

**SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ
ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME REHBERİ**

**HEM 202 KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ**



ÖĞRENCİ TANITIM FORMU

Doküman No	İÇ KAPAK
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	2 / 54

ÖĞRENCİ BİLGİSİ

Adı ve Soyadı		Fotoğraf
Numarası		
İmzası		
Uygulama Yaptığı Servis/Bölüm		
Uygulama Tarihi		
Sorumlu Öğretim Elemanı		
Alan/Klinik Rehber		

İÇİNDEKİLER

1. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ SORUMLU ÖĞRETİM ELEMAN(LARI)
2. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ İLKELERİ
3. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ UYGULAMA HEDEFLERİ
4. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENME ÇIKTILARI
5. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ YÖNETİM PLANI
6. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ TASARIMI
7. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ FORM VE EK LİSTESİ
8. FORMLAR
 - FORM-1 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
 - FORM-2 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
 - FORM-3 DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU
 - FORM-4 DOĞUM SONU DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU
 - FORM-5 JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU
 - FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
 - FORM-20D SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
9. EKLER
 - EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
 - EK-2A YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU
 - EK-3A YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
 - EK-4A YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
 - EK-5A YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
 - EK-6 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
 - EK-7 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
 - EK-8 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
 - EK-9 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
 - EK-14 KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMA LİSTESİ
 - EK-15 PARTOGRAF
10. KAYNAKLAR

1. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ SORUMLU ÖĞRETİM ELEMAN(LARI)

Prof. Dr. Gülcihan YILDIRIM

Dr. Öğr. Üyesi Esra ARSLAN GÜRCÜOĞLU

2. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ İLKELERİ

- a) Öğrenci, Bölüm Başkanlığının bildirdiği uygulama programına tamamen uymak, istenilen görevleri zamanında ve eksiksiz olarak gerçekleştirmek, uygulama yaptığı kurumlarda çalışan diğer ekip üyeleri ile profesyonel iletişim kurmak ve kurumlardaki bakım prosedürlerine hâkim olmak durumundadır.
- b) Öğrenci uygulama sürecinde bulunduğu kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uyma ve kullandığı araç-gereç-malzemeyi birim yetkilisinin (servis hemşiresi, klinik sorumlusu, eğitmen vb.) bilgisi dâhilinde ve özenle kullanmak zorundadır. Bu durumun yerine getirilmemesinden doğan her türlü sorumluluk öğrenciye ait olup, gerekli hallerde öğrenci hakkında Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümleri uygulanır.
- c) Öğrenci, uygulamaları uluslararası ve ulusal bildirgeler ve mevzuatta öngörülen mesleki, etik ve yasal yükümlülükler doğrultusunda gerçekleştirir.
- d) Öğrenci kendisi ve uygulama alanında bakım verdiği birey ve/veya aile için enfeksiyon riski oluşturmayacak hijyenik kurallara uymak zorundadır.
- e) Dönem içinde her öğrenci bir mesleki uygulama dersi için klinik uygulama rotasyonunda belirtilen özel ve kamu kurumlarında klinik uygulamaya devam etmek durumundadır.
- f) Öğrenci, uygulamalarını, dersin gerektirdiği bilgi ve beceriler doğrultusunda sorumlu öğretim elemanı veya öğretim elemanının olmadığı durumlarda ise ilgili birimin hemşiresi/sorumlusu denetiminde gerçekleştirir ve kaydeder. Öğretim elemanı ya da klinik hemşiresi olmadan, bağımsız olarak ilaç tedavisi yapamaz. Hastanın beden bütünlüğüne yönelik herhangi bir girişimsel işlem (intravenöz kateter yerleştirme vb.) uygulayamaz. Öğrenci, klinik sorumlu hemşiresi nezaret ve denetimi olmaksızın yazılı ya da sözel hekim istemi alamaz.
- g) Öğrenci uygulamalar sırasında hastanın mahremiyeti ya da gizliliğini ihlal eden herhangi bir eylemde bulunamaz, kişiye özel bilgileri ifşa edemez.
- h) Uygulama süresinin sonunda öğrenciler hazırladıkları **klinik uygulama değerlendirme dosyasını** belirlenen **formata uygun** olarak bir adet vesikalık fotoğrafları ile dersin sorumlu öğretim elemanına teslim etmek zorundadır.
- i) Öğrenciler, her bir dönem için belirlenen rotasyon programında, belirtilen takvimi bağlı uygulama yerinde bulunacaklardır. Dersin sorumlu öğretim elemanı/servis sorumlusu/klinik rehber hemşirenin bilgisi olmadan **kesinlikle** görev yerinden ayrılmayacaklardır.
- j) Uygulama alanına geç gelen öğrencilerin imzası alınmayacaktır. **Tam gün devamsız kabul edilecektir.**
- k) Öğrenci uygulaması tamamlanmadan uygulama alanından ayrılamaz. Uygulama bitiş saati öncesinde uygulama alanını terk ettiği tespit edilen öğrenciler, o gün için **uygulama yapmamış** sayılıp devamsız kabul edilecektir.
- l) Uygulama alanlarında cep telefonu sessiz konumda olmalıdır. Acil durumlarda öğretim elemanının bilgisi dâhilinde telefon görüşmesi yapılabilecektir.
- m) Öğrencilerin uygulamaya **%80 oranında devamları** zorunludur. Devamsızlık haklarının aşılması durumunda telafi durumu olmaksızın doğrudan uygulamadan **başarısız** sayılacaktır ve **finale girme durumu olmadığından tekrar durumuna düşecektir.**
- n) Her öğrenci, uygulama yaptığı birimde teorik bilgi, uygulama becerisi, çalışma disiplini, performansı, iletişimi, kayıt tutması vb. yönlerden uygulama sorumlusu/yürütücüsü/alan rehberi tarafından değerlendirilir.
- o) Öğrenci, ders uygulama alanında öğrenci kimlik belgesini görünebilecek şekilde takmak zorundadır.
- p) Öğrenciler ders uygulamalarında üniforma/beyaz önlük giymek zorundadırlar. Öğrencinin giydiği kıyafet üniversite öğrencisine yakışacak temizlikte ve özende olmalıdır. Bunlar;
 - ✓ **Üniforma:** Bölümün ders uygulamasına yönelik üniforma düzeni aşağıda verilmiştir.
 - ✓ **Üniforma üstü:** Beyaz, hâkim yaka şeklinde, önden çıkıtlı, kısa kollu (dirsek hizasını geçmeyecek), üzerinde üç cep olacaktır. Altta iki yanlarda, sol üstte bir göğüs cebi olacaktır. Sol üst cebin üzerine üniversitenin amblemi dikilecektir.
 - ✓ **Üniforma altı:** Lacivert pantolon, bel yarım lastikli, düz paça ve cepsiz olacaktır. Pantolonun arka ve ön kısımlarında ütü izi dikiş ile belli olacaktır.
 - ✓ **Ayakkabı:** Siyah, lacivert, gri ya da beyaz renkte spor, topuksuz ve ortopedik özelliğe sahip olmalıdır. Terlik, bot, karışık renkli ayakkabı giyilmeyecektir.
 - ✓ **Hırka:** Gerekli duyulan hallerde öğrenciler formasının üzerine sade, desensiz, kapüşonsuz, sıfır yaka, penye/örgü lacivert, siyah ya da beyaz renkte hırka giyebileceklerdir.
 - ✓ **Beyaz Önlük:** Öğrenci dersin gereğine göre bazı eğitim alanlarında (psikiyatri kliniği, laboratuvar, okul, işyeri, ev vb.) beyaz önlük giymelidir.
 - ✓ **Baş Örtüsü:** Öğrenciler sade lacivert, sade beyaz ya da sade siyah renkte baş örtüsü ve aynı renkte bone kullanabileceklerdir.
 - ✓ Öğrenciler uygulamaları süresince; top küpe, alyans ve saat dışında herhangi bir takı takamaz.
 - ✓ Saçlar dağınık olmayacak şekilde ense hizasında topuz yapılacak olup, erkek öğrenciler temiz bıyık ve top sakal dışında sakal bırakamayacaklardır.
 - ✓ Tırnaklar kesinlikle kısa ve ojesiz olmalıdır.
- q) Öğrenci uygulama esnasında stres, kaygı ya da korkuya yol açan herhangi bir durumla karşılaştığında ya da fiziksel zarar gördüğünde, bu durumu öncelikle ilgili öğretim elemanına ve uygulama alanı sorumlu hemşiresine bildirerek olayı rapor eder.
- r) Saha/Klinik Uygulama Dersi İlkeleri, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Mesleki Alan Uygulama Yönergesi maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.
- s) Saha/Klinik Uygulama Dersi; 17 Haziran 2021 tarih ve 31524 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Yükseköğretimde Uygulamalı Eğitimler Çerçeve Yönetmeliği’nin Uygulamalı ders, 14. Maddenin 4 nci ve 5 nci bendi kapsamında 3308 sayılı ve 5510 sayılı Kanunun ilgili hükümlerine uygun olarak öğrenciler hakkında iş kazası ve meslek hastalığı ile hastalık sigortası yaptırılarak uygulamalı ders rotasyon planı kapsamında yürütülür.

Okudum, anladım ve kabul ediyorum.

Öğrencinin Adı Soyadı:

İmza:

3. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ UYGULAMA HEDEFLERİ

1. hafta öğrenci uygulama alanına ilk defa geldiğinde oryante olması, ortamı tanıyabilmesi, kendisine verilen birey/aile/çocuk ile ilgili veri toplama, planlama, uygulama ile ilgili bakım sürecini başlatabilmesi hedeflenir.

Aşağıda verilen hedeflere uygulama süreci boyunca ulaşması beklenir.

UYGULAMA DÖNEMİ	HAFTA	HEDEFLER
TARİH	2.-14. HAFTA	Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerdeki risk faktörlerini tanımlama
		Jinekolojik hastalıkların etiyolojisini, belirti-bulgularını ve tedavi yöntemlerini inceleme
		Bakım aktivitelerini hemşirelik süreci adımları doğrultusunda yerine getirme
		Hasta ve ailesine gereksinimleri doğrultusunda eğitim ve danışmanlık yapma
		Komplikasyon ortaya çıktığında ekip ile birlikte sorunu yönetme
		Ekip çalışmasına uyum gösterme
		Hemşirelik uygulamalarında etik ilkelere uygun davranış gösterme

4. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENME ÇIKTILARI

1. Kadın sağlığının toplum sağlığı açısından önemini açıklar.
2. Kadın sağlığını etkileyen sosyal, kültürel, ekonomik, yasal faktörleri tanımlar.
3. Dünyadaki ve Türkiye'deki üreme sağlığı sorunlarının farkına varır.
4. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemle ilgili gereksinimleri belirler.
5. Kadının yaşam evrelerini dikkate alarak optimal sağlık düzeyini devam ettirecek önlemleri alır.

5. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ YÖNETİM PLANI

Uygulamaya Çıkılacak Kurumlar

1. Çankırı Devlet Hastanesi
2. Aile Sağlığı Merkezleri
3. Toplum Sağlığı Merkezleri

6. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ TASARIMI

DERSİN ADI VE KODU: HEM202 KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ				
HAFTALAR	KONULAR	ÖĞRENME ÇIKTILARI	ÖĞRENME ÇIKTILARINI KAZANDIRMA YÖNTEM ve MATERYALLERİ	ÖĞRENME ÇIKTILARINI ÖLÇME YÖNTEMİ
1. Hafta	<p>ÖNCEKİ ÖĞRENMENİN PEKİŞTİRİLMESİ VE ORYANTASYON</p> <p>a) Yaşam bulgularının ölçülmesi b) Ağrının ölçülmesi ve değerlendirilmesi c) Preop ve postop rutin takip ve bakım d) Veri toplama e) İlaç uygulamaları f) Hasta güvenliğine uygun bakım verebilme g) Kadın sağlığının önemi h) Kadın sağlığını etkileyen faktörler</p>	<ul style="list-style-type: none"> Yaşam bulgularını doğru bir şekilde ölçer (Ö3, Ö4, Ö5). Yaşam bulgularının normal anormal değerleri bilerek analiz eder (Ö3, Ö4, Ö5). Yaşam bulgularını klinik prosedüre uygun biçimde (gözlem formuna/klinik uygulama rehberine) kaydeder (Ö3, Ö4, Ö5). İlaçları 8 doğru ilkesine uygun hemşire/ ebe/ öğretim elemanı gözetiminde hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5). Hasta güvenliği ilkeleri kapsamında, alana özgü yüksek riskli ilaç uygulama basamaklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM'ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5). Kadın sağlığının önemini açıklar (Ö1). Kadın sağlığını etkileyen faktörleri tanımlar (Ö1, Ö2). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması² Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>
2. Hafta	<p>a) Veri toplama b) Risk faktörlerini değerlendirme c) Risk faktörlerini sıralayabilme d) Bakım planı hazırlayabilme e) Kadın sağlığının önemi f) Kadın sağlığını etkileyen faktörler</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar. (Ö3, Ö4, Ö5) Risk faktörlerini değerlendirir. (Ö3, Ö4, Ö5) Risk faktörlerini sıralar. (Ö3, Ö4, Ö5) Hemşirelik tanısı belirler. (Ö3, Ö4, Ö5) Bakım planı hazırlar. (Ö3, Ö4, Ö5) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapar. (Ö3, Ö4, Ö5) Kadın sağlığının önemini açıklar. (Ö1) Kadın sağlığını etkileyen faktörleri tanımlar. (Ö1, Ö2) 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması² Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>
3. Hafta	<p>a) Veri toplama b) Risk faktörlerini değerlendirme c) Risk faktörlerini sıralayabilme d) Bakım planı hazırlayabilme e) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralayabilme f) Kadın sağlığının önemi g) Etkili iletişim becerilerini uygulayabilme Eğitim gereksinimini belirleyebilme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5). Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5). Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). Hemşirelik tanısı belirler (Ö3, Ö4, Ö5). Bakım planı hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5). Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygular (Ö3, Ö4, Ö5). Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). Eğitim gereksinimini belirler (Ö3, Ö4, Ö5). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması² Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>

4. Hafta	<p>a) Veri toplama b) Risk faktörlerini değerlendirme c) Risk faktörlerini sıralayabilme d) Bakım planı hazırlayabilme e) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralayabilme f) Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralayabilme g) Riskli gebenin risk durumunu tanımlayabilme h) Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralayabilme i) Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapabileme j) Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme k) Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme l) Etkili iletişim becerilerini uygulayabilme m) Eğitim gereksinimini belirleyebilme n) Eğitim planlama o) Planladığı eğitimi uygulayabilme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Hemşirelik tanısı belirler. (Ö3, Ö4, Ö5). • Bakım planı hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Riskli gebenin risk durumunu tanımlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralar (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapar (Ö4). • Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö2, Ö3, Ö5). • Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö3, Ö5). • Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Eğitim gereksinimini belirler (Ö3, Ö4, Ö5). • Planladığı eğitimi uygular (Ö3, Ö4, Ö5). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması² Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>
----------	---	---	---	---

5. Hafta	<p>a) Veri toplama b) Risk faktörlerini değerlendirme c) Risk faktörlerini sıralayabilme d) Bakım planı hazırlayabilme e) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralayabilme f) Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralayabilme g) Riskli gebenin risk durumunu tanımlayabilme h) Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralayabilme i) Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapabileme j) Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme k) Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme l) Etkili iletişim becerilerini uygulayabilme m) Eğitim gereksinimini belirleyebilme n) Eğitim planlama o) Planladığı eğitimi uygulayabilme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Hemşirelik tanısı belirler (Ö3, Ö4, Ö5). • Bakım planı hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Riskli gebenin risk durumunu tanımlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralar (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapar (Ö4). • Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö2, Ö3, Ö5). • Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö3, Ö5). • Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Eğitim gereksinimini belirler (Ö3, Ö4, Ö5). • Planladığı eğitimi uygular (Ö3, Ö4, Ö5). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması² Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>
----------	---	--	---	---

6. Hafta	<p>a) Veri toplama b) Risk faktörlerini değerlendirme c) Risk faktörlerini sıralayabilme d) Bakım planı hazırlayabilme e) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralayabilme f) Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralayabilme g) Riskli gebenin risk durumunu tanımlayabilme h) Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralayabilme i) Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapabileme j) Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme k) Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme l) Etkili iletişim becerilerini uygulayabilme m) Eğitim gereksinimini belirleyebilme n) Eğitim planlama o) Planladığı eğitimi uygulayabilme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Hemşirelik tanısı belirlir (Ö3, Ö4, Ö5). • Bakım planı hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Riskli gebenin risk durumunu tanımlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralar (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapar (Ö4). • Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö2, Ö3, Ö5). • Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö3, Ö5). • Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Eğitim gereksinimini belirler (Ö3, Ö4, Ö5). • Planladığı eğitimi uygular (Ö3, Ö4, Ö5). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması² Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>
----------	---	--	---	---

- a) Veri toplama
- b) Risk faktörlerini değerlendirme
- c) Risk faktörlerini sıralayabilme
- d) Bakım planı hazırlayabilme
- e) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralayabilme
- f) Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralayabilme
- g) Riskli gebenin risk durumunu tanımlayabilme
- h) Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralayabilme
- i) Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapabileme
- j) Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme
- k) Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme
- l) Etkili iletişim becerilerini uygulayabilme
- m) Eğitim gereksinimini belirleyebilme
- n) Eğitim planlama
- o) Planladığı eğitimi uygulayabilme

- Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5).
- Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5).
- Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5).
- Hemşirelik tanısı belirlir (Ö3, Ö4, Ö5).
- Bakım planı hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5).
- Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapar (Ö3, Ö4, Ö5).
- Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5).
- Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5).
- Riskli gebenin risk durumunu tanımlar (Ö3, Ö4, Ö5).
- Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralar (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5).
- Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapar (Ö4).
- Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö2, Ö3, Ö5).
- Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö3, Ö5).
- Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5).
- Eğitim gereksinimini belirler (Ö3, Ö4, Ö5).
- Planladığı eğitimi uygular (Ö3, Ö4, Ö5).

Anlatım¹
Soru-cevap
Gösterip Yapma
(Video Gösterimi)
Vaka Çalışması²
Laboratuvar çalışması-istasyon
yöntemi
Veri toplama formları
Beceri rehberi/rehberleri³

Yazılı Ara Sınavlar
Yazılı Final Sınav
Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴

8. Hafta	<p>a) Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplayabilme</p> <p>b) Risk faktörlerini değerlendirme</p> <p>c) Risk faktörlerini sıralayabilme</p> <p>d) Hemşirelik tanısı koyabilme</p> <p>e) Bakım planı hazırlayabilme</p> <p>f) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapma</p> <p>g) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralayabilme</p> <p>h) Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralayabilme</p> <p>i) Riskli gebenin risk durumunu tanımlayabilme</p> <p>j) Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralayabilme</p> <p>k) Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapabilme</p> <p>l) Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme</p> <p>m) Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme</p> <p>n) Etkili iletişim becerilerini uygulayabilme</p> <p>o) Eğitim gereksinimini belirleyebilme</p> <p>p) Planladığı eğitimi uygulayabilme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Hemşirelik tanısı belirler (Ö3, Ö4, Ö5). • Bakım planı hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Riskli gebenin risk durumunu tanımlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralar (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapar (Ö4). • Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö2, Ö3, Ö5). • Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö3, Ö5). • Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Eğitim gereksinimini belirler (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Planladığı eğitimi uygular (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • En az 8 farklı, alana özgü uygulama yapar (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). 	<p>Anlatım¹</p> <p>Soru-cevap</p> <p>Gösterip Yapma</p> <p>(Video Gösterimi)</p> <p>Vaka Çalışması²</p> <p>Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi</p> <p>Veri toplama formları</p> <p>Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar</p> <p>Yazılı Final Sınav</p> <p>Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>
----------	--	---	---	---

9. Hafta	<p>a) Hemşirelik tanısı koyabilme b) Bakım planı hazırlayabilme c) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapma d) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralayabilme e) Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralayabilme f) Riskli gebenin risk durumunu tanımlayabilme g) Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralayabilme h) Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapabilme i) Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme j) Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme k) Etkili iletişim becerilerini uygulayabilme l) Eğitim gereksinimini belirleyebilme m) Planladığı eğitimi uygulayabilme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Hemşirelik tanısı belirler (Ö3, Ö4, Ö5). • Bakım planı hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Riskli gebenin risk durumunu tanımlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralar (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapar (Ö4). • Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö2, Ö3, Ö5). • Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö3, Ö5). • Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Eğitim gereksinimini belirler (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Planladığı eğitimi uygular (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • En az 9 farklı, alana özgü uygulama yapar. (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması² Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>
----------	---	--	---	---

10. Hafta	<p>a) Hemşirelik tanısı koyabilme b) Bakım planı hazırlayabilme c) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapma d) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralayabilme e) Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralayabilme f) Riskli gebenin risk durumunu tanımlayabilme g) Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralayabilme h) Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapabilme i) Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme j) Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme k) Etkili iletişim becerilerini uygulayabilme l) Eğitim gereksinimini belirleyebilme m) Planladığı eğitimi uygulayabilme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Hemşirelik tanısı belirler (Ö3, Ö4, Ö5) • Bakım planı hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5) • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Riskli gebenin risk durumunu tanımlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralar (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapar (Ö4). • Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö2, Ö3, Ö5). • Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö3, Ö5). • Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Eğitim gereksinimini belirler (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Planladığı eğitimi uygular (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • En az 10 farklı, alana özgü uygulama yapar (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması² Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>
-----------	---	--	---	---

11. Hafta	<p>a) Hemşirelik tanısı koyabilme b) Bakım planı hazırlayabilme c) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapma d) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralayabilme e) Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralayabilme f) Riskli gebenin risk durumunu tanımlayabilme g) Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralayabilme h) Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapabilme i) Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme j) Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme k) Etkili iletişim becerilerini uygulayabilme l) Eğitim gereksinimini belirleyebilme Planladığı eğitimi uygulayabilme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Hemşirelik tanısı belirler (Ö3, Ö4, Ö5). • Bakım planı hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Riskli gebenin risk durumunu tanımlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralar (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapar (Ö4). • Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö2, Ö3, Ö5). • Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö3, Ö5). • Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Eğitim gereksinimini belirler (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Planladığı eğitimi uygular (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • En az 11 farklı, alana özgü uygulama yapar (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması² Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>
-----------	--	--	---	---

12. Hafta	<p>a) Hemşirelik tanısı koyabilme b) Bakım planı hazırlayabilme c) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapma d) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralayabilme e) Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralayabilme f) Riskli gebenin risk durumunu tanımlayabilme g) Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralayabilme h) Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapabilme i) Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme j) Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme k) Etkili iletişim becerilerini uygulayabilme l) Eğitim gereksinimini belirleyebilme m) Planladığı eğitimi uygulayabilme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Hemşirelik tanısı belirler (Ö3, Ö4, Ö5). • Bakım planı hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Riskli gebenin risk durumunu tanımlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralar (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapar (Ö4). • Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö2, Ö3, Ö5). • Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö3, Ö5). • Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Eğitim gereksinimini belirler (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Planladığı eğitimi uygular (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • En az 12 farklı, alana özgü uygulama yapar (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması² Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>
-----------	---	--	---	---

13. Hafta	<p>a) Hemşirelik tanısı koyabilme b) Bakım planı hazırlayabilme c) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapma d) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralayabilme e) Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralayabilme f) Riskli gebenin risk durumunu tanımlayabilme g) Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralayabilme h) Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapabilme i) Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme j) Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme k) Etkili iletişim becerilerini uygulayabilme l) Eğitim gereksinimini belirleyebilme m) Planladığı eğitimi uygulayabilme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Hemşirelik tanısı belirler (Ö3, Ö4, Ö5). • Bakım planı hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Riskli gebenin risk durumunu tanımlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralar (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapar (Ö4). • Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö2, Ö3, Ö5). • Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö3, Ö5). • Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Eğitim gereksinimini belirler (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Planladığı eğitimi uygular (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • En az 13 farklı, alana özgü uygulama yapar. (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması² Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>
-----------	---	---	---	---

14. Hafta	<p>a) Hemşirelik tanısı koyabilme</p> <p>b) Bakım planı hazırlayabilme</p> <p>c) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapma</p> <p>d) Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralayabilme</p> <p>e) Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralayabilme</p> <p>f) Riskli gebenin risk durumunu tanımlayabilme</p> <p>g) Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralayabilme</p> <p>h) Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapabilme</p> <p>i) Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme</p> <p>j) Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyleyebilme</p> <p>k) Etkili iletişim becerilerini uygulayabilme</p> <p>l) Eğitim gereksinimini belirleyebilme</p> <p>m) Planladığı eğitimi uygulayabilme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniğe/ uygulama alanına bulunduğu ASM/ TSM ne uygun veri toplama formu ile veri toplar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Hemşirelik tanısı belirler (Ö3,Ö4,Ö5) • Bakım planı hazırlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkoloji (klinik) klinik rehberdeki en az bir uygulamayı yapar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebe (klinik, ASM-TSM), doğum, doğum sonu, jinekoloji, jinekolojik onkolojide bakımın, kadın üreme sistemi anatomisi-fizyolojisine ilişkin farklarını sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Gebenin gebelik haftasına göre bakım gereksinimlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). • Riskli gebenin risk durumunu tanımlar (Ö3, Ö4, Ö5). • Risk durumuna göre hemşirelik bakımındaki farkları sıralar (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Doğumhane uygulamasında tanımlanan uygulamaları yapar (Ö4). • Jinekolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö2, Ö3, Ö5). • Jinekolojik onkolojik hastalık tanısıyla izlenen kadının tanısına ilişkin bilgiyi söyler (Ö3, Ö5). • Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Eğitim gereksinimini belirler (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • Planladığı eğitimi uygular (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). • En az 14 farklı, alana özgü uygulama yapar (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). 	<p>Anlatım¹</p> <p>Soru-cevap</p> <p>Gösterip Yapma (Video Gösterimi)</p> <p>Vaka Çalışması²</p> <p>Laboratuvar çalışması-istasyon yöntemi</p> <p>Veri toplama formları</p> <p>Beceri rehberi/rehberleri³</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar</p> <p>Yazılı Final Sınav</p> <p>Klinik Uygulama Değerlendirmesi⁴</p>
15. HAFTA FİNAL SINAVI				

¹: **ANLATIM:** Konu anlatımları PPT sunumu şeklinde yapılacaktır. PPT sunumları konu anlatımından bir hafta önce ALMS sistemine yüklenecek öğrencinin derse hazır olması istenecektir.

²: **VAKA ÇALIŞMASI:** Konuya uygun vaka örneğinin tartışılmasıdır.

³: **BECERİ REHBERLERİ:** Beceri rehberlerinde, ders izlencesinde yer alan konuya ya da konulara ait uygulamaların işlem basamakları yer almaktadır. Konu ile ilgili rehberler, dönem başında öğrencilere ders izlencesi kaynak listesinde belirtilmiş olan rehberler olduğu belirtilerek, ders izlencesi öğrencilere dönem başında açıklanacaktır. Beceri rehberleri öncelikle dersin teorik kısmının tamamlayıcısı olarak laboratuvar programı başlığında izletilecek, yüz yüze laboratuvar uygulamasında öğrencilerden uygulamayı yapabilmeleri beklenmektedir. Ders izlencesi programında yer alan laboratuvar uygulamalarında, istasyon yöntemi ile uygulamalar maketler üzerinde ve rol play tekniğiyle gösterilmesi istenecektir.

⁴: **KLİNİK UYGULAMA DEĞERLENDİRMESİ:** Öğrenciden bakım planı rehberinde yer alan veri toplama ve bakım planı hazırlama taslağına uygun hazırlanması beklenen bakım planı istenecektir. Öğrencinin bakım planlarından aldığı değerlendirme notları dönem sonunda aritmetik ortalama ile hesaplanacaktır. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Saha/Klinik Uygulama Dersi Öğrenci Değerlendirme Formu'nda puanlama yapılarak kaydedilecektir. Bu form tamamlanarak öğrencinin uygulama başarı notu belirlenecektir.

7. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ FORM VE EK LİSTESİ

Bu klinik uygulama dersi kapsamında aşağıdaki işaretli form ve ekler kullanılacaktır.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

FORMLAR

- FORM-1 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- FORM-3 DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-4 DOĞUM SONU DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-5 JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU
- FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-20D SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

EKLER

- EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- EK-2A YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU
- EK-3A YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
- EK-4A YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
- EK-5A YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
- EK-6 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
- EK-7 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
- EK-8 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
- EK-9 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
- EK-14 KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMA LİSTESİ
- EK-15 PARTOGRAF

ÇANKIRI DEVLET HASTANESİ

FORMLAR

- FORM-1 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- FORM-2 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-3 DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-4 DOĞUM SONU DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-5 JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU
- FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-20D SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

EKLER

- EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- EK-2A YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU
- EK-3A YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
- EK-4A YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
- EK-5A YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
- EK-6 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
- EK-7 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
- EK-8 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
- EK-9 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
- EK-14 KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMA LİSTESİ
- EK-15 PARTOGRAF



SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU

Doküman No	HB-FR-1
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	20 / 54

SAHA / SERVİS / KURUMUN TANITIMI

Saha/Servis/Kurumun Adı		
Servis tanıtımı	Servis oda sayısı	
	Servis yatak sayısı	
	Hemşire sayısı	
	Hemşirelerin eğitim ve deneyimi	
	Hemşirelerin varsa sertifika durumu	
Kurum tanıtımı	Oda sayısı	
	Çalışanların eğitim ve deneyimi	
	Çalışanların varsa sertifika durumu	
Kurum afet planını inceleyiniz. Yapılan çalışmalar ve tatbikatlar nelerdir? Yazınız		



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	21 / 54

TANITICI BİLGİLER

ANAMNEZ VE SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Adı soyadı (İlk harfleri)		Kan grubu	
Doğum tarihi-yaşı		Yattığı klinik/bölüm	
Cinsiyeti	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Yatış tarihi	
Medeni durumu	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar	Merkeze geliş tarihi	
Çocuk sayısı/yaşları		Taburcu olduğu tarih	
Eğitim durumu		Tıbbi tanısı	
Mesleği		Boy/Kilo	
Sosyal güvencesi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Beden Kitle İndeksi	
Bilginin kaynağı	<input type="checkbox"/> Kendisi <input type="checkbox"/> Sağlık personeli <input type="checkbox"/> Hemşire gözlem raporu	<input type="checkbox"/> Yakını <input type="checkbox"/> Hasta dosyası <input type="checkbox"/> Öğretmeni	<input type="checkbox"/> Diğer:
Geldiği yer	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Poliklinik	<input type="checkbox"/> Yoğun bakım <input type="checkbox"/> Diğer klinik	<input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Başka sağlık kuruluşu
Geliş şekli	<input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye	<input type="checkbox"/> Yürüyerek	<input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Diğer:
Hastanın birlikte yaşadığı aile üyeleri	Yakınlık		
	Cinsiyet		
	Yaş		
	Meslek/görev		
Aile yapısı	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor <input type="checkbox"/> Çekirdek aile <input type="checkbox"/> Geniş aile <input type="checkbox"/> Diğer:		
Yaşamında önemli olan kişiler			

Not: Yapılan laboratuvar ve varsa tetkik sonuçlarını kayıt için EK-7 Laboratuvar Bulguları ve Tetkik Sonuçları Formu'nu kullanınız.

YAŞAM BULGULARI VE KAN GLİKOZU TAKİBİ

Tarih	Saat	Ateş (...°C)	Nabız (...../dk)	Kan Basıncı (.../... mmHg)	Solunum Sayısı (...../dk)	Oksijen Satürasyonu (%)	Kan Glukozu (mg/dL)

HASTANEYE GELMEDEN ÖNCE SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR

Reçete Edilen İlacın Adı	Dozu/Sıklığı	Saati	Uygulama Yöntemi	Hastadaki Endikasyonları	Kontrendikasyonları	Güvenli doz aralığı (Bebek ve çocuklar için)

Doktorun reçete ettiği ilaçları düzenli kullanıyor mu? Evet Hayır Açıklama:



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	22 / 54

Tedavisi ve kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Son altı ayda reçetesiz ilaç/bitkisel tedavi/alternatif yöntem kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:

BU YATIŞINDA PLANLANAN TEDAVİ

İstem Edilen İlacın Adı	Dozu/Sıklığı	Saati	Uygulama Yöntemi	Hastadaki Endikasyonları	Kontrendikasyonları	Güvenli doz aralığı (Bebek ve çocuklar için)

Tedavisi ve kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Açıklama:
--	--------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

HASTALIK VE SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Kişinin hastaneye başvurmasına neden olan yakınması/şikayeti				
Hastaneye yatış süreci/tıbbi hikayesi				
Problemin başlangıç zamanı				
Problemin başlama şekli				
Şu an uygulanan girişim				
Hastaneye yatışın kaçınıcı günü				
Kronik hastalık/lar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Aşağıda belirtiniz)		
	<input type="checkbox"/> Tip 1 Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Koroner Arter Hastalığı	<input type="checkbox"/> Sinir Sistemi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Açıklama:
	<input type="checkbox"/> Tip 2 Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Kronik Kalp Yetersizliği	<input type="checkbox"/> Psikiyatrik Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Açıklama:
	<input type="checkbox"/> Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Diğer:	
	<input type="checkbox"/> İnme/Paralizi	<input type="checkbox"/> Siroz		
	<input type="checkbox"/> Anemi	<input type="checkbox"/> Artrit		
	<input type="checkbox"/> Kanser	<input type="checkbox"/> Akut Böbrek Yetmezliği		
	<input type="checkbox"/> Hipotiroidi	<input type="checkbox"/> Kronik Böbrek Yetmezliği		
<input type="checkbox"/> Hipertiroidi	<input type="checkbox"/> Ülser			

Geçirdiği hastalıklar	
-----------------------	--



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

HB-FR-2

Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa

23 / 54

Sigara	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre:	<input type="checkbox"/> Brakmış	Brakma tarihi:	
Alkol	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre:	<input type="checkbox"/> Brakmış	Brakma tarihi:	
Madde kullanımı	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre:	<input type="checkbox"/> Brakmış	Brakma tarihi:	
Daha önce hastaneye yatış	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sayısı:	<input type="checkbox"/> Nedeni:		
Alerji	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Etken:	<input type="checkbox"/> Reaksiyon:		
Daha önce kan transfüzyonu yapılma durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Transfüzyon sonrası reaksiyon gelişme durumu:			
Bulaşıcı hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> HBs	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Diğer:
Enfeksiyon riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
İzolasyon gerektiren hastane enfeksiyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
Varsa izolasyon türü	<input type="checkbox"/> Temas izolasyonu	<input type="checkbox"/> Solunum izolasyonu	<input type="checkbox"/> Damlacık izolasyonu	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Ailede hastalık öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
Kullandığı araçlar/protezler	<input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/> Var (Aşağıda belirtiniz)			
	<input type="checkbox"/> Gözlük		<input type="checkbox"/> Yürüteç	<input type="checkbox"/> İşitme cihazı		
	<input type="checkbox"/> Diş protez		<input type="checkbox"/> Baston	<input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye		
	<input type="checkbox"/> Lens		<input type="checkbox"/> Koltuk değneği	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Travma, kaza, düşme öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
Travma/düşme riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
Düşme riski puanı Not: Erişkinler için EK-3A Yetişkinler İçin İtaki Düşme Riski Ölçeği'ni, çocuklar için EK-3B Çocuklar İçin Harizmi Düşme Riski Ölçeği'ni kullanınız.						

AMELİYAT BİLGİLERİ

Uygulanan ameliyat	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Uygulanan ameliyatın adı:
Verilen anestezi türü			
Ameliyatta verilen pozisyonla ilgili yaralanma riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Planlanan ameliyat			
Postoperatif (post-op) gün			
Daha önceden geçirdiği ameliyatlara			

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: SOLUNUM SİSTEMİ

Solunum niteliği	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ortopne	<input type="checkbox"/> Derin	<input type="checkbox"/> Yüzeysel	<input type="checkbox"/> Hızlı	<input type="checkbox"/> Düzensiz	<input type="checkbox"/> Diğer:
Solunum sırasında	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı	<input type="checkbox"/> Trakeostomi	<input type="checkbox"/> Endotrakeal tüp		
Entübasyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var					
Öksürük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Spirometre kullanılıyorsa hastanın Voldayn değerleri							
Akciğer sesleri	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Raller	<input type="checkbox"/> Ronküs	<input type="checkbox"/> Wheezing	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Sekresyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Hemoptizi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Dispne	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Siyanoz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Aspirasyon	<input type="checkbox"/> Oro-nazofarengeal		<input type="checkbox"/> Trakeal				
Hipoksi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Arteriyel kan gazı	<input type="checkbox"/> PO ₂ :		<input type="checkbox"/> PCO ₂ :		<input type="checkbox"/> Bakılmadı		



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	24 / 54

Venöz kan gazı	<input type="checkbox"/> PO ₂ :	<input type="checkbox"/> PCO ₂ :	<input type="checkbox"/> Bakılmadı	
Oksijen tedavisi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	<input type="checkbox"/> Nazal kanül <input type="checkbox"/> Oksijen maskesi	litre/dk litre/dk
Akciğer ödemi oluşma olasılığı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Neden:		
Solunum sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.				

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DOLAŞIM SİSTEMİ

Apeks nabız	/dk	<input type="checkbox"/> Dolgun	<input type="checkbox"/> Zayıf	<input type="checkbox"/> Düzenli
Radial nabız	/dk	<input type="checkbox"/> Dolgun	<input type="checkbox"/> Zayıf	<input type="checkbox"/> Düzenli
Dorsalis pedis nabız	/dk	<input type="checkbox"/> Dolgun	<input type="checkbox"/> Zayıf	<input type="checkbox"/> Düzenli
Üst ekstremiteler kan basıncı	mmHg	<input type="checkbox"/> Sağ Kol	<input type="checkbox"/> Sol Kol	<input type="checkbox"/> Otururken <input type="checkbox"/> Yatarken
Alt ekstremiteler kan basıncı	mmHg	<input type="checkbox"/> Sağ Bilek	<input type="checkbox"/> Sol Bilek	<input type="checkbox"/> Otururken <input type="checkbox"/> Yatarken
Ölçüm yaptığınız manşon uygun mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Neden:		
Dolaşım sisteminde normalin dışındaki durumların varlığı	<input type="checkbox"/> Taşikardi <input type="checkbox"/> Bradikardi	<input type="checkbox"/> Yüksek kan basıncı <input type="checkbox"/> Hipotansiyon	<input type="checkbox"/> Aritmi <input type="checkbox"/> Çarpıntı	<input type="checkbox"/> Juguler dolgunluk <input type="checkbox"/> Ortostatik hipotansiyon
Kalp sesleri	<input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> Üfürüm
Ödem	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Nörovasküler takip-NVT (Gerekli ise)				
Dolaşım sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.				

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: HEMATOLOJİK SİSTEM

Dış görünüş	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> İkterik
Yorgunluk/halsizlik	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Anemi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Kaşık tırnak	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Pika	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Kaıtsal hastalık	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Pansitopeni	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Nötropeni	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Kanama riski değerlendirilmesi yapınız	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Hematolojik sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.	

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: GASTROİNTESTİNEL SİSTEM

Beslenme şekli	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral (nazogastrik, gastrostomi, jejunostomi) <input type="checkbox"/> Parenteral
Beslenme sırasında	<input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yarı bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımlı
Nazogastrik dekompresyon	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Ağızda sorun	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama: <input type="checkbox"/> Ağızda yara <input type="checkbox"/> Ağız kuruluğu <input type="checkbox"/> Diş çürüğü <input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü <input type="checkbox"/> Salyada artış <input type="checkbox"/> Ağız kokusu
Ağız mukozasının durumu	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Plaklı <input type="checkbox"/> Hiperemik <input type="checkbox"/> Kanamalı <input type="checkbox"/> Stomatit
Dişler	<input type="checkbox"/> Alt eksik <input type="checkbox"/> Alt tam <input type="checkbox"/> Üst eksik <input type="checkbox"/> Üst tam
Dil ve diş etleri	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Açıklama:
İştah	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

HB-FR-2

Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa

25 / 54

Malnütrisyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Yutma gücü (disfaji)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	<input type="checkbox"/> Katı besin	<input type="checkbox"/> Sıvı besin				
Yeme gücü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	<input type="checkbox"/> Katı besin	<input type="checkbox"/> Sıvı besin				
Tat duyusunda azalma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Bulantı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Kusma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Hematemez	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Bağırsak boşaltımını karşılamada	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı						
Hastaneye yatmadan önce bağırsak boşaltım sıklığı	<input type="checkbox"/> Bir günde kaç kere/Kaç günde bir olduğunu açıklayınız:								
Hastanede bağırsak boşaltım şekli-sıklığı-özelliği	<input type="checkbox"/> Bir günde kaç kere/Kaç günde bir olduğunu açıklayınız:								
Son defekasyon tarihi									
Bağırsak sesleri	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Her bir kadranı bir dakika dinleyip dakikadaki bağırsak sesi sayısını belirtiniz						
			<table><tr><td>Sağ Üst Kadran</td><td>Sol Üst Kadran</td></tr><tr><td>Sağ Alt Kadran</td><td>Sol Alt Kadran</td></tr></table>			Sağ Üst Kadran	Sol Üst Kadran	Sağ Alt Kadran	Sol Alt Kadran
Sağ Üst Kadran	Sol Üst Kadran								
Sağ Alt Kadran	Sol Alt Kadran								
Diyare	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Konstipasyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Laksatif kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Gaita inkontinansı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Dışkı tıkaçı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Melena	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Hemoroid	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Kanama	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Kolostomi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
İleostomi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Stomamın rengi									
Mide hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Karaciğer hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Bağırsak hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Son altı ayda kilo değişimi	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Açıklama:	gram artma/azalma					
Diyet	<input type="checkbox"/> Normal diyet	<input type="checkbox"/> Özel diyet	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Diyeti uygulama durumu	<input type="checkbox"/> Uyguluyor	<input type="checkbox"/> Uygulamıyor							
Beslenmesine ilişkin özel eğitime ihtiyaç var mı? (Emzirme, DM, HT vb.)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Diyet eğitimi	<input type="checkbox"/> Almış	<input type="checkbox"/> Almamış							
Günlük sıvı tüketim miktarı		litre							
Bireye özgü spesifik bir durum mevcut mudur?	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:						
Tercih ettiği besinler/besin grupları									
Gastrointestinal sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.									



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	26 / 54

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: ÜRİNER SİSTEM

Üriner boşaltımı karşılama	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı Bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı				
Günlük idrara çıkma sıklığı							
Mesane alışkanlıkları	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Dizüri	<input type="checkbox"/> Poliüri	<input type="checkbox"/> Hematüri	<input type="checkbox"/> Noktüri	<input type="checkbox"/> Retansiyon	<input type="checkbox"/> Anüri
İdrarın rengi	<input type="checkbox"/> Açık sarı	<input type="checkbox"/> Koyu sarı	<input type="checkbox"/> Açık kırmızı	<input type="checkbox"/> Koyu kırmızı			
İdrarın berraklığı	<input type="checkbox"/> Berrak	<input type="checkbox"/> Bulanık					
İdrar inkontinansı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
İdrarı tutmada güçlük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Tuvalete ulaşmada güçlük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Tuvalet eğitimi (bebek ve çocuklar için)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Diyaliz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Diyaliz çeşiti	<input type="checkbox"/> Hemodiyaliz		<input type="checkbox"/> Diyaliz günlerini açıklayınız:				
	<input type="checkbox"/> Periton diyalizi		<input type="checkbox"/> Değişim sıklığını açıklayınız:				
Diyaliz vasküler erişim yolu	<input type="checkbox"/> Fistül	<input type="checkbox"/> Ven	<input type="checkbox"/> Diğer:				
Mesane kateterizasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Üreterostomi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Nefrostomi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Sistostomi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Böbrek hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Mesane hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Üreter/üretra hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Prostat hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Nefrolitiazis	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
İdrar boşaltım yardımcıları kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Aldığı çıkardığı takibi Not: Aldığı ve çıkardığı takibi verilerini kayıt için EK-6 Sıvı İzlem ve Sıvı Dengesi İzlem Formu'nu kullanınız.							
Üriner sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.							

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: KAS İSKELET SİSTEMİ

Hastanın genel durumu	<input type="checkbox"/> Mobil	<input type="checkbox"/> Yatak içi mobil	<input type="checkbox"/> Yardımla mobil	<input type="checkbox"/> İmmobil
Yaşam tarzı	<input type="checkbox"/> Aktif	<input type="checkbox"/> Sedarter		
Range of motion	<input type="checkbox"/> Tam	<input type="checkbox"/> Tam değil	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Yürüyüş ve denge	<input type="checkbox"/> Dengeli	<input type="checkbox"/> İmmobil	<input type="checkbox"/> Ayakta duramama	<input type="checkbox"/> Diğer:
	<input type="checkbox"/> Dengesiz	<input type="checkbox"/> Eşit değil	<input type="checkbox"/> Sendeleme	
Harekette zorlanma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Ekstremitte kaybı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Kas atrofi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Kas gücü muayenesi (hastanın gücü/hemşirenin gücü)	<input type="checkbox"/> Sağ üst ekstremite:		<input type="checkbox"/> Sol üst ekstremite:	
	<input type="checkbox"/> Sağ alt ekstremite:		<input type="checkbox"/> Sol alt ekstremite:	
Kontraktür	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Osteoporoz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Kemik dansitometri ölçümü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Romatizmal hastalık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Egzersiz yapma durumu	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	
Herhangi bir şiddet öyküsü	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	27 / 54

Kas ve iskelet sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: SINIR SİSTEMİ

Zaman oryantasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Yer oryantasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Kişi oryantasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Bilinç düzeyi/mental durum	<input type="checkbox"/> Oryante <input type="checkbox"/> Disoryante <input type="checkbox"/> Konfüze	<input type="checkbox"/> Uyku hali/Letarji <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Duygusal küntlük	<input type="checkbox"/> Ajite <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Tepkisiz	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Konuşma	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Peltek	<input type="checkbox"/> Kekemelik <input type="checkbox"/> Bozuk	<input type="checkbox"/> Motor afazi <input type="checkbox"/> Konuşamıyor	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Yüzde asimetri	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Taraf:		
El sıkma becerisi	Sağ	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz		
	Sol	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz		
El kavrayış	Sağ	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
	Sol	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
Bacak kasları	Sağ	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
	Sol	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
Ayak itme becerisi	Sağ	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz		
	Sol	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz		
Yürüme becerisi	<input type="checkbox"/> Dengeli		<input type="checkbox"/> Dengesiz		
Hemipleji	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Taraf:		
Hemiparezi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Taraf:		
Parapleji	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Taraf:		
Parestezi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Taraf:		
Diplopi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Taraf:		
Epileptik nöbet riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Kafa İçi Basınç Artış Sendromu (KİBAS) riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Vertigo	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Halüsinasyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Konsantre olma/dikkatini toplama sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Öğrenme zorluğu/mental sınırlılık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Glaskow Koma Skalası Puanı Not: Yetişkinler için EK-5A Yetişkinler İçin Glaskow Koma Skalası'nı, çocuklar için EK-5B Çocuklar İçin Glaskow Koma Skalası'nı kullanınız.					
Sinir sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.					

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DUYU

Görme sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sağ yetersiz	<input type="checkbox"/> Sağ gözde körlük	<input type="checkbox"/> Sağ gözde katarakt
Gözde sorun	<input type="checkbox"/> Şişlik	<input type="checkbox"/> Akıntı	<input type="checkbox"/> Sol yetersiz	<input type="checkbox"/> Sol gözde körlük	<input type="checkbox"/> Sol gözde katarakt
Pupıl değerlendirme	<input type="checkbox"/> İzokorik		<input type="checkbox"/> Anizokorik	<input type="checkbox"/> Miyotik	<input type="checkbox"/> Midriyatik
Işık refleksi	Sağ göz		Sol göz		
Kornea refleksi	Sağ göz		Sol göz		
Konjunktivit	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Glokom	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Retina dekolmanı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	28 / 54

Diyabetik retinopati	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Koku alma sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Dokunma/hissetme sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Tat alma sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
İşitme sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sağ yetersiz	<input type="checkbox"/> Sağ kulakta sağırılık
			<input type="checkbox"/> Sol yetersiz	<input type="checkbox"/> Sol kulakta sağırılık
Kulak enfeksiyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Buşon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Şekil bozukluğu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Duyu sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.				

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: METABOLİK VE ENDOKRİN SİSTEM

Hipofiz bezi hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Tiroid bezi hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Adrenal bez hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Pankreas bez hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Safra kesesi hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Hepatit durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Lipid profili bozukluğu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Obezite	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Steroid tedavisi alma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Metabolik ve endokrin sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.			

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: ÜREME SİSTEMİ

Menstrüal durumu			
Son adet tarihi			
Menstrüal problemler	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Gebelik sayısı			
Canlı doğum sayısı			
Düşük sayısı			
Doğum şekli			
Menopoz durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama (yıl):
Antropoz öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Aylık Kendi Kendine Meme/Testis Muayenesi (Ergen ve erişkinler için)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Eretil disfonksiyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Cinsel aktivite	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Cinsel yaşam sorunları	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Üreme sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.			

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: İMMÜN SİSTEM

Sık tekrarlayan enfeksiyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
İmmün sistemi baskılayacak durum	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
HIV	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	29 / 54

AİDS	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Lökopeni	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Hipersensitivite (Aşırı Duyarlılık)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama: (ilaç, opak madde vb.)
Alerjik hastalık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Alerjiye neden olan alerjenler			
İmmün sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.			

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DERİ

Deride sorun	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Deri	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ilık	<input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Soğuk	<input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Terli <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> İyileşmeyen yara <input type="checkbox"/> Döküntü
Renk	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Soluk	<input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> İkterik
Sıcaklık	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sıcak	<input type="checkbox"/> Soğuk
Terleme	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	
Deri turgoru	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Zayıf	<input type="checkbox"/> Yumuşak/esnek <input type="checkbox"/> Gecikmiş <input type="checkbox"/> Yeri:
Ödem	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri: <input type="checkbox"/> Derecesi:
Deri bütünlüğünde bozulma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Basınç yarası	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Döküntü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Kuruluk	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
İyileşmeyen yara	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Peteşi veya purpura	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Ekimoz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Kaşınıtı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Skar doku	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Damar yolu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri: <input type="checkbox"/> Türü
Saçta sorun	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Saçlı deri	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bit	<input type="checkbox"/> Dökülme <input type="checkbox"/> Yara
Tırnakta sorun	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Braden Skalası Puanı Not: Yetişkinler için EK-4A Yetişkinler İçin Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'ni, çocuklar için EK-4B Çocuklar İçin Braden Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'ni, kullanınız.			
Deri değerlendirmesine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.			

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: UYKU

Uyku süresi	<input type="checkbox"/> Gece		<input type="checkbox"/> Gündüz
Uyku problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Uyku düzeni	<input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz		<input type="checkbox"/> Uyuma güçlüğü <input type="checkbox"/> Gece uyanma <input type="checkbox"/> Uykusuzluk <input type="checkbox"/> Gün boyunca uyku hali
İnsomnia	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Gündüz uyuklama	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Uykudan sonra dinlenmiş hissi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Hastane ortamında uykusunu etkileyen faktörler			
Hastanede uyku düzeninde değişiklik	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Uyku öncesi uyguladığı alışkanlıklar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	30 / 54

Uykusuzluk belirtileri	<input type="checkbox"/> Davranış/performansta değişim <input type="checkbox"/> Dikkat süresinde azalma <input type="checkbox"/> Laterji	<input type="checkbox"/> Göz çevresinde morluk <input type="checkbox"/> Rahat edememe <input type="checkbox"/> Yürürken yorgunluk hali	<input type="checkbox"/> İrritabilite <input type="checkbox"/> Ajitasyon <input type="checkbox"/> Esneme
Uykuya ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.			

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: AĞRI

Ağrı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:	<input type="checkbox"/> Başlama zamanı:	<input type="checkbox"/> Süresi:
Ağrının çeşiti	<input type="checkbox"/> Akut	<input type="checkbox"/> Kronik			
Ağrı puanı Not: Yetişkinler için EK-2A Yetişkinler İçin Ağrı Değerlendirme Formu'nu, çocuklar için EK-2B Çocuklar İçin Ağrı Değerlendirme Formu'nu kullanınız.					
Ağrının niteliği	<input type="checkbox"/> Zonklayıcı <input type="checkbox"/> Yanıcı <input type="checkbox"/> Batıcı	<input type="checkbox"/> Yangı <input type="checkbox"/> Künt <input type="checkbox"/> Bıçak saplanır tarzda	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Ağrıyı azaltan faktörler	<input type="checkbox"/> Ortam değişikliği <input type="checkbox"/> Hareket <input type="checkbox"/> Pozisyon	<input type="checkbox"/> Masaj <input type="checkbox"/> İlaç	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Ağrıyı artıran faktörler	<input type="checkbox"/> Oturma <input type="checkbox"/> Masaj	<input type="checkbox"/> Hareket <input type="checkbox"/> Pozisyon	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Eşlik eden bulgular	<input type="checkbox"/> Bulantı-kusma <input type="checkbox"/> Uykusuzluk <input type="checkbox"/> İştahsızlık	<input type="checkbox"/> Fiziksel aktivitede azalma <input type="checkbox"/> Sosyal aktivitede azalma <input type="checkbox"/> Terleme	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Ağrının yaşam kalitesine etkisi					
Hastanın ağrısına yönelik ifadesi					
Hastanın ağrısına yönelik davranışsal tepkisi					
Hastanın ağrısını yönetmede kullandığı nonfarmakolojik yöntemler					
Hastanın ağrısını yönetmede kullandığı farmakolojik yöntemler					

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE ÖZ BAKIM

AKTİVİTELERDE BAĞIMLI OLMA DURUMU

	Bağımsız	Yardımcı araçla	Başkasının yardımı ile	Tamamen bağımlı
Fiziksel bağımlılık durumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeme/içme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El-yüz temizliği yapma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banyo yapma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diş fırçalama/ağız bakımı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tırnak bakımı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giyinme/çeki düzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvalete gitme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvalet hijyeni/genital hijyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yatak içi mobilite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiziksel aktivite düzeyi (yürüme/gezinme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HİJYEN ALIŞKANLIKLARI

Tuvalet hijyeni	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama (kullanılan ürün):
Menstrüasyon hijyeni	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama (kullanılan ürün):
Banyo yapma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
En son banyo yaptığı tarih			



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	31 / 54

Banyo yapma şekli	<input type="checkbox"/> Duş/ayakta	<input type="checkbox"/> Küvet/oturarak		
Banyo suyunun sıcaklığı	<input type="checkbox"/> Soğuk	<input type="checkbox"/> Ilık	<input type="checkbox"/> Çok sıcak	
Banyo temizlik ürünü	<input type="checkbox"/> Sabun	<input type="checkbox"/> Duş jeli	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Saç temizlik ürünü	<input type="checkbox"/> Sabun	<input type="checkbox"/> Şampuan	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Koku sorunu	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
Ağız bakımı/diş hijyeni	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
Tırnak bakımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
El yıkama alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
Perine bakımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
Boş zaman aktiviteleri-hobileri				
Günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakıma ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz				

İLETİŞİM

Çalışma ortamında yaşadığı güçlükler/sorunlar				
İletişim kurmasına engel olan herhangi bir durum	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Sosyal izolasyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Sosyal ilişkilerde bozulma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Aile süreçlerinde değişim	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Sözel iletişimde bozulma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Refakatçi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Sağlık personeli ile iletişime geçmede sorun	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Yakınlarına ulaşmada sıkıntı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Eşi	<input type="checkbox"/> Yaşıyor	<input type="checkbox"/> Yaşamıyor		
Bakıma katılma	<input type="checkbox"/> Katılıyor	<input type="checkbox"/> İstekli	<input type="checkbox"/> İsteksiz	<input type="checkbox"/> Katılmıyor
Tedaviyi kabullenme	<input type="checkbox"/> Kabul ediyor	<input type="checkbox"/> Kabul etmiyor		
İletişim konusunda sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.				

KENDİNİ ALGILAMA, KAVRAMA BİÇİMİ VE İNANÇLAR

Korku	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Anksiyete	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Gerginlik/öfke/kızgınlık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Keder/ağlamaklı/umutsuz olma durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Kendine/başkasına zarar verme davranışı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Genel görünümü				
Kendi ve kendi değeri hakkındaki düşünceleri ve algılama şekli				
Benlik saygısında bozulma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Beden algısında bozulma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Şu an yaşamında olan değişiklikler	<input type="checkbox"/> Ölüm/boşanma	<input type="checkbox"/> Ekonomik kayıp	<input type="checkbox"/> Organ kaybı	<input type="checkbox"/> Diğer:
Stres ile baş etme biçimi				
Yaşam hakkındaki inanç ve değerleri				
Ruhsal-tinsel sıkıntı-çöküntü riski	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
Kendini algılama, kavrama biçimi ve inançlar konusunda sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.				



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	32 / 54

NOT:

- Topladığımız veriler doğrultusunda EK-1 Hemşirelik Bakım Planı Formu'nu doldurunuz ve gerektiğinde çoğaltınız.
- Taburculuk eğitimini EK-8 Taburculuk Eğitim Formu'na kaydediniz.
- Sağlık eğitimini EK-9 Sağlık Eğitimi Formu'na kaydediniz.
- Bu dersin uygulamasının gereği olarak en az bir kez yaparak öğrenmesi hedeflenen uygulama listesi EK-14 Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulama Listesi'nde yer almaktadır.



DÖNEM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No HB-FR-3
Yayın Tarihi
Revizyon Tarihi
Revizyon No
Sayfa 33 / 54

VERİ TOPLAMA FORMU EŞİNİN TANITICI BİLGİLERİ

Doğum tarihi-yaşı		Kan grubu	
Eğitim durumu		Önemli sağlık problemi	
Mesleği		Genetik hastalık	
Eşi ile akrabalık durumu ve derecesi		Gebeliğe karşı tutumu	
Evlilik süresi		Gelir düzeyi	

ŞİMDİKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ

Son adet tarihi		Tahmini doğum tarihi	
Şu andaki gebelik haftası		Gebelik öncesi kilo	
Son menstruasyondan itibaren yaşanan bireysel gebelik belirtileri	<input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Memelerde hassasiyet	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Doğum öncesi kontrollere gelme durumu	Nerede		
	Kim tarafından		
	Ne sıklıkla		
	Kontroller sırasında verilen hizmetler	<input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Kilo <input type="checkbox"/> Fundus kontrolü <input type="checkbox"/> FKS dinleme	<input type="checkbox"/> Vital bulgular <input type="checkbox"/> Vajinal muayene <input type="checkbox"/> Aşılama <input type="checkbox"/> Kan idrar analizi
Aşı yapılma durumu	Yapılan aşılama adı		
	Aşı yapılma zamanı		
Derinin değerlendirilmesi	<input type="checkbox"/> Linea nigra <input type="checkbox"/> Stria gravidarum <input type="checkbox"/> Geçirilmiş ameliyat izi/skar		
Memelerin değerlendirilmesi	Meme ucunun durumu		
	Meme dolgunluğu		
	Kolostrum varlığı		
Anormal prezentasyon	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
Çoğul gebelik	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
Hidroamnios	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
Mekonyum	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
EMR	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
Ablosya plasenta/plasenta previa	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
Uzamış eylem	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
Hızlı doğum	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
Ateş	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
Duygusal/psikolojik problemler	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
Diğer			

ŞİMDİKİ GEBELİKTE YAŞANAN PROBLEMLER PROBLEMLER

Bulantı kusma	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Kabızlık	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
İdrar yaparken yanma	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Baş ağrısı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Vajinal kanama	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Kramp	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Ayak ve bacaklarda ödem	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Aşerme	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	



DÖNEM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-3
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	34 / 54

Alerji	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Hemoroid	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Varis	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Anormal vajinal akıntı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var

GEBELİĞİ ETKİLEYECEK SOSYOKÜLTÜREL VE DUYGUSAL DURUMLAR

Gebeliğin planlı olma durumu	<input type="checkbox"/> Planlı	<input type="checkbox"/> Plansız	Gebeliğe verilen tepki	<input type="checkbox"/> Olumlu	<input type="checkbox"/> Olumsuz
Gebeliğe ilişkin şu anda yaşanan duygular	<input type="checkbox"/> Olumlu	<input type="checkbox"/> Olumsuz	Eşin ve ailenin gebeliğe ilk tepkisi	<input type="checkbox"/> Olumlu	<input type="checkbox"/> Olumsuz
Aile için planlanan çocuk sayısı					
Gebelikte birlikte kendisi ya da bebeği ile ilgili endişe/korku yaşama durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Sebebi:		
Herhangi bir problem olduğunda gebeye destek olacak kişi/kurum	<input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Yardımcı/Bakıcı <input type="checkbox"/> Aile		<input type="checkbox"/> Akraba <input type="checkbox"/> Arkadaş <input type="checkbox"/> Toplumsal Kurum		

GELENEKSEL UYGULAMALAR

Pika	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Lohusayı toprağa yatırma	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Lohusaya su vermeme	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Lohusanın karnını sarma	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Bebeği kundaklama	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Bebeği toprağa yatırma	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Emzirme için üç ezan vaktinin geçmesini bekleme	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Diğer		

ŞİMDİKİ GEBELİKTE RİSKLİ DURUMLAR RİSKLİ DURUMLAR

Kalp hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Diyabet	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Anemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Enfeksiyon hastalıkları	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Böbrek hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
RH uyumsuzluğu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Ablasyo plasenta	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Plesanta previa	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
EMR	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
PIH	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Hiperemezis gravidarum	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Prematür eylem	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Düşük tehdidi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Mol hidatiform	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Ektopik gebelik	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Oligohidroamnioz/ polihidroamnioz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var

HİJYEN ALIŞKANLIKLARI

Tuvalet hijyeni	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama (kullanılan ürün):
Menstrüasyon hijyeni	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Ped değiştirme sıklığı:
Banyo yapma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
Banyo yapma şekli	<input type="checkbox"/> Duş/ayakta		<input type="checkbox"/> Küvette oturarak
Ağız bakımı/diş hijyeni	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
Tırnak bakımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
El yıkama alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
Perine bakımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> İç çamaşırını değiştirme sıklığı:

SİKUS ÖZELLİKLERİ VE ÖNCEKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ SİKUS ÖZELLİKLERİ

İlk menarş yaşı		
Dismenore Öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Menstrüasyon	Süresi:	



DÖNEM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No HB-FR-3
Yayın Tarihi
Revizyon Tarihi
Revizyon No
Sayfa 35 / 54

Sıklığı:

Düzeni:

ÖNCEKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ

Gebelik sayısı:

Abortus:

D/C:

Para:

Yaşayan çocuk sayısı:

ÖNCEKİ DOĞUM BİLGİLERİ (İlk gebelik tarihinden başlayarak doldurunuz)

Gebelik haftası	Doğum şekli	Doğumun kim tarafından ve nerede gerçekleştirildiği	Yenidoğanın cinsiyeti	Yenidoğanın sağlık durumu

ÖNCEKİ GEBELİKTE/DOĞUMDA ORTAYA ÇIKAN PROBLEMLER

Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Gestasyonel Diyabet	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Ödem	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
RH uyumsuzluğu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Hiperemezis gravidarum	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Enfeksiyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Ablasyo plasenta	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Plesanta previa	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
EMR	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
PIH	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Preterm eylem	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Postterm eylem	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Düşük tehdidi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Mol hidatiform	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Ektopik gebelik	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Oligohidroamnioz/ polihidroamnioz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Çoğul gebelik	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Ölü doğum	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Zor ve uzun doğum eylemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Hızlı doğum	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Epizyotomi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Forseps vakum uygulaması	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
İri bebek	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Düşük doğum ağırlıklı bebek	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Anomalili bebek	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Diğer		

ÖNCEKİ DOĞUM SONU DÖNEM PROBLEMLERİ

Kanama	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Enfeksiyon-ateş	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Hipotansiyon/hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Meme problemleri	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Psikolojik problemler	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Diğer		

DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM BİLGİ GEREKSİNİMİ OLAN KONULAR

Gebelikte beslenme	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Gebelikte kişisel bakım	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Doğum öncesi egzersiz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Doğum eylemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Emzirme	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var



DÖNEM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-3
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	36 / 54

Yenidoğan bakımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Aile planlaması	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Doğum sonu kişisel bakım	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Cinsel yaşam	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Diğer		



DOĞUM SONU DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-4
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	37 / 54

DOĞUM SONU DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU

Emzirme davranışı	Sıklığı	
	Süresi	
	Pozisyonu	
Fundus	Pozisyon	<input type="checkbox"/> Orta hat <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol
	Kıvrımı	<input type="checkbox"/> Yumuşak <input type="checkbox"/> Sert <input type="checkbox"/> Ele gelmiyor
	Umblikusa göre seviyesi	
Loşia	Renk	
	Miktar	
	İçerik	
	Koku	
Epizyotomi		<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Epizyo/insizyon bölgesinde	Şiddetli ağrı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
	Akıntı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
	Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
	Ödem	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
	Ekimoz	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
	Hematom	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Eliminasyon	İdrar	<input type="checkbox"/> Yaptı <input type="checkbox"/> Yapmadı <input type="checkbox"/> Açıklama (doğum sonusaat):
	Gaita	<input type="checkbox"/> Yaptı <input type="checkbox"/> Yapmadı <input type="checkbox"/> Açıklama (doğum sonusaat):
Anüste hemoroid		<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Alt ekstremiteler	Ödem	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
	Human's belirtisi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
	Varis	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Uyku düzeni	<input type="checkbox"/> Rahat uyuduğunu ifade ediyor <input type="checkbox"/> Epizyotomi, hemoroid ya da genel vücut ağrıları nedeniyle uyuyamadığını ifade ediyor <input type="checkbox"/> Yabancı çevre ya da gürültü gibi nedenlerle uyuyamadığını ifade ediyor	
Kendini yorgun hissetme	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Bebeginin bakımına katılma durumu	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Anne bebek etkileşimi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Evde bebeğin bakımına yardım edecek kişi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama (Kim?):	

DOĞUM SONU DÖNEM BİLGİ GEREKSİNİMİ OLAN KONULAR

KADININ KENDİ BAKIMI İLE İLGİLİ KONULAR

Doğum sonu kişisel hijyen	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Loşia/epizyotomi izlemi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Aile planlaması	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Beslenme	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Cinsel yaşam	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Ebeveyn olma	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Diğer	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var

YENİDOĞAN BAKIMI İLE İLGİLİ KONULAR

Göz bakımı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Göbek bakımı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Bebek banyosu	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Bebek giyimi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Pişik bakımı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Konak bakımı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Pamukçuk bakımı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Emzirme/besleme	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Bebegin büyüme gelişmesi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Yenidoğan bebeğin özellikleri	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Bebeğe uyarın verilmesi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Diğer	



JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU

Doküman No

HB-FR-5

Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa

38 / 54

JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU

Anormal kanama öyküsü	<input type="checkbox"/> Amenore <input type="checkbox"/> Menoraji <input type="checkbox"/> Metroraji <input type="checkbox"/> Hipomenore	<input type="checkbox"/> Oligomenore <input type="checkbox"/> Polimenore <input type="checkbox"/> Postmenopozal kanama	
Tedavi alma durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Vulvada kaşıntı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	
Vajinal akıntının özelliği	Rengi		
	Kokusu		
	Miktarı		
İlk cinsel ilişki yaşı			
Cinsel ilişki sıklığı			
Cinsel ilişki sırasında yaşadığı sorunlar	<input type="checkbox"/> Disparoni <input type="checkbox"/> Cinsel ilişki sonrasında ağrı <input type="checkbox"/> Cinsel ilişki sonrasında kanama <input type="checkbox"/> Cinsel isteksizlik <input type="checkbox"/> Vajinismus	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	
Kendi kendine meme muayenesi yapma durumu	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Kendi kendine vulva muayenesi yapma durumu	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Menopoza girme durumu	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Menopoz yaşı			
Menopoza ilişkin sorun yaşama durumu	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Menopoza ilişkin yaşadığı sorunlar	Fiziksel		
	Psikolojik		
	Sosyal		
Hormon replasman tedavisi (HRT) alma durumu	<input type="checkbox"/> Aldı/alıyor	<input type="checkbox"/> Almadı	
HRT aldı/alıyor ise	Alınan tedavi		
	Başlama zamanı		
	Süresi		
	Tedaviye uyumu		
En son kullandığı/kullanmakta olduğu kontraseptif yöntem			
En son kullandığı/kullanmakta olduğu kontraseptif yöntemin süresi			
En son kullandığı/kullanmakta olduğu kontraseptif yöntemden memnuniyeti	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
En son kullandığı/kullanmakta olduğu kontraseptif yöntemin yan etkileri	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Kadın sağlığına yönelik öğrenmek istediği konular	<input type="checkbox"/> Meme muayenesi <input type="checkbox"/> Vulva muayenesi <input type="checkbox"/> Menapoz	<input type="checkbox"/> Genital hijyen <input type="checkbox"/> Aile planlaması <input type="checkbox"/> Vajinal enfeksiyonlar	<input type="checkbox"/> Diğer:



JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU

Doküman No	HB-FR-5
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	39 / 54

KONTRASEPTİF KULLANMA ÖYKÜSÜ

ŞU ANA KADAR KULLANILAN YÖNTEMLER	SÜRESİ	YAN ETKİLERİ	BIRAKMA NEDENİ



ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-19
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	40 / 54

KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih		
Uygulama Birimi		
Süpervizör Adı Soyadı		
UYGULAMA HEDEFLERİ		
Klinik uygulama sonunda uygulama hedeflerine ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz (X)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
KLİNİK UYGULAMADA KAZANILAN HEMŞİRELİK BECERİLERİ		
Klinik uygulamada kazandığınız hemşirelik becerilerini belirtiniz		
Bu klinik uygulamadan öğrendiğiniz ve daha önce bilmediğiniz en önemli şey	Bireye ilişkin:	
	Sağlık ekibine/kuruma ilişkin:	
	Kendinize ilişkin:	
BAKIMA YÖNELİK DEĞERLENDİRME		
Bireye bakım verirken hissettiğiniz duygu ve düşüncelerinizi yazınız		
Birey ile kurmuş olduğunuz terapötik ilişkiyi değerlendiriniz		
Uyguladığınız hemşirelik bakım sürecine ilişkin çalışmanızı değerlendiriniz		
KLİNİK UYGULAMADA EKSİK BULUNAN YÖNLER		
Klinik uygulamada eksik bulduğunuz yönlerinizi (teori, uygulama, iletişim, vb.) yazınız		
KLİNİK UYGULAMA YERİNİN “KLİNİK UYGULAMA EĞİTİMİ” AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ		
Klinik uygulama ortamının “Klinik Uygulama Eğitimi” açısından;	Size göre en güçlü yanı:	
	Size göre en zayıf yanı:	
	Size göre yarattığı fırsat:	



ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-19
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	41 / 54

KLİNİK SÜPERVİZÖRÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır. Lütfen aşağıdaki maddeleri değerlendirme kriterlerine göre değerlendirip ilgili alanı (X) ile işaretleyiniz.

Değerlendirme Kriterleri:

1: Hiç katılmıyorum 2: Katılmıyorum 3: Kısmen katılıyorum 4: Katılıyorum 5: Tamamen katılıyorum

	1	2	3	4	5
İletişim becerileri yeterliydi.					
Bilgisi klinik eğitim için yeterliydi.					
Becerileri klinik eğitim için yeterliydi.					
Klinik ortamı eğitimime uygun olarak organize etti.					
Klinik eğitim için gereken zamanı ayırdı.					
Belirlenen haftalık eğitim programını uyguladı.					
Klinik eğitimimi öğrenme hedeflerime uyarladı.					
Olgu tartışması için yeterli olanak sağladı.					
Mesleki yaşamım için rol model oluşturdu.					



SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-20D
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	42 / 54

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Numarası:	Öğretim Elemanının Adı Soyadı: Alan/Klinik Rehberin Adı Soyadı:	Alınabilecek En Yüksek Puan	Öğretim Elemanı Puanı	Alan/Klinik Rehber* Puanı
DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ				
A. GENEL BECERİLER				
İletişim				
Hasta/sağlıklı birey ve aileler ile terapötik iletişim kurar.				
Öğretim üye/elemanı, grup arkadaşları ve sağlık ekibi üyeleri ile profesyonel iletişim kurar.				
Eğitim				
Hasta/sağlıklı birey ve ailenin gereksinimlerine göre eğitimi planlar, uygular ve değerlendirir.				
Eğitimde etkili materyal, öğretim tekniği ve yöntemlerini kullanır.				
Araştırma				
Bilimsel bilgilere ulaşır ve araştırma sonuçlarını hasta/sağlıklı birey bakımına yansıtır.				
Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip eder.				
Profesyonel Davranışlar				
Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün "Zorunlu Ders Uygulamalarına Yönelik Talimatname" sine uygun davranır.				
Mesleki uygulamalarında "Hemşirelikte Etik Kodları" nı göz önünde bulundurur.				
B. ALANA ÖZGÜ BECERİLER				
Hemşirelik Sürecini Uygulama Becerisi				
Bakım gereksinimlerini saptamaya yönelik doğru ve yeterli veri toplar.				
Uygun verileri bir araya getirerek hemşirelik tanımlarını belirler.				
Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirler.				
Her bir hemşirelik tanısına yönelik özgün amaç belirler.				
Her bir hemşirelik tanısına yönelik sonuç kriterlerini belirler.				
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimlerini planlar.				
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimlerini önem sırasına göre uygular.				
Hasta/ailenin akut/kronik hastalığına yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin yanıtlarını belirler ve sonuç kriterlerine göre değerlendirir.				
Birey/aile/toplumun sağlığı geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin yanıtlarını belirler ve sonuç kriterlerine göre değerlendirir.				
Hemşirelik bakımının sürekliliğini sağlar.				
Terapötik Girişimleri Yönetme ve İzleme Becerisi				
Beceri Listesi (Mesleki bilgileri sentez edip, uygulamaya aktarabilme)				
Fiziksel değerlendirme: Fiziksel ölçümler (boy, kilo) ve değerlendirme, baştan ayağa fiziksel değerlendirme				
Yaşam bulgularını alma ve değerlendirme				
Solunum egzersizlerini uygulama				
Güvenli ilaç hazırlama ve uygulaması				
Aldığı çıkardığı sıvı takibi ve değerlendirmesini yapma • Pap semar uygulaması				
Leopold manevraları ile gebe muayenesi yapma				
Kontraksiyon takibi ve FKS takibi				
Ağrıyı değerlendirme ve ağrıyı giderebilme				
Doğum sonu kanama kontrolü				
Küretaj ve jinekolojik operasyonlar sonrası kanama kontrolü				
Yara bakımı (perine, sezaryen, jinekolojik operasyon bakımı)				
Uterus involusyonunu değerlendirme				
Venöz dolaşım bakımı verme (erken mobilizasyon, yatak içi ROM egzersizi yaptırma, gözlem)				
Aldığı-çıkardığı takibi yapma				
Yenidoğan bakımı ve emzirilmesi				
TOPLAM PUAN				
100				

*Mesleki uygulama yapılan kurumda kadrosu bulunan öğrencinin birlikte çalıştığı ve mesleki uygulamadan da sorumlu olan meslek uzmanı.



YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-EK-2A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	44 / 54

AĞRI TANILAMA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı yok En şiddetli ağrı

0, Yok 1-2, Çok az 3-4, Biraz fazla 5-6, Çok 7-8, Fazla 9-10, Dayanılmaz



YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Doküman No	HB-EK-3A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	45 / 54

İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Hasta Değerlendirme Durumları

1.Kliniğe Kabul Edildiği An	2.Post-Operatif Dönem	3.Hasta Düşmesi	4.Bölüm Değişikliği	5.Durum Değişikliği
-----------------------------	-----------------------	-----------------	---------------------	---------------------

RİSK FAKTÖRLERİ		DEĞERLENDİRME/ DEĞERLENDİRME NUMARASI				
	 TARİH .../.../... TARİH .../.../... TARİH .../.../... TARİH .../.../... TARİH .../.../...
		PUAN	PUAN	PUAN	PUAN	PUAN
YAŞ						
1	60-69	1	1	1	1	1
2	70-79	2	2	2	2	2
3	80 ve üstü	3	3	3	3	3
BİLİNÇ DURUMU						
4	Bilinç kapalı	1	1	1	1	1
5	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)	2	2	2	2	2
DÜŞME HİKAYESİ						
6	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var	3	3	3	3	3
HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzun kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)						
7	Hastalıklardan en fazla 2 tanesi bulunmaktadır	1	1	1	1	1
8	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır	2	2	2	2	2
HAREKET KABİLİYETİ						
9	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	5	5	5	5	5
10	Ayakta/yürürken denge bozukluğu var.	10	10	10	10	10
11	Baş dönmesi var.	2	2	2	2	2
BOŞALTIM İHTİYACI						
12	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var	1	1	1	1	1
GÖRME DURUMU						
13	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanıyor vb.)	2	2	2	2	2
14	İleri derecede görme engeli var	10	10	10	10	10
İLAÇ KULLANIMI						
15	4'den fazla ilaç kullanımı var.	2	2	2	2	2
16	Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.	2	2	2	2	2
17	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var	3	3	3	3	3
EKİPMAN VARLIĞI (Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV İnfüzyon, foley kateter, göğüs tüpü vb.)						
18	Hastaya bağlı 1- 2 bakım ekipmanı var	1	1	1	1	1
19	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var	2	2	2	2	2
TOPLAM PUAN						
RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU						
Düşük Risk	0-9 Puan Arasında					
Yüksek Risk	10 Puan Üzerinde					
Not:						
• Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.						
• İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.						
• Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.						



YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Doküman No	HB-EK-4A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	46 / 54

BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ				
Kontrol Parametre/Puan	1	2	3	4
Uyarının algılanması	Tamamen yetersiz	Çok yetersiz	Biraz yeterli	Tamamen yeterli
Nemlilik	Sürekli ıslak	Çok ıslak	Bazen ıslak	Nadiren ıslak
Aktivite	Yatağa bağımlı	Sandalyeye bağımlı	Bazen yürüyebiliyor	Sıklıkla yürüyebiliyor
Hareket	Tamamen hareketsiz	Çok hareketsiz	Az hareketli	Hareketli
Beslenme	Çok kötü	Yetersiz	Yeterli	Çok iyi
Sürtünme ve tahriş	Sorun	Olası sorun	Sorun yok	
Değerlendirme	Yüksek Risk: ≤12 Orta Risk: 13-14 Düşük Risk: 15-16 (yaş>75 15-18) Risk Yok: >16 ve >18 (yaş>75)			



YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI

Doküman No	HB-EK-5A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	47 / 54

GLASKOW KOMA SKALASI		
GÖZLERİ AÇABİLME	Spontan açabiliyor	<input type="checkbox"/> 4
	Sözel emirle açabiliyor	<input type="checkbox"/> 3
	Ağrılı uyaranlarla açabiliyor	<input type="checkbox"/> 2
	Açmıyor	<input type="checkbox"/> 1
MOTOR TEPKİ	Emirlere uyuyor	<input type="checkbox"/> 6
	Ağrıya lokalize	<input type="checkbox"/> 5
	Çekme (ekstremitelerini ağrılı uyarandan çekmeye çalışıyor)	<input type="checkbox"/> 4
	Fleksiyon	<input type="checkbox"/> 3
	Ekstansiyon	<input type="checkbox"/> 2
	Tepki yok	<input type="checkbox"/> 1
SÖZEL TEPKİ	Oryante (yere, kişiye, zamana)	<input type="checkbox"/> 5
	Konfüze (cümle kuruyor ancak yanıtlar yanlış)	<input type="checkbox"/> 4
	Uyumsuz cümleler (bir veya birden fazla yanlış yanıt)	<input type="checkbox"/> 3
	Anlamsız sesler	<input type="checkbox"/> 2
	Tepki yok	<input type="checkbox"/> 1
TOPLAM PUAN:		
GKS DEĞERLENDİRME: 3-7 puan: Koma 8-12 puan: Prekoma 13-15 puan: Bilinç açık		



SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU

Doküman No	HB-EK-6
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	48 / 54

SIVI İZLEM FORMU

$$\text{Akış Hızı} = \frac{\text{Toplam sıvı miktarı X 20 (Damla faktörü)}}{\text{Toplam süre}}$$

Damla/dakika

1 ml=1 cc=1 cm³=10 Diziye=20 Damla
Mikrodrip serum setleri kullanılıyor ise 60 damla 1ml'dir

Damla Faktörü=20 (1 ml=20 damla)
Süre=60 dakika

Saat	I. Sıvı Cinsi	Şişe Seviyesi	Giden Miktar	II. Sıvı Cinsi	Şişe Seviyesi	Giden Miktar
24 Saatlik Toplam						

SIVI DENGESİ İZLEM FORMU

Sıvı	Tarih	Saat: 08-16	Saat: 16-24	Saat: 24-08	Toplam 24saat	Aldığı çıkardığı sıvı dengesi (Balans)	Arada fark varsa nedenini değerlendiriniz
		ml/8 saat	ml/8 saat	ml/8 saat	ml/gün		
Aldığı*							
Çıkardığı**							
Aldığı							
Çıkardığı							
Aldığı							
Çıkardığı							

*Oral, parenteral, NG vb.
**İdrar, kusma, gaita, kanama vb.
Not: En az iki günlük sıvı alımı ve kaybını değerlendiriniz.

VÜCUT YÜZEY ALANI DEĞERLENDİRMESİ

Vücut yüzey alanı (VYA)		m ² /kg
Vücut yüzey alanına göre alması gereken sıvı (Toplam):		cc

Not: Bebek ve çocuklar için kullanılacaktır.



LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU

Doküman No	HB-EK-7
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	49 / 54

LABORATUVAR BULGULARI					
TAM KAN SAYIMI (CBC)			BİYOKİMYA		
Tetkik	Sonuç Düşük (D) Yüksek (Y)	Neden? Olası sorun?	Tetkik	Sonuç Düşük (D) Yüksek (Y)	Neden? Olası sorun?
WBC			Glikoz		
RBC			BUN		
HGB			Kreatinin		
HTC			Ürik asit		
MCH			T. protein		
MCHC			Albümin		
RDW			T. Bilirubin		
MPV			D. Bilirubin		
LY%			AST		
MO%			ALT		
NE%			GGT		
EO%			ALP		
BA%			LDH		
BA#			CK		
EO#			CK-MB		
LY#			Amilaz		
MCV			Lipaz		
MO#			Sodyum-Na		
NE#			Potasyum-K		
PDW			Klor-Cl		
HbA1c			Kalsiyum-Ca		
SEDİM			Fosfor-P		
PTZ			Magnezyum-Mg		
INR			HDL		
aPTT			LDL		
CRP			VLDL		
HORMON PANELİ			T. Kolesterol		
S-T ₃			Trigliserit		
S-T ₄			TİT-İDRAR TAHLİLİ		
TSH			Görünüm		
Folik asit			Renk		
Ferritin			Dansite		
Vit. B-12			Ph		
ALINAN KÜLTÜRLER			Glikoz		
Kan K.			Keton		
İdrar K.			Eritrosit		
Sürüntü K.			Protein		
DİĞER			Lökosit		
			Bilirubin		
TETKİK SONUÇLARI					
Son Yatışta Yapılan Tetkikler (MR-BT-Endoskopi, Anjiyografi vb.)		TARİH	SONUÇ		



TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU

Doküman No	HB-EK-8
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	50 / 54

TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU

Bakım verdiğiniz kişiye ilişkin ön gördüğünüz taburculuk eğitim planınızı oluşturunuz.

Kişinin mevcut yaşam koşulları	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor
	<input type="checkbox"/> Eşi ile yaşıyor
	<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)
Evde bakımına yardımcı birey var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır
	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Kim:
Hastalığı ve tedavisi hakkında bilgisi	<input type="checkbox"/> Var
	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Yok ise bakım planında konuyu ele alınız
Taburculuktan sonra gideceği yer	

- Kişinin hazırlanmasına yardım ediniz.
 Varsa eşyalarını teslim ediniz.
 Enfeksiyon belirtilerini öğretiniz.
 Hastalığı hakkında öz yönetim becerilerinin düzeyini kontrol ediniz (Hastalık, diyet, ilaç kullanımı vb.)
 Gerekliyse, yapması şart olan egzersizleri nasıl yaptığını gözden geçirin ve evde devam etmesi için bilgi veriniz.

Taburculuk sonrası alacağı medikal tedavi planı	İLAC	SAATİ	BİLGİ VERİLMESİ GEREKEN YAN ETKİLER
	ADI-DOZU		

Evde alması planlanan diyet (Ön görülen bir kısıtlama varsa belirtiniz.)	
--	--

Hastane kontrolüne gelme zamanı	
---------------------------------	--

Yara bakımı (Varsa nasıl yapacağı konusunda eğitim veriniz)	
---	--

Yardımcı araç-gereç kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
-------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------------

Özel uyarılar	
---------------	--

Eğitimi Uygulayan Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:	
--	--



SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

Doküman No	HB-EK-9
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	51 / 54

SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

Eğitici/ler	
Sağlık eğitimi yapılan birey/sınıf/grup	
Sağlık eğitiminin konusu	
Yer	
Tarih/saat	
Sağlık eğitiminin hedefleri (Bilişsel, duyuşsal, davranışsal vb)	
Kullanılan yöntem ve teknikler	
Kullanılan araç/gereç/kaynaklar	
Konu içeriği/başlıklar	
Sağlık eğitiminin değerlendirilmesi	



KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMA LİSTESİ

Doküman No	HB-EK-14
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	52 / 54

UYGULAMA ALANINA GÖRE ÖĞRENCİDEN, HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKELER, İÇ HASTALIKLARI VE CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ DERSLERİNDE ÖĞRENDİĞİ KLİNİKTE UYGULAMASI GEREKEN BECERİLERİN YANI SIRA BU DERSİN UYGULAMASININ GEREĞİ OLARAK EN AZ BİR KEZ YAPARAK ÖĞRENMESİ HEDEFLENEN UYGULAMA LİSTESİ

Gebe / riskli gebe:

Gebe eğitimine katılma ve/ veya eğitim planlama, Kegel egzersizi öğretimi, kadını gebe muayenesine hazırlama, Leopold Manevralarını uygulama, Non Stres Testin (NST) uygulama, FKS takibi, risk faktörlerini değerlendirme ve sıralama, güvenli ilaç uygulama ilkelerini sıralama (indüksiyon, tokolitik tedavi, PIH tedavileri)

Doğum:

Kontraksiyon takibi, FKS takibi, İndüksiyon takibi (güvenli ilaç uygulama ilkeleri), doğum ve plasentanın doğurtulmasını gözlemleme ve destek bakımı verme (yaşam bulguları, pozisyon verme, perine hazırlığı, elini tutma, ıkınmaya destek, terini silme), Yenidoğanın doğumhanedeki ilk bakımına katılma (non invaziv işlemleri doğum- bebek hemşiresinin izni ve desteği ile yenidoğanın güvenliğini koruyarak uygulama), vajinal doğumda erken ten temasını ve ilk emzirmeyi başlatma (yenidoğanın ve annenin güvenliğini koruyarak), Perine bakımı verme, anneyi güvenli biçimde doğum masasından kaldırma, anneyi ve bebeği hasta güvenliği prensiplerine uygun biçimde doğum sonu servisine transfer etmeye hazırlama (transfer sırasında anne ve bebek uygun olduğu sürece emzirme ve ten temasını sürdürme), doğum salonunda zimmekli malzemeyi sterilizasyona göndermek üzere kontrol etme, doğum odasının bir sonraki doğum için hazır olup olmadığını kontrol etme. Bir sezaryen doğuma katılma, sezaryen sırasına erken ten teması ve ilk emzirmeyi başlatma, anneyi ve bebeği hasta güvenliği prensiplerine uygun biçimde doğum sonu servisine transfer etmeye hazırlama (transfer sırasında anne ve bebek uygun olduğu sürece emzirme ve ten temasını sürdürme), yaşam bulgularını alma ve değerlendirme, sonuçları ekiple zamanında paylaşma, klinik hemşirelik prosedürlerine uygun şekilde kayıt etme/ öğrenci dosyasına kayıt etme, anneyi ve bebeği hasta güvenliği prensiplerine uygun biçimde doğum sonu servisine transfer etmeye hazırlama (transfer sırasında anne ve bebek uygun olduğu sürece emzirme ve ten temasını sürdürme).

Doğum sonu:

Uterus involüsyonu takibi, perine bakımı verme, yenidoğanın fiziksel değerlendirmesi, emzirmenin öğretilmesi, süt dolgunluğu varsa anne sütünün elle boşaltılması / olası dolgunluğu önlemeye yönelik taburculuğa hazırlık öğretimi yapılması, bebek banyosunun taburculuğa hazırlık öğretimi yapılması, doğum sonu egzersizlerin yazılı materyal ve/veya video kaynakları sunularak taburculuğa hazırlık öğretimi yapılması, Kegel egzersizi öğretimi, doğum sonu cinsellik ve aile planlaması eğitimi verme, taburcu olmadan bir yöntem kullanmak isteyen anneye ekiple işbirliği yaparak hastane prosedürlerine şekilde sevk etme,

Jinekoloji:

Perine bakımı verme, kadını jinekolojik muayeneye hazırlama, kendi kendine vulva muayenesini (KKVM) Öğretme, kendi kendine meme muayenesini (KKMM) Öğretme, Kegel egzersizi öğretimi, (aldığı vaka uygunluğuna göre), Histerektomi operasyonu öncesi hemşirelik bakımı verme, Histerektomi sonrası hemşirelik bakımı verme,

Jinekolojik onkoloji:

Perine bakımı verme, jinekolojik kanserler için risk faktörlerini belirleme, kadını jinekolojik muayeneye hazırlama, Kegel egzersizi öğretimi, (aldığı vaka uygunluğuna göre), Histerektomi operasyonu öncesi hemşirelik bakımı verme, Histerektomi sonrası hemşirelik bakımı verme.



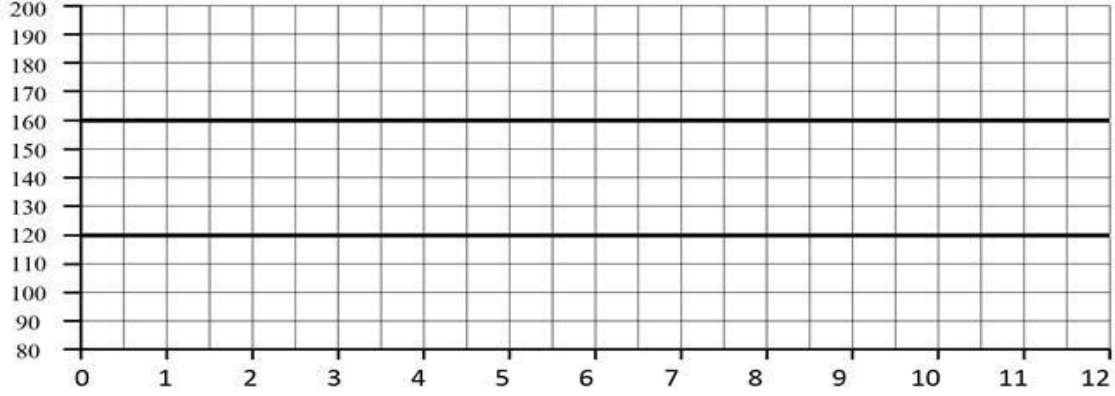
PARTOGRAF

Doküman No	HB-EK-15
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	53 / 54

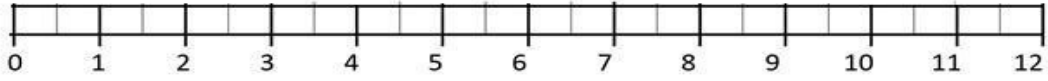
PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Rüptürü:saat	

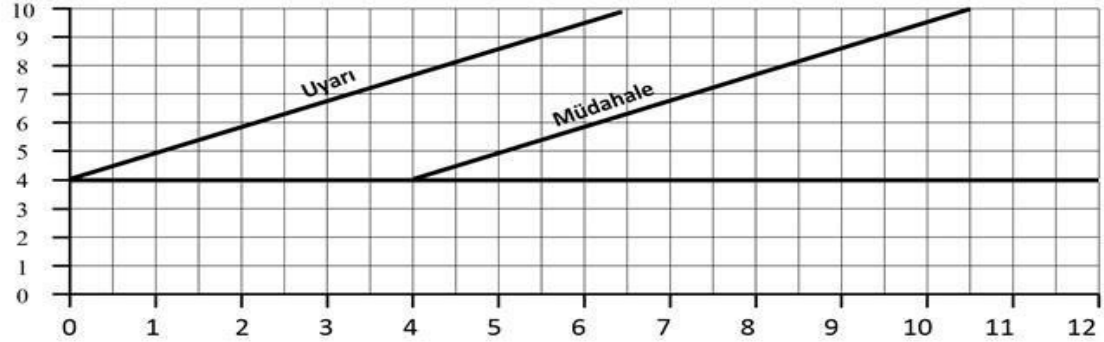
Fetal Kalp Atım Hızı



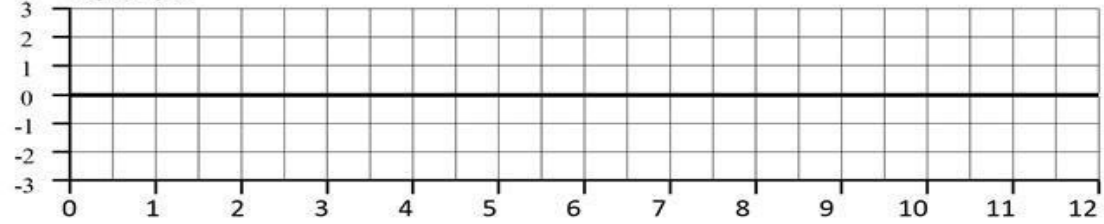
Amniyon Sıvısı



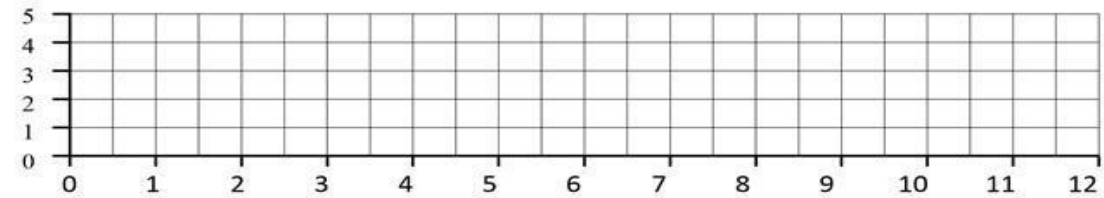
Serviks Açıklığı



Baş Seviyesi



Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:
Başlama Saati:

KAYNAKLAR

1. Erenel A.Y., Vural G. (2020). Hemşire ve Ebeler için Perinatal Bakım.1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevleri.
2. Özkan Arslan H. (2020) Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Akademisyen Kitabevi.
3. Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş XIV. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara.
4. Demirel G., Sayiner F.D. 2020. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık. Akademisyen Kitabevi.
5. Büyükkayacı Duman N. (2019). Cinsel Sağlık, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
6. Demirci N. ve Kızılkaya Beji N. (2017) İnfertilite Hemşireliği, İstanbul: Nobel Tıp Yayınevi.
7. Şirin, A., ve Kavlak, O. (2008). Kadın Sağlığı, Bedray, İstanbul.
8. Erdemir F. (2012). Hemşirelik Tanıları, İstanbul: Nobel Tıp Yayınevi.
9. Ertem G. Ve Sevil Ü. (2017). Perinatoloji ve Bakım, İstanbul: Nobel Tıp Yayınevi, 2017.
10. Karanisoğlu H., Yazıcı S. & Yılmaz T. (2017). Doğum Öncesi Dönem ve Bakım, İstanbul: Nobel Tıp Yayınevi.
11. Johnson J.Y. (2008). Açıklığa Kavuşturulmuş Anne-Yenidoğan Hemşireliği, Çev. Ed. Çiçek N, Taşkın L., Palme Yayıncılık, Ankara.
12. Lowdermilk DL, Lerry SE, Maternity & Women's Health Care. (2007). 9. Ed., Mosby Elsevier, Philadelphia.
13. Mattson S, Smith JE. (2011). Core Curriculum For Maternal-Newborn Nursing, Fourt Ed., AWHONN, Saunders, Elsevier,
14. Odent M, Sezaryen, Çev: Koltukçuoğlu Z. (2008). Kural Dışı Yayıncılık, İstanbul.
15. Simkin P., Ancheta R. (2016). Doğum Süreci El Kitabı, 3. Baskı, Çev. Mete S., İstanbul Kitabevi, İstanbul.
16. Simpson K, Creehan P. (2008). Perinatal Nursing, Cesarean Birth without Medical Indication, Third Ed., Lippinett, Philadelphia.
17. Taşkın L, Eroglu K, Terzioğlu F, Vural G. & Kutlu Ö. (2011). Hemşire ve Ebeler İçin Uygulama Rehberi, Palme Yayıncılık, Ankara.
18. Taşkın L. (2011). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, Palme Yayıncılık, Ankara.
19. Aluş Tokat M. (2013). Gebelik ve Doğumda Elektronik Fetal İzlem, Deomed, İzmir.
20. Büyükkayacı Duman N. (2012). Sezaryen ile Doğum Yapmış Kadınlara Yönelik Postpartum Evde Bakım Klavuzu, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
21. Ergin Berkiten A. (2014). Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
22. Tiran D. (2006). Ballieres Midwives Dictionary, 10th Ed., Tindall, Elsevier, Edinburg.