

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK  
BÖLÜMÜ DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

<b>Öğrencinin</b>	<b>Adı Soyadı/ Numarası</b>	
	<b>Uygulama Yapılan Klinik/Hastane</b>	
	<b>Veri Toplama Tarihi</b>	
	<b>Klinik Eğitcinin Adı Soyadı</b>	
	<b>Klinik Eğitcinin Notları</b>	
	<b>Klinik Eğitcinin Ders Notu</b>	

<b>DOĞUM ÖNCESİ TANILAMA FORMU</b>		Adı Soyadı:		Doğum Tarihi:		Yatış Tarihi:		Oda numarası:		Son Adet Tarihi: .....		Gebelik haftası:.....		
<b>KABUL BİLGİLERİ</b>	<b>Hastaneye Kabul Tarihi/Saati</b> .....		<b>Hasta Kol Bandı</b>		<input type="checkbox"/> Var (bilgi.kont.et)		<input type="checkbox"/> Takıldı							
	<b>Hastaneye Geldiği Yer</b>		<input type="checkbox"/> Ev (Herhangi bir bakım yok)		<input type="checkbox"/> Acil Servis		<input type="checkbox"/> Bir Başka Kurum							
	<b>Eğitim Durumu</b>		.....											
	<b>İş/Mesleği</b>		.....		<input type="checkbox"/> Aktif çalışıyor		<input type="checkbox"/> Çalışmıyor							
	<b>Medeni Durumu</b>		<input type="checkbox"/> Evli		<input type="checkbox"/> Bekar		<input type="checkbox"/> Diğer							
	<b>Evlenme Yaşı</b>		.....											
	<b>Sağlık Güvencesi</b>		<input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/> Var (Tanımla) .....									
	<b>Son 6 Ay İçinde Hastaneye Yatış</b>		<input type="checkbox"/> Hayır		<input type="checkbox"/> Evet (Tanımla) .....									
	<b>Acile Aynı Nedenle Başvuru</b>		<input type="checkbox"/> Hayır		<input type="checkbox"/> Evet (Tanımla) .....									
	<b>Hastaneye Geliş Nedeni</b>		(Şikayetleri, yakınmaları) .....											
	<b>Tıbbi Teşhis</b>		.....											
	<b>Servise Geliş Şekli</b>		<input type="checkbox"/> Yürüyerek		<input type="checkbox"/> Sedyeye		<input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye		<input type="checkbox"/> Diğer.....					
	<b>Emosyonel Durumu</b>		<input type="checkbox"/> Sakin		<input type="checkbox"/> Kaygılı		<input type="checkbox"/> Üzgün		<input type="checkbox"/> Ajite		<input type="checkbox"/> Diğer.....			
	<b>Boy/Kilo</b>		Boy .....				Kilo .....							
	<b>Gebelik Öncesi</b>		Boy .....				Kilo .....							
<b>Kan Grubu</b>		.....		<input type="checkbox"/> Lab. Sonucu		<input type="checkbox"/> Hastanın Bildirimi								
<b>Eşinin Kan Grubu</b>		.....		<input type="checkbox"/> Lab. Sonucu		<input type="checkbox"/> Hastanın Bildirimi								
<b>Eşler Arasındaki Akrabalık Durumu</b>		<input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/> Var (Tanımla) .....										
<b>OBSTETRİK ÖYKÜ</b>	<b>İlk Adet Yaşı</b>		.....											
	<b>Ölü Doğum Sayısı</b>		.....											
	<b>Ölü Doğum Yapma Durumu</b>		<input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/> Var (Tanımla, nedeni?) .....									
	<b>Gebelik Süresi</b>		.....											
	<b>Beklenen Doğum Tarihi</b>		.....											
	<b>Kullandığı Doğum Kontrol Yöntemi</b>		.....											
	<b>Gravida (Gebelik sayısı):</b>		<b>D/C: (Küretaj):</b>											
	<b>Parite (Canlı doğum sayısı):</b>		<b>Abortus (Gebeliğin 20.haftasından önce gerçekleşen doğum):</b>											
<b>Gebelikte sorun yaşama durumu</b>		<input type="checkbox"/> Yok				<input type="checkbox"/> Var (Tanımla) .....								
<b>Riskli gebelik mi?</b>		<input type="checkbox"/> Hayır				<input type="checkbox"/> Evet (Tanımla) .....								

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK  
BÖLÜMÜ DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

<b>TIBBİ HİKAYESİ</b>	Ailesinde /Kendisinde Bulunan Hastalıklar		<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla) <input type="checkbox"/> Tbc <input type="checkbox"/> Astm <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) .....		
	Aşılama Durumu	<input type="checkbox"/> Tam	<input type="checkbox"/> Eksik (Açıkla) .....			
	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			
	Bakımında Yardımcı Destek Sistemleri/Kişiler	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Meme Problemleri	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla)..... <input type="checkbox"/> Hassasiyet <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Dolgunluk			
	Meme Muayenesi	<input type="checkbox"/> Yapıldı				
<b>SAĞLIĞI GELİŞTİRME</b>	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"/> Trombostenopenisi 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	
<b>BİLİŞSEL ÖRÜNTÜ</b>		<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	
<b>BESLENME</b>	Beslenme Şekli	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Özel Diyet (Tanımla).....			
	Günlük Öğün Sayısı	.....				
	Günlük Sıvı Alımı/İçeriği	.....				
<b>BOŞALTIM</b>	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).....			
<b>BAŞETME /STRES</b>	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).....		
<b>SOLUNUM</b>	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).....			

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK  
BÖLÜMÜ DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

<b>DOLAŞIM</b>	<b>Nabız</b>	...../dakika			
	<b>Ekstremiteler</b>	<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.....				
<b>DERİ</b>	<b>Renk</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Siyanotik	<input type="checkbox"/> Sarılık	<input type="checkbox"/> Diğer
	<b>Sıcaklık</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> Terleme
		.....°C	<input type="checkbox"/> Diğer.....		
	<b>Ödem</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....		
	<b>Kızarıklık/Varis</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....		
<b>Tüp/Katater/Dren</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
<b>KAS-İSKELET</b>	<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>	<b>Kan:</b>  <b>İdrar:</b>  <b>USG:</b>  <b>NST:</b>  <b>Diğer:</b>				
<b>LEOPOLD MANEVRALARI</b>	<input type="checkbox"/> Yapıldı <input type="checkbox"/> Gebelik Haftası  <b>1. Leopold: Fundus Yüksekliği: .....</b> <b>2. Leopold: Fetüsün Pozisyonu: .....</b> <b>3. Leopold: Fetüsün Prezantasyonu: .....</b> <b>4. Leopold: Angajman: .....</b>				

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

Adı Soyadı: \_\_\_\_\_ Tarih/Klinik: \_\_\_\_\_

Saat	V. Isı (°C)	NB (dk)	Kan B. Basıncı	SpO <sub>2</sub>	SOL	Yapılan Tedavi	Tedavi Saatleri				Not	

**TEDAVİ-BAKIM UYGULAMALARI**

ÇKS: ..... /dk                      ÇKS: ..... /dk

**Verilen eğitimler**

Beslenme

Anne sütü-Emzirme

Hijyen

Aile Planlaması

Antenatal Kontroller

Cinsellik

İlaç Kullanımı

Diğer

AÇT	08-16	16-24	24-08	Toplam
	Oral Parenteral	Oral   Parenteral	Oral   Parenteral	
Aldığı				
Çıkardığı				

**ÖNERİLEN/ORDER EDİLEN TEDAVİ**

Tarih	İlacın Adı	Saati	Dozu	Veriliş Yolu

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK  
BÖLÜMÜ DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

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

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM  
ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

**EBELİK BAKIM PLANI**

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

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM  
ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

**EBELİK BAKIM PLANI**

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

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM  
ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

**EBELİK BAKIM PLANI**

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



**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ  
FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM DERSİ ÖĞRENCİ  
BAKIM PLANI**

**DEĞERLENDİRME**

**1 -Bugün gerçekleştirdiğiniz aktiviteler (bakım, eğitim, uygulama, değerlendirme vb.) neler?**

**2-Bugün kaç hastaya bakım verdiniz? Hastalarınızda belirlediğiniz mevcut ve potansiyel sorunlar neler? Siz ne yaptınız? Hastadaki etkisi ne oldu?**

**3-Bugün ne öğrendiniz?**

**4-Hangi eksiklikleriniz olduğunu fark ettiniz? Bu eksiklikler için ne yapmayı düşünüyorsunuz?**