|  |
| --- |
| **GEBE VERİ TOPLAMA FORMU** |
| VAKA NO |  |
| Görüşme Tarihi |  |
| Hastaneye Yatış Tarihi |  |
| Tanısı | Normal Gebelik |  | Riskli Gebelik |  |
| 1. **TANITICI BİLGİ**
 |
| Gebenin Adı Soyadı |  |  |  |
| Yaşı |  |  |  |
| Medeni Durumu |  |  |  |
| Evlilik Süresi |  |  |  |
| Aile Tipi |  |  |  |
| Kan Grubu |  |  |  |
| Eşinin Kan Grubu |  |  |  |
| Akrabalık Durumu | YOK |  | 1. |  | 2. |  |
| Gebelik Şekli | Planlı |  | Plansız  |  |
| Gebelik Haftası |  Son Adet Tarihi (SAT) |  | Tahmini Doğum Tarihi (TDT) |  |

|  |
| --- |
| **B-GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ** |
| **SORUN**  | **AÇIKLAMA**  |
| **( )** | Çocukluk döneminde geçirilen hastalıklar |  |
| **( )** | Emosyonel problemler |  |
| **( )** | Allerjik herhangi bir durum |  |
| **( )** | Kanama sorunları |  |
| **( )** | Cinsel yolla bulaşan hastalıklar |  |
| **( )** | Geçirilen operasyonlar |  |
| **( )** | Diabet |  |
| **( )** | Hipertansiyon |  |
| **( )** | Kardiyovasküler problemler |  |
| **( )** | Renal problemler |  |
| **( )** | Diğer |  |
| **Obstetrik Öykü (önceki gebeliklerinizde aşağıdaki problemlerden herhangi biri oldu mu?** |
| **( )** | Hipertansiyon |  |
| **( )** | Ödem |  |
| **( )** | Gestasyonel diabet |  |
| **( )** | Rh uyuşmazlığı |  |
| **( )** | Hiperemezis gravidarum |  |
| **( )** | Enfeksiyon  |  |
| **( )** | Düşük |  |
| **( )** | Sezaryan Doğum |  |
| **( )** | Zor Doğum |  |
| **( )** | Diğer |  |
| **Ailenizde aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşayan birey var mı?** |
| **( )** | Sigara / alkol bağımlılığı |  |
| **( )** | Duygusal problem |  |
| **( )** | Genetik hastalık |  |
| **( )** | Kardiyovasküler hastalık |  |
| **( )** | Hematolojik rahatsızlıklar |  |
| **( )** | Çoğul gebelik |  |
| **( )** | Diğer |  |

|  |
| --- |
| **AİLE PLANLAMASI (AP) ÖYKÜSÜ** |
| Önce Kullanılan AP Yöntemi |  |
| Kullanım Süresi |  |
| Kullanım Şekli |  |
| Bırakma Nedeni |  |

|  |
| --- |
| **Gebelikte İlaç Kullanıyor muydunuz?** |
| Hayır ( ) | Evet ( ) | İlaç adı ve açıklayınız |  |
| **Sağlığınızı etkileyen olumsuz alışkanlıklarınız** |
| Sigara ( )  | Alkol ( )  | Diyet ( )  | Diğer |
| **Gebeliğiniz süresince sağlığınızı korumak ve geliştirmek için yaşam biçiminizde herhangi bir değişiklik yaptınız mı?** |
| Hayır ( ) | Evet ( ) | Evet, ise açıklayınız |  |
| **Herhangi bir maddeye (ilaç, besin polen vb.) karşı alerjiniz var mı?** |
| Hayır ( ) | Evet ( ) | Evet, ise açıklayınız |  |
| **Tetonoz aşısını yaptırdığı/yaptıracağı** |
| Gebelik ayı |  | Dozu |  |
| **Egzersiz alışkanlığınız var mı?** |
| Hayır ( ) | Evet ( ) | Evet, ise açıklayınız |  |
| **Gebeliğiniz hakkında neler hissediyorsunuz? (Trimestirlere özgü değerlendirme yaparak trimestiri başarıyla geçip geçmediğini değerlendiriniz)** |
| I. Trimester: |  |
| II. Trimester: |  |
| III. Trimester |  |
| **Gebelik ve doğuma ilişkin geleneksel uygulamalar ve inanışlarınız var mı?**  |
| Hayır ( ) | Evet ( ) | Evet, ise açıklayınız |  |
| **Gebelikte cinsel yaşamınızda değişiklik oldu mu?** |
| Hayır ( ) | Evet ( ) | Evet, ise açıklayınız |  |

|  |
| --- |
| **C-LABORATUVAR BULGULARI** |
| **TARİH** | **KAN** | **İDRAR** | **ULTRASON** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **D-FİZİKSEL MUAYENE** |
| **VİTAL BULGULAR** | **A** |  | **N** |  | **S** |  | **TA** |  |
| **BOY** | **GEBELİK ÖNCESİ** |  | **GEBELİKTE** |  |
| **KİLO** |  |
| **LEOPOLD MANEVRALARI** |
| **I.MANEVRA** | Fundus yüksekliği (cm) |  | Karın çevresi (cm) |  |
| **II. MANEVRA** | FKS | N ( ) | Bradikardi ( ) | Taşikardi ( ) |
| **III. MANEVRA** |  |  |  |  |
| **IV. MANEVRA** |  |  |  |  |
| **DEĞERLEDİRME SONUÇ BULGULARI** |  |

|  |
| --- |
| **E- SİSTEMİK DEĞERLENDİRME** |
| **BAŞ** | **SOLUNUM SİSTEMİ** |
| Saçta kepeklenme | Var ( ) Yok ( ) | Solunum sıkıntısı | Var ( ) Yok ( ) |
| Açıklayınız | Açıklayınız |
| Saçlarda dökülme | Var ( ) Yok ( ) | Akciğer seslerinde patoloji | Var ( ) Yok ( ) |
| Açıklayınız | Açıklayınız |
| Baş ağrısı | Var ( ) Yok ( ) | Öksürük  | Var ( ) Yok ( ) |
| Açıklayınız | Açıklayınız |
| Baş dönmesi | Var ( ) Yok ( ) | Göğüs ağrısı  | Var ( ) Yok ( ) |
| **YÜZ** | **MEMELER** |
| Solukluk | Var ( ) Yok ( ) | Memelerde hassasiyet | Var ( ) Yok ( ) |
| Açıklayınız | Açıklayınız |
| Yüzde ödem | Var ( ) Yok ( ) | Meme uçları | ( ) Normal ( ) Düz ( ) İçe çökük |
| Açıklayınız | Sütyenin uygunluğu |  ( ) Uygun ( ) Uygun değil  |
| **GÖZLER**  | **KARIN (ABDOMEN)** |
| Konjektivada solukluk  | Var ( ) Yok ( ) |
| Göz kapaklarında ödem | Var ( ) Yok ( ) | Linea nigra  | Var ( ) Yok ( ) |
| Görme sorunu  | Var ( ) Yok ( ) | Strialar  | Var ( ) Yok ( ) |
| **KULAK**  | **KAS-İSKELET SİSTEMİ** |
| Kulaklarda çınlama | Var ( ) Yok ( ) | Ekstremitelerde şekil bozukluğu  | Var ( ) Yok ( ) |
| Kulaklarda akıntı | Var ( ) Yok ( ) | Tırnaklarda kırılma | Var ( ) Yok ( ) |
| İşitme kaybı  | Var ( ) Yok ( ) | Bacaklarda ödem | Var ( ) Yok ( ) |
|  | Bacaklarda varis | Var ( ) Yok ( ) |
| **BURUN** | **GASTROİNTESTİNAL SİSTEM** |
| Tıkanıklık/ akıntı | Var ( ) Yok ( ) |  |
| Burun kanaması | Var ( ) Yok ( ) | Pika | Var ( ) Yok ( ) |
| **AĞIZ/DUDAKLAR**  | Aşerme | Var ( ) Yok ( ) |
| Dudak mukozası soluk | Var ( ) Yok ( ) | Mide yanması | Var ( ) Yok ( ) |
| Pityalizm | Var ( ) Yok ( ) | Bulantı /kusma | Var ( ) Yok ( ) |
| **DIŞLER** | Kabızlık/ishal | Var ( ) Yok ( ) |
| Dişlerde çürük | Var ( ) Yok ( ) | Gaz  | Var ( ) Yok ( ) |
| Diş etlerinde çekilme | Var ( ) Yok ( ) | Bağırsak parazitleri | Var ( ) Yok ( ) |
| Diş eti kanaması  | Var ( ) Yok ( ) | Hemoroid/ Rektal kanama  | Var ( ) Yok ( ) |
| Diş hijyen alışkanlığı  | Var ( ) Yok ( ) | Barsak sesleri | ( ) | Sayısı:…………./dk |
| **BOĞAZ** | **GENITOÜRİNER SİSTEM** |
| Hipertroidi  | Var ( ) Yok ( ) | Vajinal akıntı  | Var ( ) Yok ( ) |
| Tonsillerde şişme  | Var ( ) Yok ( ) | İdrar yaparken ağrı ve yanma  | Var ( ) Yok ( ) |
| Boğazda yanma/ ağrı  | Var ( ) Yok ( ) | Sık idrara çıkma | Var ( ) Yok ( ) |
| **DİĞER YAKINMALAR** |  |
| Uykusuzluk | Var ( ) Yok ( ) |
| Duygu Değişim | Var ( ) Yok ( ) |
| Sırt Ağrısı | Var ( ) Yok ( ) |
| Halsizlik | Var ( ) Yok ( ) |
| Diğer | Var ( ) Yok ( ) |

|  |
| --- |
| **F-YORGUNLUK** |
| **YORGUN HİSETME** | **EVET ( )** | **HAYIR ( )** |
| Yorgun değilim ( ) |  Çok yorgunum ( ) |
| **YORGUNLUK DERECESİ** |
| **1** |  | **2** |  | **3** |  | **4** |  | **5** |  | **6** |  | **7** |  | **8** |  | **9** |  | **10** |  |

|  |
| --- |
| **G-AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ AĞRININ LOKALİZASYONU/TÜRÜ** |
| **AĞRININ KARAKTERİSTİĞİ** |
| Yanıcı ( ) | Batıcı ( )  | Sızlayıcı ( ) | Uyuşma ( ) |  |
| **AĞRININ HASSASİYETİ** |
| Keskin ( ) | Yayılan Karıncalanma ( )  | Basınç Hissi ( ) | Elektrik Çarpması ( ) | Bıçak Batması ( ) |
| **AĞRI SKALASI na göre ağrının derecesi** |
| **1** |  | **2** |  | **3** |  | **4** |  | **5** |  | **6** |  | **7** |  | **8** |  | **9** |  | **10** |  |

|  |
| --- |
| **ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ** **EBE BAKIM PLANI FORMU** |
| **Öğrencinin Adı Soyadı:** |  | **Bakım Alan Kişinin Adı Soyadı:** |
| **Tarih:** |  |
| **FSÖ** | **Tanı**  | **Beklenen Sonuçlar (NOC)** | **Planlanan Ebelik Girişimleri** | **Uygulanan Girişimler (NIC) (+/-)** | **Değerlendirme**  |  |
|  **ALAN** |  |  |  |  |  |

Sorumlu Öğretim Üyesi/Klinik Sorumlu Ebesi

İmza