

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ KADIN HASTALIKLARI 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	

JİNEKOLOJİK HASTA TANILAMA FORMU		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:				
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"/> Sedyile 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	.....			
	Son Adet Tarihi			<input type="checkbox"/> Menapoz durumu	
	Siklus Düzeni	.....			
	Siklus Süresi	.....			
	Kanamamanın Miktarı (pet sayısı)	.....			
	Kanama Süresi (gün)	.....			
	Dismenore	.....			
	Son Doğum Yaşı	.....			
	Doğumlar arasındaki süre	.....			
	Ölü Doğum Yapma Durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla, nedeni?)			
Gebelik Süresi	.....				
Beklenen Doğum Tarihi	.....				

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ KADIN HASTALIKLARI ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

	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)		
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/Meme Özelliğinde Herhangi Bir Değişim	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla)..... <input type="checkbox"/> Hassasiyet <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Dolgunluk <input type="checkbox"/> Ele Gelen Kitle <input type="checkbox"/> Şekil Bozukluğu <input type="checkbox"/> Duyarlılık <input type="checkbox"/> Deri İritasyonu <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Ağrı			
	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 (Sigaravb.)		<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"/> 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 kabusları	<input type="checkbox"/> Uykuda gezme	
	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"/> Süngü/ördek	<input type="checkbox"/> Foley sonda	<input type="checkbox"/> Diğer.....	
	Boşaltım Aışıklığı	<input type="checkbox"/> Defekasyon sıklığı...../gün				
		<input type="checkbox"/> İdrar sıklığı...../gün				
	Defekasyon Problemleri	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
BAŞ ETME	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).....			

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ KADIN HASTALIKLARI ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

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).....		
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	<input type="checkbox"/> Nabız alınmıyor		
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	<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
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:				
	Pap-Smear:				
	Mamografi:				
Diğer:					

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ KADIN HASTALIKLARI 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 KADIN HASTALIKLARI
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 KADIN HASTALIKLARI
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 KADIN HASTALIKLARI
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 KADIN HASTALIKLARI 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 SAĐLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ KADIN
HASTALIKLARI ÖĐRENCİ BAKIM PLANI**