

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

| | | |
|-------------------|--|--|
| Öğrencinin | Adı Soyadı/ Numarası | |
| | Uygulama Yapılan Klinik/Hastane | |
| | Veri Toplama Tarihi | |
| | Klinik Eğiticinin Adı Soyadı | |
| | Klinik Eğiticinin Notları | |
| | Klinik Eğiticinin Ders Notu | |

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

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

| | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|---|--|--|--|--|
| TIBBİ HİKÂYESİ | Ailesinde /Kendisinde Bulunan Hastalıklar | | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var (Tanımla) <input type="checkbox"/> Tbc <input type="checkbox"/> Astım <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 | | | | | | |
| SAĞLIĞI GELİŞTİRME | 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"/> Trombostopenisi 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)..... | | | | |
| BİLİŞSEL ÖRÜNTÜ | Mental Durum | <input type="checkbox"/> Bilinç açık | <input type="checkbox"/> Bilinç kapalı | <input type="checkbox"/> Dikkat dağınıklığı | <input type="checkbox"/> Algılamada zorluk | | |
| | | <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"/> Tekerekli sandalye. | <input type="checkbox"/> Kişi yardımı | | |
| | Uyku Saatleri/Süresi | <input type="checkbox"/> Düzenli (Tanımla)..... | | <input type="checkbox"/> Düzensiz (Tanımla)..... | | | |
| | BESLENME | Beslenme Şekli | <input type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> Özel Diyet (Tanımla)..... | | | |
| | | Günlük Öğün Sayısı | | | | | |
| Günlük Sıvı Alımı/İçeriği | | | | | | | |
| BOŞALTIM | 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)..... | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Proteinüri <input type="checkbox"/> Glikozüri <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Pollakiüri <input type="checkbox"/> Bakteriüri <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Poliüri | | | | | | |
| BAŞETME /STRES | 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)..... | | | | |
| SOLUNUM | 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 SONRASI DÖNEM ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|------------------------------------|
| DOLAŞIM | Nabız |/dakika | | | | |
| | Ekstremiteler | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Ödemli | <input type="checkbox"/> Siyanoze | <input type="checkbox"/> Deri soluk | <input type="checkbox"/> Uyuşukluk |
| | | Hangi ekstremitede olduğunu tanımla..... | | | | |
| DERİ | Renk | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Siyanotik | <input type="checkbox"/> Sarılık | <input type="checkbox"/> Diğer | |
| | Sıcaklık | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Hipotermi | <input type="checkbox"/> Hipotermi | <input type="checkbox"/> Terleme | |
| | | |°C | <input type="checkbox"/> Diğer..... | | |
| | Ödem | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var (Tanımla)..... | | | |
| | Kızarıklık/Varis | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var (Tanımla)..... | | | |
| Tüp/Katater/Dren | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var (Tanımla)..... | | | | |
| KAS-İSKELET | Hareket Durumu | <input type="checkbox"/> Mobil | <input type="checkbox"/> Destekli Mobil | <input type="checkbox"/> Yatağa Bağımlı | | |
| | Yürüyüş ve Denge | <input type="checkbox"/> Dengeli | <input type="checkbox"/> Dengesiz (Tanımla)..... | | | |
| | Kas İskelet Sistemi Sorunları | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Deformite | <input type="checkbox"/> Dengesiz Yürüme | <input type="checkbox"/> Diğer | |
| NÖROLOJİK | Pupiller | <input type="checkbox"/> Eşit | <input type="checkbox"/> Eşit değil | | | |
| | Işık Reaksiyonu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok (Tanımla)..... | | |
| | Gözler | <input type="checkbox"/> Temiz | <input type="checkbox"/> Akıntı | <input type="checkbox"/> Kızarıklık | <input type="checkbox"/> Diğer..... | |
| | Nörolojik Sorunlar | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Parapleji | <input type="checkbox"/> Hemipleji | <input type="checkbox"/> Kas Zayıflığı / Güçsüzlük | |
| GİS | Bağırsak Sesleri | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Hipoaktif | <input type="checkbox"/> Hiperaktif..... | | |
| | Karın Muayenesi | <input type="checkbox"/> Sert/hassas | <input type="checkbox"/> Yumuşak/rahat | | | |
| LABROTUVAR TESTLERİ VE RADYOLOJİK BULGULAR | Kan: İdrar: USG: NST: Diğer: | | | | | |

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

HASTALIK/DURUM BİLGİSİ: *(Doğum sonu dönemde kadında tespit edilen risk faktörleri ve doğum sonu riskli durumlar ile ilgili literatür araştırması yapılacak, ebelik bakımı yazılacak)*

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

EBELİK BAKIM PLANI

| EBELİK TANISI | HEDEF | PLANLANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ | UYGULANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ | DEĞERLENDİRME- SONUÇ |
|----------------------|--------------|---|---|---------------------------------|
| | | | | |

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

EBELİK BAKIM PLANI

| EBELİK TANISI | HEDEF | PLANLANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ | UYGULANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ | DEĞERLENDİRME- SONUÇ |
|----------------------|--------------|---|---|---------------------------------|
| | | | | |

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

EBELİK BAKIM PLANI

| EBELİK TANISI | HEDEF | PLANLANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ | UYGULANAN EBELİK GİRİŞİMLERİ | DEĞERLENDİRME- SONUÇ |
|----------------------|--------------|---|---|---------------------------------|
| | | | | |

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ DOĞUM SONRASI DÖNEM 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?