

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK  
BÖLÜMÜ GENEL KLİNİK ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

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

<b>GENEL KLİNİK HASTA TANILAMA FORMU</b>		Hasta Adı Soyadı: Doğum Tarihi: Yatış Tarihi: Oda numarası:				
<input type="checkbox"/> Ameliyat Türü:		<input type="checkbox"/> Ameliyat Tarihi: <input type="checkbox"/> Post-Op Gün:				
<b>KABUL BİLGİLERİ</b>	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	.....				
	İş/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			
<b>OBSTETRİK ÖYKÜ</b>	Son Adet Tarihi:.....	<input type="checkbox"/> Menapoz durumu				
	Siklus Düzeni	.....				
	Siklus Süresi	.....				
Dismenore	.....					
Gravida (Gebelik sayısı):	<b>D/C: (Küretaj):</b>					
Parite (Canlı doğum sayısı):	<b>Abortus (Gebeliğin 20.haftasından önce gerçekleşen doğum):</b>					
<b>TIBBİ HİKÂYE</b>	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) .....				
Kullanmakta Olduğu İlaçlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var(Tanımla) .....				

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK  
BÖLÜMÜ GENEL KLİNİK ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

	İlaç Adı/Günlük Alım/Miktar						
	Alerjiler	<input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/> Var (Tanımla, varsa reaksiyonu açıkla)..... <input type="checkbox"/> Alerji bilekliği takıldı			
<b>SAĞLIĞI GELİŞTİRME</b>	Vücut Isısı	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<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).....				
	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).....				
	<input type="checkbox"/> Proteinüri <input type="checkbox"/> Gloküzüri <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						
<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).....				
<b>DOLAŞIM</b>	Nabız	...../dakika					
	Ekstremiteler	<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>	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).....					

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK  
BÖLÜMÜ GENEL KLİNİK ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

	Tüp/Katater/Dren	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....		
<b>KAS- İSKELET</b>	Hareket Durumu	<input type="checkbox"/> Mobil	<input type="checkbox"/> Destekli Mobil	<input type="checkbox"/> Yatağa Bağımlı	<input type="checkbox"/> Mutlak yatak İstira.
	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
	Pupiller	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Eşit değil		
<b>NÖROLOJİK</b>	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
<b>GİS</b>	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		
<b>LABROTUVAR TESTLERİ VE RADYOLOJİK BULGULAR</b>	<b>Kan:</b>				
	<b>İdrar:</b>				
	<b>USG:</b>				
	<b>Pap-Smear:</b>				
	<b>Mamografi:</b>				
	<b>Diğer:</b>				

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK  
BÖLÜMÜ GENEL KLİNİK 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
<b>TEDAVİ-BAKIM UYGULAMALARI</b>												
		<b>08-16</b>		<b>16-24</b>		<b>24-08</b>						
<b>AÇT</b>		<b>Oral Parenteral</b>		<b>Oral   Parenteral</b>		<b>Oral   Parenteral</b>		<b>Toplam</b>				
<b>Aldığı</b>												
<b>Çıkardığı</b>												
<b>ÖNERİLEN/ORDER EDİLEN TEDAVİ</b>												
<b>Tarih</b>			<b>İlacın Adı</b>			<b>Saati</b>		<b>Dozu</b>		<b>Veriliş Yolu</b>		

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK  
BÖLÜMÜ GENEL KLİNİK ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

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

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GENEL KLİNİK 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 GENEL KLİNİK 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 GENEL KLİNİK 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 GENEL KLİNİK ÖĞRENCİ  
BAKIM PLANI**

--	--	--	--	--

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
EBELİK BÖLÜMÜ GENEL KLİNİK 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?**

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ GENEL KLİNİK  
ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**