki sigara, alkol ve kafein (özellikle kahve, çay, kola, çikolata) tüketimi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alışkanlıklar** | **Tüketilen miktar/gün** | **Süre** |
| Sigara |  |  |
| Alkol |  |  |
| Çay |  |  |
| Kahve/Kafein |  |  |
| Diğer |  |  |

**Alerji durumu (ilaç, toz, vb.):**

**Bu gebeliğe ilişkin olası teratojenlere maruz kalma durumu**

Viral enfeksiyonlar

İlaç kullanma

X-ray yöntemi:

Cerrahi girişim:

Evde kedi/köpek besleme (olası toksoplazma kaynağı):

**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:

**Doğum 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 kontrolü, FKS dinleme, vital bulgular, meme muayenesi, vajinal muayene, aşılama, kan idrar analizi, ultrason, NST/OCT, verilen eğitici bilgiler):

**Aşı yapılma durumu:**

Yapılan aşıların ismi:

Aşı yapılma zamanı:

**FİZİKSEL DEĞERLENDİRME**

**Vital bulguları:**

Ateş: Nabız: Solunum: Kan Basıncı:

**Leopold Manevraları Sonucu:**

1. **Manevra:**
2. **Manevra:**
3. **Manevra:**
4. **Manevra:**

**Derinin Değerlendirilmesi:**

Linea Nigra:

Stria Gravidarum:

Geçirilmiş ameliyat izi/skar:

**Memenin Değerlendirilmesi:**

Meme ucunun durumu:

Meme dolgunluğu:

Kolostrumun varlığı:

Emzirme isteği:

**Diğer veriler:**

Anormal prezentasyon:

Çoğul gebelik:

Hidroamnios:

Mekonyumlu amnion mai:

Erken membran rüptürü:

Ablatio plesenta/plasenta previa:

Uzamış eylem:

Hızlı doğum eylemi:

Ateş:

Duygusal/psikolojik problemler:

Diğer:

**Laboratuvar Bulguları**

**İdrar Analizi**

**Kan Analizi**

**Diğer Tetkikler:**

**USG Sonucu:**

**NST/OCT Sonucu:**

**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 bacakta ödem:

Aşerme:

Alerji:

Hemoroid:

Varis:

Diğer:

**GEBELİĞİ ETKİLEYECEK SOSYO KÜLTÜREL 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 geleceteki yaşam aktivirelerini/iş yaşamını/hedeflerini etkileyeceğini düşünme durumu:**

( ) Etkilyeceğini düşünme ( ) Etkilemeyeceğini düşünme

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

**Herhangi bir problem olduğunda gebeye destek olacak kişi/kurum:**

( ) Eş

( ) Aile

( ) Komşu/lar

( ) Akraba/lar

( ) Toplumsal kurumlar

**Gebelik/doğum/lohusalık dönemi, bebek bakımı ve geneldeki sağlığına yönelik bilinen/yapılan geleneksel uygulamalar:**

( ) Pika

( ) Lohusa kadını toprağa yatırma

( ) Lohusa kadına su vermeme

( ) Lohusa kadının karnını sarma

( ) Bebeği kundaklama

( ) Emzirme için üç ezan bekleme

( ) Diğer

**Şimdiki Gebelikte Riskli Durumlar**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gebelikte Gelişen Sağlık Sorunları** | **Sorunun Başlama Zamanı** | **Hastaneye Başvurma Zamanı** | **Yapılan İşlem** | **Şu Anda Alınan Tedavi/ Bakım Protokolü** |
| Kalp hastalığı |  |  |  |  |
| Diyabet |  |  |  |  |
| Anemi |  |  |  |  |
| Enfeksiyon hastalıkları |  |  |  |  |
| Böbrek hastalığı |  |  |  |  |
| Rh Uyuşmazlığı |  |  |  |  |
| Plesenta previa |  |  |  |  |
| Ablatio previa |  |  |  |  |
| EMR |  |  |  |  |
| PIH |  |  |  |  |
| Hiperemezis gravidarum |  |  |  |  |
| Prematür eylem |  |  |  |  |
| Düşük tehdidi |  |  |  |  |
| Mol hidatiform |  |  |  |  |
| Ektopik gebelik |  |  |  |  |
| Oligohidroamnios/  polihidroamnios |  |  |  |  |
| Diğer |  |  |  |  |

**HİJYENİK UYGULAMALAR**

**El Hijyeni**

El yıkama sıklığı:

Ek 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):

İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) değiştirme sıklığı:

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

İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) temizleme şekli:

**Menstrual Hijyeni**

Kullanılan hijyenik bağın özelliği:

Hijyenik bağ değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:

Hijyenik bağları değiştirme sıklığı:

Menstruasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:

**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 Yanıklar** |
| Hastaneye yatma |  |  |
| Ameliyat |  |  |
| CYBH |  |  |
| Kalp ve damar hastalıkları |  |  |
| Tüberküloz |  |  |
| Diyabet |  |  |
| Konvülsif hastalıklar |  |  |
| Troid problemler |  |  |
| Psikolojik 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:**

Özelliği:…………………… Nedeni:……………………..Sonuç:…………………….

**Siklusun özelliği:**

**İlk menarş yaşı:**

**Menstruasyon süresi, sıklığı ve düzeni:**

**Dismenore hikayesi:**

**Kullandığı Kontraseptif Yöntemler**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kullandığı Yöntem:** | **Kullanma Süresi:** | **Bırakma Nedeni:** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

**Son jinekolojik muayene ve pap-smear tarihi:**

Muayene zamanı:

Pap-smear sonucu:

**ÖNCEKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ:**

**Gebelik sayısı:**

**Abortus: D/C:**

**Para: Yaşayan:**

Aşağıdaki tabloyu ilk gebelik tarihinden başlayarak doldurunuz.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gebelik tarihi** | **Gebelik haftası** | **Eylem süresi** | **Doğum şekli** | **Doğumu kimin/nerede gerçekleştirdiği** | **Yenidoğanın cinsiyeti** | **Yenidoğanın sağlık durumu** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Önceki Gebelikte Ortaya Çıkan Problemler:**

Hipertansiyon:

Ödem:

Gestasyonel Diyabet:

Rh uyuşmazlığı:

Hiperemezis Gravidarum:

Enfekyion (Vajinal, üriner, USYE, VB.):

**Doğum öncesi kontrole gitme durumu**

Gitme sıklığı:

Kontrollerin kim tarafından ve nerede yapıldığı:

**Tetanoz aşısı olma durumu**

Aşı yapılma zamanı:

Dozu:

**Önceki Doğum Problemleri:**

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız.)

Hızlı doğum:

Zor ve uzun eylem:

Epizyotomi:

Forseps/Vakum uygulaması:

Sezaryen:

İri bebek doğumu ( 4kg ve üzeri ):

Düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu:

Preterm eylem:

Postterm eylem:

Çoğul doğum:

Ölü doğum:

İlk 24 saatte ölen bebek:

Anomalili/problemli bebek:

Diğer:

**Önceki Doğum Sonu Problemleri:**

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız.)

Kanama:

Enfeksiyon-ateş:

Hipotansiyon/hipertansiyon:

Meme problemleri:

Psikolojik problemler:

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

**İzleyen Öğrencinin : ……………………………………...**

**Adı Soyadı:………………………………………………...**

**İmza:……………………………………………………….**

**Tarih:………………………………………………………**

**DOĞUM EYLEMİ SÜRECİ VERİ TOPLAMA FORMU**

**TANITICI BİLGİLER**

**Görüşme Tarihi:**

**Hastaneye Yatış Tarihi:**

**Adı Soyadı:**

**Yaşı:**

**Medeni Durumu:**

**Eğitimi:**

**Mesleği:**

**Sağlık Güvence Durumu:**

**Medeni Durumu:**

Eş ile akrabalık durumu/derecesi:

1. Birinci derece akraba (kardeş çocukları arasında):
2. İkinci derece akraba (kardeş torunları arasında):

**Evlilik Süresi:**

**Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler):**

**Kan Grubu ve Rh Faktörü:**

**Eşinin Kan Grubu ve Rh Faktörü:**

**Gerektiğinde Başvurulacak Birey:**

**Allerji Durmu: Var (Açıklayınız):…………………………………….**

**Yok:**

**Son Adet Tarihi:**

**Tahmini Doğum Tarihi:**

**Şu andaki Gebelik Haftası:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aşılar** | **Var** | **Yok** |
| Hepatit B Aşısı |  |  |
| Tetanoz Aşısı |  |  |
| Diğer |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Madde Bağımlılığı** | **Tüketilen Miktar/Gün** | **Süre/ay-yıl** |
| Sigara |  |  |
| Alkol |  |  |
| İlaç |  |  |
| Uyuşturucu Madde |  |  |
| Diğer |  |  |

**GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Problemler** | **Var (Nedeni ve görülme zamanını belirtiniz.)** | **Yok** |
| Hastaneye yatma |  |  |
| Ameliyat |  |  |
| CYBH |  |  |
| Kalp ve damar hastalıkları |  |  |
| Tüberküloz |  |  |
| Diyabet |  |  |
| Konvülsif hastalıklar |  |  |
| Troid problemler |  |  |
| Psikolojik problemler |  |  |
| Çoğul doğumlar |  |  |
| Konjenital Hastalık&anomali |  |  |
| Diğer |  |  |

**ÖNCEKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ:**

**Gebelik sayısı:**

**Düşük yapma ve sayısı: Dilatasyon/Küretaj (D/C):**

**Canlı doğum sayısı (para) : Yaşayan:**

**Ölü doğum:**

**ÖNCEKİ DOĞUM EYLEMİNDE YAŞANAN PROBLEMLER:**

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yaşanan Problem** | **Var** | **Yok** |
| Hızlı doğum: |  |  |
| Zor ve uzun eylem: |  |  |
| İri bebek doğumu ( 4kg ve üzeri ): |  |  |
| Düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu: |  |  |
| Preterm eylem: |  |  |
| Postterm eylem: |  |  |
| Çoğul doğum: |  |  |
| Ölü doğum: |  |  |
| İlk 24 saatte ölen bebek: |  |  |
| Anomalili/problemli bebek: |  |  |
| Diğer: |  |  |

**FİZİKSEL DEĞERLENDİRME:**

**Boyu:**

**Kilosu:**

**Gebelik öncesi kilosu:**

**Halen kullandığı ilaçlar:**

İlacın adı:

Kullanım süresi:

Kullanım amacı:

**Derinin Değerlendirmesi:**

( ) Deri bütünlüğünde bozulma:

( ) Kızarıklık:

( ) Travma izi:

( ) Geçirilmiş Ameliyatlar:

**Perinenin Değerlendirmesi:**

( ) Skar (Yerini belirtiniz.)

( ) Varis (Yerini belirtiniz.)

( ) Ödem (Yerini belirtiniz.)

( ) Perinenin temizliği (Yerini belirtiniz.) ( ) temiz ( ) kirli

**Ekstreminin Değerlendirmesi:**

( ) Ödem (Yerini belirtiniz.)

( ) Varis(Yerini belirtiniz.)

**Yaşam Bulguları**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih/Saat** | **Ateş** | **Nabız** | **Solunum** | **Tansiyon Arteryel** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Laboratuvar Bulguları:

İdrar Analizi:

Kan Analizi:

Diğer Tetkikler:

**USG Sonucu:**

**NST/OCT Sonucu:**

**Leopold Manevraları Sonucu:**

1. Manevra:
2. Manevra:
3. Manevra:
4. Manevra

**Eylem Takibi İzlem Formu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EYLEM TAKİBİ İZLEM FORMU** | | | | | | | | | |
| SAAT | KONTRAKSİYON | | | | | SERVİKAL | | FKH | AMNİYOTİK SIVININ ÖZELLİĞİ |
| SÜRE | SIKLIK | ŞİDDET | | | SİLİNME | DİLATASYON |
|  |  |  | HAFİF | ORTA | YÜKSEK |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Eylemdeki Riskli Durumlar:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Riskli Durum | Var | Yok |
| Anormal prezentasyon |  |  |
| Çoğul gebelik |  |  |
| Hidroamnios |  |  |
| Mekonyumlu amnion mai |  |  |
| Erken membran rüptürü |  |  |
| Ablatio plesenta / plesenta previa |  |  |
| Uzamış eylem |  |  |
| Hızlı doğum eylemi |  |  |
| Ateş |  |  |
| Duygusal/psikolojik problemler |  |  |
| Anormal kanama |  |  |
| Diğer |  |  |

**İzleyen Öğrencinin: ………………………………………**

**Adı Soyadı:………………………………………………..**

**İmza:……………………………………………………….**

**Tarih:………………………………………………………**

**DOĞUM SONU DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU**

**Görüşme Tarihi:**

**Gebelik Haftası:**

**Doğum yaptığı tarih:**

**Doğum şekli:**

**İnsizyon/Epizyotomi:**

**TANITICI BİLGİLER**

**Adı Soyadı:**

**Yaşı:**

**Medeni Durumu:** ( ) Bekar ( ) Evli

**Eğitim Düzeyi:**

**Mesleği:**

**Sağlık Güvence Durumu:**

**Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler):**

**Gelir Düzeyini Algılaması:** ( ) **iyi** ( ) **orta** ( )  **düşük**

**Evlilik Süresi:**

**Kan Grubu ve Rh Faktörü:**

**Eşi ile Akrabalık Durumu:**

**Yaşadığı Yer (Ev Koşulları):**

**Önceki ya da şimdiki sigara, alkol ve ilaç kullanımı:**

**Allerjisi:**

**Eşinin:**

**Yaşı:**

**Eğitim Düzeyi:**

**Mesleği:**

**Kan Grubu ve Rh Faktörü:**

**GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ**

**Kadının ve Ailesinin Geçmiş Tıbbi Öyküsü**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Problemler** | **Kadın** | **Eşi** | **Birinci Derece Yakınlar** |
| Kalp ve damar hastalıkları |  |  |  |
| Tüberküloz |  |  |  |
| Diyabet |  |  |  |
| Konvülsif hastalıklar |  |  |  |
| Troid problemler |  |  |  |
| Psikolojik problemler |  |  |  |
| Çoğul doğumlar |  |  |  |
| Konjenital Hastalık&anomali |  |  |  |
| Diğer |  |  |  |

**Kullandığı Kontraseptif Yöntemler**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kullandığı Yöntem:** | **Kullanma Süresi:** | **Bırakma Nedeni:** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

**Geçirilen jinekolojik enfeksiyonlar** (vajinal, servikal, tubal)**:**

Alınan tedavi:

Tedavinin süresi:

Tedavinin sonucu:

**Geçirilen jinekolojik girişimler: ( ) var ( ) yok**

Tanı:

Yapılan İşlem:

Yapılma Tarihi:

**Geçmiş Obstetrik Öykü**

Gebelik sayısı:

Yaşayan çocuk sayısı:

Düşük sayısı:

D&C sayısı:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MEVCUT GEBELİK VE DOĞUM İÇİN RİSK DEĞERLENDİRME** | | | |
| **Obstetrik Öykü** | **Hayır** | **Evet** |
| İki yıldan az aralıklarla gebelik geçirme |  |  |
| Gebelikte sigara,m alkol veya diğer madde kullanma |  |  |
| Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yenidoğan kaybı |  |  |
| 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü |  |  |
| Erken doğum öyküsü |  |  |
| Anomalili bebek doğurma öyküsü |  |  |
| Bebeğin doğum ağırlığı <2500 g |  |  |
| Bebeğin doğum ağırlığı >4500 g |  |  |
| Yüksek tansiyon veya preeklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatma |  |  |
| Zor ve uzun doğum sonu dönem geçirme |  |  |
| Müdahaleli doğum (vakum forseps kullanımı, epizyotomi, sezaryen) |  |  |
| Doğumun 42. Gebelik jhaftasından sonra gerçekleşmesi |  |  |
| Postpartum sorun yaşama:  Kanama:  Hipertansiyon:  Meme problemleri:  Duygusal/Psikolojik Problemler: |  |  |
| Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik |  |  |
| 18 yaşından genç |  |  |
| 35 yaş ve üstü |  |  |
| Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu |  |  |
| Viral enfeksiyonlar |  |  |
| **Genel Tıbbi Öykü** |  |  |
| İnsülin bağımlı diyabet |  |  |
| Renal hastalık |  |  |
| Kardiyovasküler hastalık |  |  |
| Tiroid hastalığı |  |  |
| Talasemi taşıyıcılığı |  |  |
| Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı |  |  |
| Diğer ciddi hastalık veya durum |  |  |
| Muayenede tespit edilen diğer riskli durum/durumlar |  |  |

**HİJYENİK UYGULAMALAR**

Banyo yapma sıklığı:

Banyo yapma şekli:

**Perine Hijyeni:**

Mesane ve/veya barsak boşaltımından sonra perineyi temizleme yöntemi (taharetlenme):

İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) değiştirme sıklığı:

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

İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) temizleme şekli:

**Menstrual Hijyeni**

Kullanılan hijyenik bağın özelliği:

Hijyenik bağ değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:

Hijyenik bağları değiştirme sıklığı:

Menstruasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:

**Doğum öncesi eğitim alma**: ( ) Evet ( ) Hayır

Doğum öncesi kontrol sayısı:

Bakım alınan yer/kişi:

**DOĞUM SONU ANNEYİ DEĞERLENDİRME**

**Yaşam Bulguları:**

Ateş:

Nabız:

Solunum:

Kan Basıncı:

**Memeler:**

Görünümü: ( ) Simetrik ( ) Asimetrik

( ) İkisi aynı büyüklükte

( ) Sağ meme büyük

( ) Sol meme büyük

**Sağ meme Sol meme**

Nodül ( ) var ( ) yok ( ) var ( ) yok

Kızarıklık ( ) var ( ) yok ( ) var ( ) yok

Kızarıklık ( ) var ( ) yok ( ) var ( ) yok

Dolgunluk ( ) var ( ) yok ( ) var ( ) yok

Meme ucu çatlağı ( ) var ( ) yok ( ) var ( ) yok

Meme ucu içe çökük ( ) var ( ) yok ( ) var ( ) yok

Meme ucunda ağrı ( ) var ( ) yok ( ) var ( ) yok

Sütyen ( ) Bedenine uygun, yeterli destek sağlıyor

( ) Bedenine uygun değil, yeterli destek sağlamıyor

( ) Kullanmıyor

**Emzirme Davranışı:**

Emzirme Sıklığı:

Emzirme Süresi:

Emzirme Pozisyonu:

**Fundus:**

Pozisyonu:

Kıvamı:

Sevisyesi:

**Loşia:**

Renk:

Miktar (Ped sayısı/24 saat):

İçerik:

Koku:

**Perine:**

**Epizyo** ( ) var ( ) yok

Epizyo bölgesinde;

Şiddetli ağrı ( ) var ( ) yok

Akıntı ( ) var ( ) yok

Kızarıklık ( ) var ( ) yok

Ödemv ( ) var ( ) yok

Ekimoz ( ) var ( ) yok

**Anüste hemoroid:** ( ) var (genişliği, sayısı, ağrı ve hassasşyet olup olmadığı)

( ) yok

**Alt ekstremiteler**

**Sağ bacak Sol bacak**

Ödem ( ) var ( ) yok ( ) var ( ) yok

Human’s belirtisi ( ) var ( ) yok ( ) var ( ) yok

Varis ( ) var ( ) yok ( ) var ( ) yok

**Eliminasyon**

İdrar ( ) Yaptı ( ) Yapmadı (doğum sonu saati…………)

Gaita ( ) Yaptı ( ) Yapmadı (doğum sonu saati…………)

**Beslenme Durumu**

(Genelde ve gebelik dönemindeki yemek yeme alışkanlıkları, 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**

( ) Yok ( ) Var

**Bebeğin bakımına katılma durumu**

( ) Evet ( ) Hayır

**Evde bebeğin bakımına yardım edecek kişi**

( ) Eş

( ) Akraba

( ) Diğer Çocuk

**Anne bebek ilişkisi**

Bebeğini kucağına alıyor, dokunuyor ( ) Evet ( ) Hayır

Bebeğini okşuyor ( ) Evet ( ) Hayır

Bebeğiyle konuşuyor ( ) Evet ( ) Hayır

Emzirmeye istekli ( ) Evet ( ) Hayır

Bebeğiyle göz iletişimi kuruyor ( ) Evet ( ) Hayır

Bebeğine adı ile sesleniyor (adı kondu ise) ( ) Evet ( ) Hayır

Bebek bakımıyla ilgili sorular soruyor ( ) Evet ( ) Hayır

Bebeğin cinsiyetinden memnun ( ) Evet ( ) Hayır

Kendi gereksinimlerine daha fazla odaklanıyor ( ) Evet ( ) Hayır

**Kadının Sosyal Destek Faktörleri**

**Kadının ve Ailesinin Bilgi Gereksinimleri**

Yenidoğan ile ilgili ( ) Evet ( ) Hayır

Göz Bakımı ( ) Evet ( ) Hayır

Göbek Bakımı ( ) Evet ( ) Hayır

Bebek Banyosu ( ) Evet ( ) Hayır

Bebek Giyimi ( ) Evet ( ) Hayır

Pişik Bakımı ( ) Evet ( ) Hayır

Konak Bakımı ( ) Evet ( ) Hayır

Pamukçuk Bakımı ( ) Evet ( ) Hayır

Emzirme/biberonla besleme ( ) Evet ( ) Hayır

Bebeğin büyüme ve gelişmesi ( ) Evet ( ) Hayır

Yenidoğan bebeğin özellikleri ( ) Evet ( ) Hayır

Bebeğe uyaran verilmesi ( ) Evet ( ) Hayır

Diğer ( ) Evet ( ) Hayır

**Kendi Bakımı İle İlgili**

Kişisel Hijyen ( ) Evet ( ) Hayır

Loşia/epizyotomi izlemi ( ) Evet ( ) Hayır

Beslenme ( ) Evet ( ) Hayır

Aile Planlaması ( ) Evet ( ) Hayır

Cinsel yaşam ( ) Evet ( ) Hayır

Ebeveyn olma ( ) Evet ( ) Hayır

Diğer ( ) Evet ( ) Hayır

**YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Doğum kilosu: Doğum haftası:**

**YAŞAM BULGULARI:**

Ateş:

Solunum:

Kalp hızı:

**BAŞ**

**Baş çevresi**: …………………../cm

**Süturların arası:** ( ) Normal ( )Geniş ( ) Kapalı

**Ön fontanel büyüklüğü**:……………/cm

**Ön fontanel**

( ) Normal

( ) Dışa doğru bombeli ve hassas

( ) Aşırı içe çökük

**Arka fontanel büyüklüğü:**………../cm

**Arka fontanel**

( ) Normal

( ) Dışa doğru bombeli ve hassas

( ) Aşırı içe çökük

**Kafa derisi**:

( ) Normal

( ) Kaput Suksadeneum

( ) Sefal Hematom

**Yüz hareketleri**

( ) Çitf taraflı

( ) Tek taraflı

( ) Eşit

( ) Asimetrik

**Yüzde doğum lekesi**

( ) Var ( ) Yok

**Kaş çizgisi**

( ) Var ( ) Yok

**Kirpik çizgisi**

( ) Var ( ) Yok

**Saç çizgisi**

( ) Var ( ) Yok

**Gözler**

( ) Simetrik ( ) Asimetrik

**Göz kapakları**

**Sağ göz kapağı Sol göz kapağı**

Normal ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

Ödemli ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

Akıntı ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

**Pupiller ışık refleksi**

( ) Var ( ) Eşit ( )Eşit değil

**Gözün iç dış çizgileri ile kulak kepçesinin üst kısmı**

( ) Aynı düzeyde

( ) Aynı düzeyde değil

**Burun delikleri**

**Sağ burun deliği Sol burun deliği**

Kapalı( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

Açık ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

Akıntı ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

**Dudak hareketleri**

( ) Simetrik ( ) Simetrik değil

**Damaklar**

**Alt damak** **Üst damak**

Bütün ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

Bütün değil ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

Diş ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

**Dil**

( ) Hareketli ( ) Dilaltı bağı var

**Boyun hareketleri**

( ) Normal- Sağa sola hareketli ( ) Hareketi kısıtlı

**ÜST GÖVDE**

**Göğüs çevresi:………………/cm**

**Memeler**

**Sağ meme Sol meme**

Dolgunluk ( )Var ( ) Yok ( )Var ( ) Yok

Akıntı ( )Var ( ) Yok ( )Var ( ) Yok

**Meme Uçları**

( ) Simetrik ( ) Simetrik değil

**Koltuk altı nodülleri**

**Sağ koltuk altı Sol koltuk altı**

( )Var ( ) Yok ( )Var ( ) Yok

**Solunum sırasında retraksiyon**

( )Var ( ) Yok ( )Var ( ) Yok

**Nabızlar**

Apeks( )Var ( ) Yok

Femoral( )Var ( ) Yok

Dorsalis pedis( )Var ( ) Yok

Brakial( )Var ( ) Yok

**Cilt rengi**  ( ) Tüm cilt pembe

( ) Ekstremiteler mor vücur pembe

( ) Tüm cilt mor

( )Tüm cikt sarı

**Aktivite sırasında cilt rengi değişikliği**

( ) Var ( ) Yok

**Ciltte döküntü**

( ) Var ( ) Yok

**Ciltte doğum lekesi**

( ) Var (Yeri ve tipi……………………….)

( ) Yok

**Cilt**

( ) Esnek ( ) Esnek değil

**ALT GÖVDE**

**Abdomen**

( ) Yuvarlak ve hafif şiş ( ) Aşırı şiş ve distansiyon

**Umblikal kord damarları**

( ) İki arter ve bir ven ( ) Bir arter ve bir ven

**Göbek etrafında kanama**

( ) Var ( ) Yok

**Umblikal herni**

( ) Var ( ) Yok

**Dış genitaller (kız bebekler için)**

Vajinal açıklık ( )Açık ( ) Kapalı

Renk ( ) Kırmızı ( ) Mor

Şekil ( ) Normal ( ) Anormal

Akıntı ( ) Var ( ) Yok

Kanama ( ) Var ( ) Yok

**Dış genitaller (kız bebekler için)**

Fimozis ( ) Var ( ) Yok

Epispadias ( ) Var ( ) Yok

Hipospadias ( ) Var ( ) Yok

Akıntı ( ) Var ( ) Yok

Skrotum ( ) Normal ( ) Aşırı ödemli ve büyük

Testisler ( ) İnmiş ( )İnmemiş

( )Sağ ( ) Sol ( ) Sağ ( ) Sol

**Anüs**

( ) Açık, mekonyumunu yaptı

( ) Açık, mekonyumunu yapmadı ( Doğum sonu saat…………….)

( ) Kapalı

**Sırtta pylonidal çukur**

( ) Yok

( ) Var, kılla kaplı değil

( ) Var, kılla kaplı

**EKSTREMİTELER**

**Ekstremiteler**

**Üst ekstremiteler Alt ekstremiteler**

Simetrik ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

Asimetrik ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

**Ekstremitelerin hareketi**

Sağ kol ( ) Tam ( ) Tam değil

Sol kol ( ) Tam ( ) Tam değil

Sağ bacak ( ) Tam ( ) Tam değil

Sol bacak ( ) Tam ( ) Tam değil

**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

**Bacak ve kalça kıvrımları**

( ) Eşit ( ) Eşit değil

**Kalça çıkığı**

Sağ ( ) Var ( ) Yok

Sol ( ) Var ( ) Yok

**REFLEKSLER**

**Moro refleksi**

( ) Var ( ) Yok

**El-ayak yakalama resleksi**

( ) Var ( ) Yok

**Tonik boyun refleksi**

( ) Var ( ) Yo

**Emme-yutma refleksi**

( ) Var ( ) Yok

**Adım atma ve basma refleksi**

( ) Var ( ) Yok

**Babinski refleksi**

( ) Var ( ) Yok

**Gövdeyi içe eğme refleksi**

( ) Var ( ) Yok

**Derin tendon refleksi**

( ) Var ( ) Yok

**Göz kırpma refleksi**

( ) Var ( ) Yok

**İtme refleksi**

( ) Var ( ) Yok

**Kaldırma refleksi**

( ) Var ( ) Yok

**Aksırma-öksürme refleksi**

( ) Var ( ) Yok

**İzleyen Öğrencinin: ………………………………………**

**Adı Soyadı:………………………………………………..**

**İmza:………………………………………………………**

**Tarih:………………………………………………………**

**JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU**

**TANITICI BİLGİLER**

**Görüşme Tarihi:**

**Hastaneye Yatış Tarihi:**

**TANITICI BİLGİLER**

**Adı Soyadı:**

**Yaşı:**

**Medeni Durumu:**

**Eğitimi:**

**Mesleği:**

**Sağlık Güvence Durumu: ( ) Var ( ) Yok**

**Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler):**

**Gelir Düzeyini Algılaması: ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü**

**Kan Grubu ve Rh Faktörü:**

**Eşinin:**

**Yaşı:**

**Eğitim Düzeyi:**

**Mesleği:**

**Eşinin mevcut sağlık problemi varlığı: (CYBE, prostat-penis kanseri, madde bağımlılığı gibi)**

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ**

**Hastaneye Geliş Nedeni:**

**Normal Sınırlar Dışındaki Laboratuvar Bulguları:**

**Yaşam Bulguları:**

**Tıbbi Tanı:**

**Tedavi:**

**ÖZGEÇMİŞİ**

**Geçirdiği Hastalıklar:**

**Kullandığı İlaç Öyküsü:**

**Şu Anda Kullandığı İlaçlar:**

**Beslenme Alışkanlığı:**

-Genelde Tükettiği Besinler:

-Beden Kitle İndeksi:

**ÜREME SAĞLIĞI ÖYKÜSÜ**

**Menstrual Özellikler:**

**Menarş Yaşı:**

**Menapoza Girme (Menapozda ise menapoz yaşı ve süresi):**

**Sşklus Düzeni:**

**Dismenore öyküsü**: ( ) Primer ( ) Sekonder

Nedeni:

Rahatlamak için ne yapıyor:

**Anormal kanama öyküsü**

( ) Amenore ( ) Menoraji ( ) Metoraji

( ) Hipomenore ( ) Oligomenore ( ) Polimenore

( ) Postmenapozal kanama

**Tedavi alma durumu: ( ) Evet ( ) Hayır**

**Açıklayınız……………………………………….**

**Vajinal Akıntının Özelliği:**

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

Üreme sistemi ile ilgili hastalıklar ve tedavisi:

**Cinsel Yaşama İlişkin Özellikler:**

**İlk Cinsel İlişki Yaşı:**

**Cinsel İlişki Sıklığı:**

**Cinsel İlişki Sırasında Yaşadığı Sorunlar** (disparoni, cinsel ilişki sonrasında ağrı, cinsel ilişki sonrasında kanama, cinsel isteksizlik, vajinismus vb.):

**Cinsel partner sayısı:**

**Gebelik Öyküsü**:

Gebelik Sayısı:

Abortus:

Para:

Ölü doğum:

D/C:

Yaşayan:

**Kontraseptif Öyküsü:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Şu Ana Kadar Kullandığı Yöntem:** | **Süresi:** | **Yan etkileri** | **Bırakma Nedeni:** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**En Son Kullanılan Yöntem:**

Adı:

Kullanım süresi:

Yan etkileri:

Yöntemden memnuniyet:

**HİJYENİK UYGULAMALAR**

**El Hijyeni**

El yıkama sıklığı:

Ek 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):

İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) değiştirme sıklığı:

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

İç çamaşırlarını (özellikle külodunu) temizleme şekli:

**Menstrual Hijyeni**

Kullanılan hijyenik bağın özelliği:

Hijyenik bağ değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:

Hijyenik bağları değiştirme sıklığı:

Menstruasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:

**Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumu:**

( ) Evet ( ) Hayır

**Memenin Fiziksel Muayenesi:**

**Kendi Kendine Vulva Muayenesi Yapma Durumu:**

( ) Evet ( ) Hayır

**Vulvanın Fiziksel Muayenesi:**

**Menopoz Öyküsü:**

Menapoza girme durumu: ( ) Evet ( ) Hayır

Menopoz yaşı:

Menapoza ilişkin sorun yaşama durumu: ( ) Evet ( ) Hayır

Fiziksel:

Psikolojik:

Sosyal:

**HRT (Hormon Replasman Tedavisi) alma durumu:**

☐Alıyor ☐Almıyor

HRT alıyor ise:

Başlama zamanı:

Kullanma süresi:

Tedaviye uyumu:

**Kadın Sağlığına Yönelik Öğrenmek İstediği Konular**

( ) Vulva muayenesi

( ) Meme Muayenesi

( ) Menapoz ( fizyolojisi, vücuttaki değişiklikler)

( ) Menstual hijyen

( ) Aile Planlaması

( ) Vajinal enfeksiyonlar

( ) Diğer

**İzleyen Öğrencinin: ……………..……………………….**

**Adı Soyadı:………………………………….…………….**

**İmza:……………………………………………………….**

**Tarih:………………………………………………………**