

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ 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	

PEDİATRİK HASTA TANILAMA FORMU		Hasta Adı Soyadı: Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K Doğum Tarihi: Yatış Tarihi:			
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	
		<input type="checkbox"/> Diğer.....			
	Eğitim Durumu	.....		
	İşi/Mesleği	<input type="checkbox"/> Aktif çalışıyor	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor	
	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).....			
	Tıbbi Teşhis	.....		
	Servise Geliş Şekli	<input type="checkbox"/> Yürüyerek	<input type="checkbox"/> Sedyeye ile	<input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye	<input type="checkbox"/> Kucakta
		<input type="checkbox"/> Yardımcı destek araçla	<input type="checkbox"/> Yakını ile	<input type="checkbox"/> Diğer.....	
	Emosyonel Durumu	<input type="checkbox"/> Sakin	<input type="checkbox"/> Kaygılı	<input type="checkbox"/> Üzgün	<input type="checkbox"/> Ajite	☐ Diğer.....
Boy/Kilo	Boy	Persentil	Kilo	Persentil	
Kan Grubu	<input type="checkbox"/> Lab. Sonucu	<input type="checkbox"/> Hastanın Bildirimi		
TIBBİ HİKÂYESİ	Daha Önce Geçirilmiş Hastalık/ Operasyonlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var		
	Geçirilmiş Çocukluk Çağı Hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Kızamıkçık <input type="checkbox"/> Boğmaca	<input type="checkbox"/> Kabakulak <input type="checkbox"/> Kızamık <input type="checkbox"/> Suçiçeği <input type="checkbox"/> Diğer.....	
	Doğum Öyküsü	<input type="checkbox"/> Normal Doğ.	<input type="checkbox"/> Sezaryen	<input type="checkbox"/> Kaç haftalık Doğdu	
	Kardeşlerden Vefat Eden	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Yaşı:	Sebebi:.....
	Aşılama Durumu	<input type="checkbox"/> Tam	<input type="checkbox"/> Eksik	(Açıkla)	
	Kullanmakta Olduğu İlaçlar	(Vitaminler, bitkiler ve diğer destekler)		<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
	İlaç Adı/Günlük Alım/Miktar			
	Alerjiler	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla, varsa reaksiyonu açıkla).....		<input type="checkbox"/> Alerji bilekliği takıldı
	Kardeş	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Sayısı.....	Yaşları.....
	Anne Baba Birlikte mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
	Destek Sistemleri	Yardıma İhtiyacı Olduğunda Başvurduğu Kişiler.....			
	Evde Bakımında Yardımcı Olacak Kişiler			<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla)

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

SAĞLIĞI GELİŞTİRME	Vücut Isısı	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> Hipertermi	<input type="checkbox"/> Aşırı Terleme	
	Düşme Riski Puanı	<input type="checkbox"/> Düşük	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Yüksek		
	Bası Yarası Puanı	<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	
	Ağız Yarası	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Yutma Güçlüğü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	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	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Banyo Sıklığı	.....			
	Ağız Bakımı Alışkanlığı	.....			
	Giyinme Alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Mevsime uyg	<input type="checkbox"/> Kalın	<input type="checkbox"/> İnce		
	Egzersiz Durumu	<input type="checkbox"/> Yapmaz	<input type="checkbox"/> Yapar (Tanımla)			
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.....		
BİLİŞSEL ÖRÜNTÜ	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).....		
	Gündüz Uykusu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
	Uyku ile İlgili Alışkanlıkları	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Biberon	<input type="checkbox"/> Oyuncak	<input type="checkbox"/> Anne-Baba-Kardeş	
	Uyku ile İlgili Sorunlar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Altını ıslatma	<input type="checkbox"/> Gece kabusları	<input type="checkbox"/> Uykuda gezme	
	Okula gidiyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (Tanımla).....			
	Oyun Durumu	<input type="checkbox"/> Yalnız oyun	<input type="checkbox"/> Paralel oyun	<input type="checkbox"/> Grupla Oyun		
	BESLENME/METABOLİK ÖRÜNTÜ	Beslenme Şekli	<input type="checkbox"/> Oral			
		Özel Diyet	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....		
		Anne Sütü	<input type="checkbox"/> Alıyor	<input type="checkbox"/> Almıyor		
Beslenme ile İlgili Olası Problemler		<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Kilo kaybı	<input type="checkbox"/> Kilo alımı		
		<input type="checkbox"/> Ağız yarası	<input type="checkbox"/> Dehidratasyon	<input type="checkbox"/> Diğer.....		
Günlük Öğün Sayısı		.....			
Günlük Sıvı Alımı/İçeriği		.....			
Kesinlikle Yemediği Gıdalar		.....			
Diş Gelişimi ve Sağlığı Yaşına Uygun mu?		<input type="checkbox"/> Uygun	<input type="checkbox"/> Uygun değil	(Tanımla).....		
Dişlerde Sorun Var mı?		<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Köprü	<input type="checkbox"/> Dolgu	<input type="checkbox"/> Çürük diş	
BOŞALTIM	Boşaltım Şekli	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sürgü/ördek	<input type="checkbox"/> Foley sonda		
		<input type="checkbox"/> Bez	<input type="checkbox"/> Diyaliz	<input type="checkbox"/> Diğer.....		
	Boşaltım Alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Defekasyon sıklığı...../gün		<input type="checkbox"/> En son defekasyon zamanı.....		
		<input type="checkbox"/> İdrar sıklığı...../gün				
	Defekasyon Problemleri	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			
Diürez Problemleri	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....				
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).....			
	Çocuk için önemli olan kişiler	.....			
	Çoğu zaman kullandığı baş etme yolları	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Tanımla).....			

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ 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 alınamıyor		
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	<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.
	Ekstremitelerin Hareketi	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz (Tanımla).....		
	Yürüyüş ve Denge	<input type="checkbox"/> Dengeli	<input type="checkbox"/> Dengesiz (Tanımla).....		
	Bacak Kasları	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıf/paralizi (Tanımla).....	
	Kas İskelet Sistemi Sorunları	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> DKÇ	<input type="checkbox"/> Dengesiz Yürüme	<input type="checkbox"/> Deformite
NÖROLOJİ	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
		<input type="checkbox"/> Diğer.....			
GİS	Bağırsak Sesleri	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipoaktif	<input type="checkbox"/> Hiperaktif	...../dakika
	Karın Muayenesi	<input type="checkbox"/> Sert/hassas	<input type="checkbox"/> Yumuşak/rahat		
LABORATUVAR TETKİKLERİ					

0-2 yaş grubu için doldurulacaktır.

1.Doğum öncesi değerlendirme:

- Gestasyon yaşı: Annenin gebelik öyküsü (radyasyon, ilaç kullanımı, hamilelikte geçirilen hastalıklar, alkol-sigara kullanımı, vb.)

2. Doğum dönemindeki değerlendirme:

- Doğum Şekli: Doğum Kilosu:.....Boyu:..... Baş çevresi:.....
Apgar puanı:.....

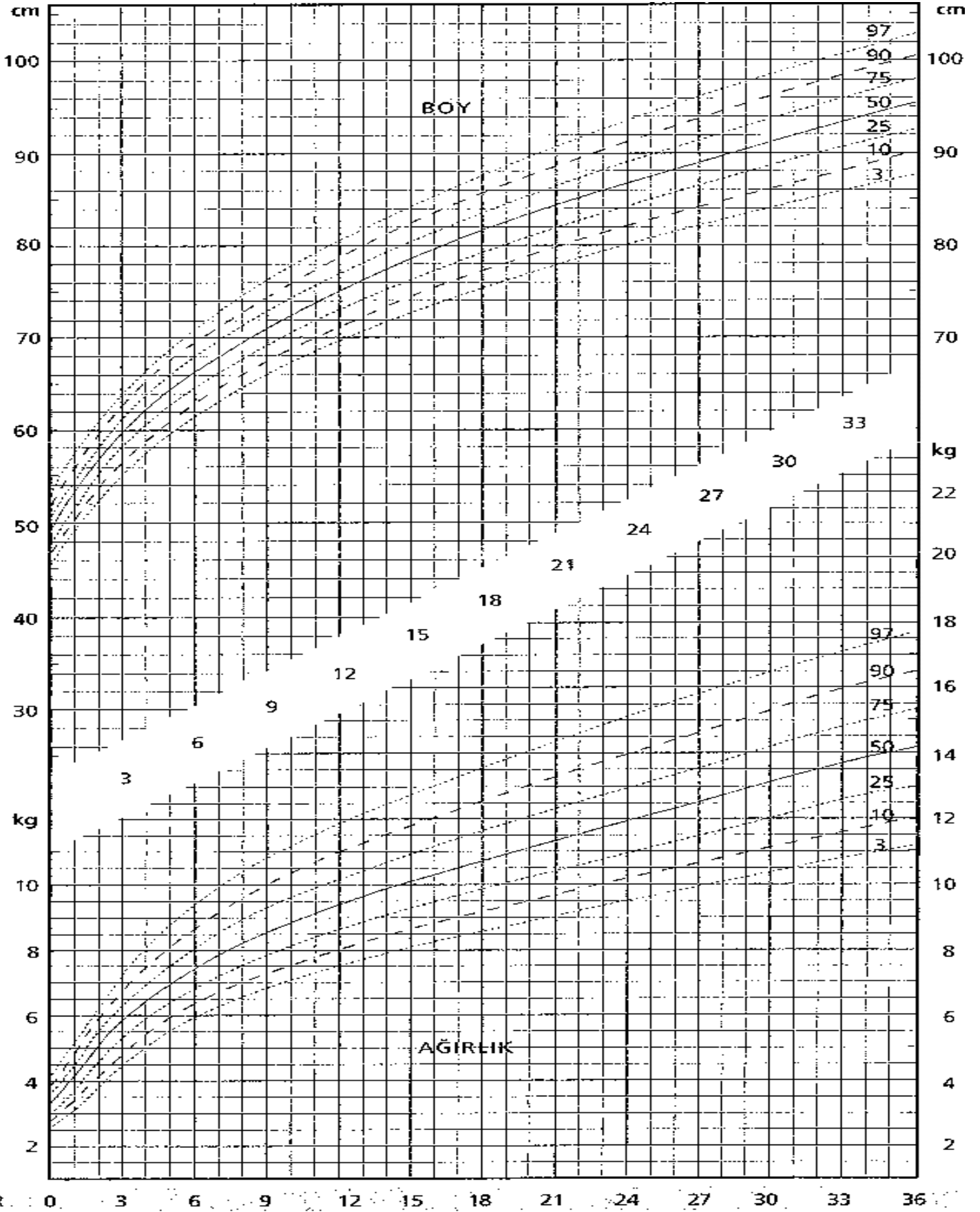
3. Motor- Mental Gelişimi: (Ayına göre belirtiniz)

- Gülümseme:.....Başını tutma:.....Eşya yakalama:.....Desteksiz oturma:.....Yürüme:.....Kelime söyleme:.....Kaşık tutma:.....İdrar/Dışkı kontrolü:.....

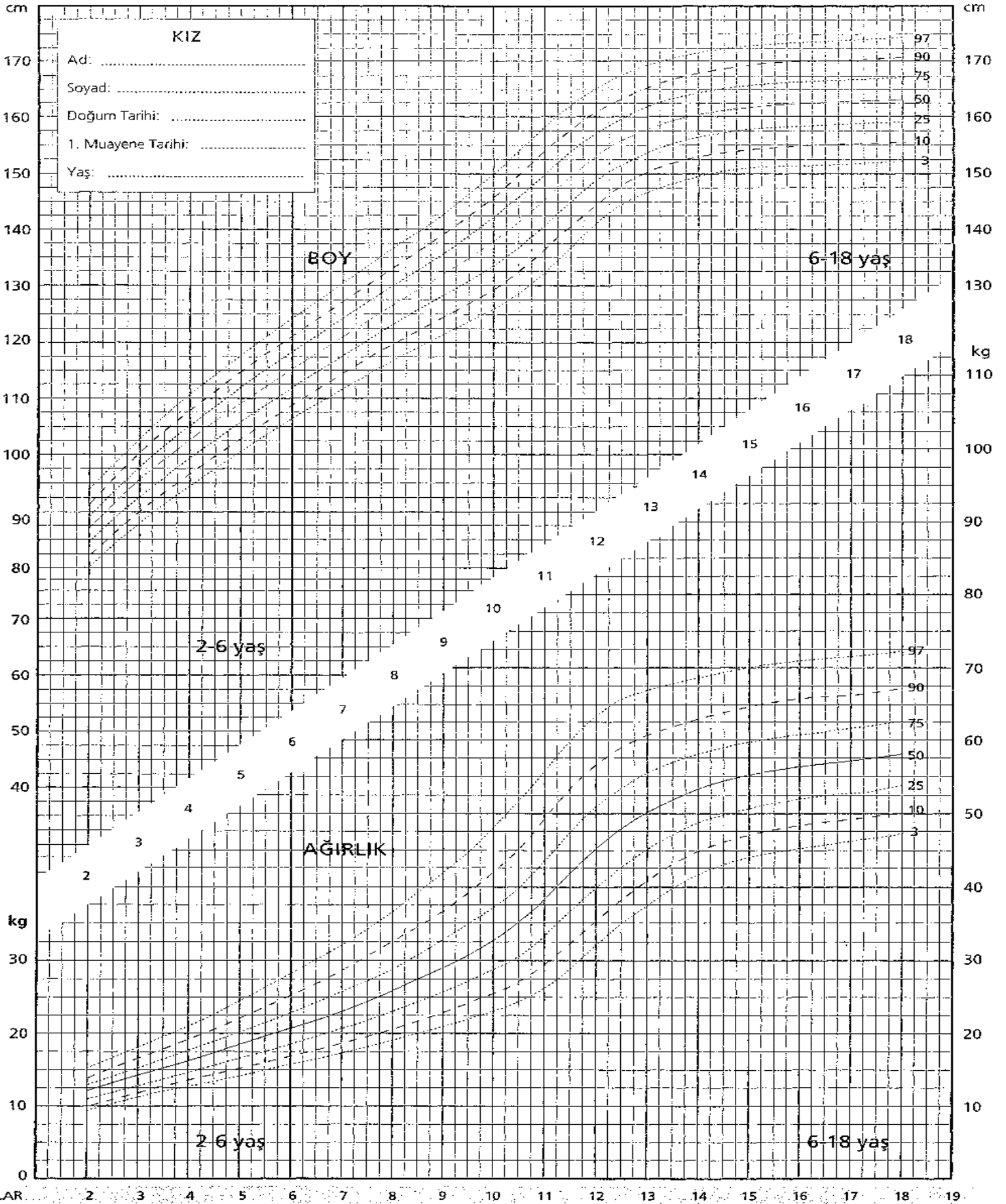
NOT (Ayına/yaşına uygun olmayan gelişim sorunları var ise belirtiniz):

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ ÖĞRENCİ BAKIM PLANI

ÇOCUKLARIN PERSENTİL BÜYÜME EĞRİLERİ* (2-18 YAŞ)



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ ÖĞRENCİ BAKIM PLANI



**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ ÖĞRENCİ BAKIM PLANI**

HASTALIK BİLGİSİ: (*Çocukta tespit edilen durum ya da hastalıkla ilgili literatür araştırması yapılacak, tanım, prognoz, tedavi, ebelik bakımı yazılacak*)

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ 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 ÇOCUK SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI DERSİ 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 ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ 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 ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI 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?