

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

**HEM 202 KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ**



ÖĞRENCİ TANITIM FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-01 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 2 / 45 |

ÖĞRENCİ BİLGİSİ

| | | |
|-------------------------------|--|----------|
| Adı ve Soyadı | | Fotograf |
| 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 DOKÜMAN LİSTESİ
 - SBF-HB-FR-02 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
 - SBF-HB-FR-03 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
 - SBF-HB-FR-04 DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU
 - SBF-HB-FR-05 DOĞUM SONU DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU
 - SBF-HB-FR-06 JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU
 - SBF-HB-FR-20 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
 - SBF-HB-FR-24 KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
 - SBF-HB-FR-32 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
 - SBF-HB-LS-02 YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRMESİ
 - SBF-HB-LS-03 YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
 - SBF-HB-LS-04 YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
 - SBF-HB-LS-05 YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
 - SBF-HB-FR-38 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
 - SBF-HB-FR-43 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
 - SBF-HB-FR-44 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
 - SBF-HB-FR-45 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
 - SBF-HB-LS-07 KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMA LİSTESİ
 - SBF-HB-LS-08 PARTOGRAF
8. KAYNAKLAR

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

Dr. Öğr. Üyesi Esra ARSLAN GÜRCÜOĞLU

2. SAHA/KLINİK 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 takvime bağlı uygulama yerinde bulunacaklardır. Dersin sorumlu öğretim elemanı/servis sorumlusu/klinik rehber hemşiresinin 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 | Türkiye’de ve Dünya’da Kadın Sağlığı ve Önemi Kadın ve Erkek Üreme Sisteminin Anatomi ve Fizyolojisi | <ul style="list-style-type: none"> Kadın sağlığının önemini açıklar (ÖÇ1). Kadın sağlığını etkileyen faktörleri tanımlar (ÖÇ1, ÖÇ2). Kadın Sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi sürecinde rollerini fark eder (ÖÇ1). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |
| 2. Hafta | Gebeliğin Fizyolojisi Fetüsün Fizyolojisi | <ul style="list-style-type: none"> Gebeliğin ve fetüsün fizyolojisini kavrar (ÖÇ1, ÖÇ4). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |
| 3. Hafta | Doğum Öncesi Bakım Fetal Sağlığın Değerlendirilmesi | <ul style="list-style-type: none"> Doğum öncesi bakım (DÖB) sürecinde hemşirenin sorumluluklarını bilir (ÖÇ4). DÖB’da hemşirelik bakım planı hazırlayıp uygular (ÖÇ2, ÖÇ4, ÖÇ5). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |
| 4. Hafta | Riskli Gebelikler | <ul style="list-style-type: none"> Risk faktörlerini değerlendirir (Ö3, Ö4, Ö5). Risk faktörlerini sıralar (Ö3, Ö4, Ö5). Hemşirelik tanısı belirler. (Ö3, Ö4, Ö5). Bakım planı hazırlar (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). Eğitim gereksinimini belirler (Ö3, Ö4, Ö5). Planladığı eğitimi uygular (Ö3, Ö4, Ö5). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |
| 5. Hafta | Normal Doğum Sezaryen | <ul style="list-style-type: none"> Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). Eğitim gereksinimini belirler (Ö3, Ö4, Ö5). Planladığı eğitimi uygular (Ö3, Ö4, Ö5). Doğum şekillerini bilir (ÖÇ4). Doğum süreci öncesi, sırası ve sonrasında kadını destekler, hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirir (ÖÇ4, ÖÇ5). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |

| | | | | |
|-----------|--|--|---|---|
| 6. Hafta | Riskli Doğum Eylemi | <ul style="list-style-type: none"> Etkili iletişim becerilerini uygular (Ö2, Ö3, Ö4, Ö5). Eğitim gereksinimini belirler (Ö3, Ö4, Ö5). Planladığı eğitimi uygular (Ö3, Ö4, Ö5). Doğumda oluşabilecek riskli durumları bilir (ÖÇ4, ÖÇ5). Riskli doğum eylemi yönetiminde rol alır (ÖÇ4, ÖÇ5). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |
| 7. Hafta | Yenidoğanın Fizyolojisi ve Hemşirelik Bakımı | <ul style="list-style-type: none"> Yenidoğanın bakım uygulamalarını bilir ve uygular (ÖÇ4). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |
| 8. Hafta | Doğum Sonrası Dönem Laktasyon | <ul style="list-style-type: none"> Doğum sonrası dönemde kadında oluşacak değişiklikleri bilir (ÖÇ4). Doğum sonu dönem bakım uygulamalarını bilir ve uygular (ÖÇ4, ÖÇ5). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |
| 9. Hafta | Doğum Sonrası Riskli Durumlar | <ul style="list-style-type: none"> Doğum sonrası oluşabilecek riskli durumları bilir (ÖÇ4, ÖÇ5). Doğum sonrası riskli durumların yönetiminde rol alır (ÖÇ4, ÖÇ5). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |
| 10. Hafta | Cinsel Sağlık Aile Planlaması | <ul style="list-style-type: none"> Cinsel sağlık kavramını bilir (ÖÇ2, ÖÇ3). Cinsel sağlığı etkileyen faktörleri bilir (ÖÇ2, ÖÇ3). Cinsel sağlık hakkında eğitim ve danışmanlık rollerini bilir (ÖÇ2, ÖÇ3). Aile planlaması yöntemlerini bilir (ÖÇ2, ÖÇ3). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |
| 11. Hafta | İnfertilite Menopoz | <ul style="list-style-type: none"> İnfertiliteyi tanımlayabilir (Ö2, Ö3, Ö5). Yardımcı üreme tekniklerini bilir (Ö2, Ö3, Ö5). Menopoz sürecini ve bu süreçteki hemşirelik uygulamalarını bilir (Ö2, Ö3, Ö5). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |

| | | | | |
|-------------------------------|---|--|---|---|
| 12. Hafta | Jinekolojik Sorunlar -enfeksiyonlar -disfonksiyonel uterus kanamaları | <ul style="list-style-type: none"> Jinekolojik sorunları bilir (Ö2, Ö3, Ö5). Jinekolojik sorunlara yönelik hemşirelik sürecini yönetir (Ö2, Ö3, Ö5). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |
| 13. Hafta | Jinekolojide Tanı Yöntemleri | <ul style="list-style-type: none"> Jinekolojide kullanılan tanı yöntemlerini bilir (Ö2, Ö3, Ö5). Jinekolojik işlemler sırasında hemşirelik sürecini yönetir (Ö2, Ö3, Ö5). Etkili iletişim becerilerini uygular ve mahremiyeti korur (Ö2, Ö3, Ö5). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |
| 14. Hafta | Jinekolojik Ameliyatlar Genital Organların İyi Huylu ve Kötü Huylu Tümörleri | <ul style="list-style-type: none"> Jinekolojik tedavi yöntemlerini bilir (Ö2, Ö3, Ö5). Jinekolojik ameliyatlar öncesi, sırası ve sonrasında hemşirelik sürecini uygular (Ö2, Ö3, Ö5). Jinekolojik iyi ve kötü huylu tümörleri bilir (Ö2, Ö3, Ö5). | Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ² Veri toplama formları Beceri rehberi/rehberleri ³ | Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ⁴ |
| 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 yapabilmesi 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 DOKÜMAN LİSTESİ

Bu klinik uygulama dersi kapsamında aşağıdaki işaretli dokümanlar kullanılacaktır.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

DOKÜMANLAR

- SBF-HB-FR-02 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- SBF-HB-FR-04 DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-05 DOĞUM SONU DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-06 JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU
- SBF-HB-FR-20 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-24 KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-32 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- SBF-HB-LS-02 YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRMESİ
- SBF-HB-LS-03 YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
- SBF-HB-LS-04 YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
- SBF-HB-LS-05 YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
- SBF-HB-FR-38 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
- SBF-HB-FR-43 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
- SBF-HB-FR-44 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
- SBF-HB-FR-45 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
- SBF-HB-LS-07 KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMA LİSTESİ
- SBF-HB-LS-08 PARTOGRAF

ÇANKIRI DEVLET HASTANESİ

DOKÜMANLAR

- SBF-HB-FR-02 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- SBF-HB-FR-03 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-04 DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-05 DOĞUM SONU DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-06 JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU
- SBF-HB-FR-20 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-24 KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-32 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- SBF-HB-LS-02 YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRMESİ
- SBF-HB-LS-03 YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
- SBF-HB-LS-04 YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
- SBF-HB-LS-05 YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
- SBF-HB-FR-38 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
- SBF-HB-FR-43 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
- SBF-HB-FR-44 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
- SBF-HB-FR-45 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
- SBF-HB-LS-07 KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMA LİSTESİ
- SBF-HB-LS-08 PARTOGRAF



SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-02 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 11 / 45 |

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 | SBF-HB-FR-03 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 11.10.2024 |
| Revizyon No | Versiyon 2 |
| Sayfa | 12 / 45 |

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 SBF-HB-FR-43 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 | SBF-HB-FR-03 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 11.10.2024 |
| Revizyon No | Versiyon 2 |
| Sayfa | 14 / 45 |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|------------------------------|---------------------------------|
| Alkol | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Miktar/süre: | <input type="checkbox"/> Bırakmış | Bırakma tarihi: | |
| Madde kullanımı | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Miktar/süre: | <input type="checkbox"/> Bırakmış | Bırakma 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: Yetişkinler için SBF-HB-LS-03 Yetişkinler İçin İtaki Düşme Riski Ölçeği'n 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 ameliyatlar | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: SOLUNUM SİSTEMİ

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| Solunum niteliği | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Derin | <input type="checkbox"/> Hızlı | <input type="checkbox"/> Diğer: | |
| | <input type="checkbox"/> Ortopne | <input type="checkbox"/> Yüzeysel | <input type="checkbox"/> Düzensiz | | |
| 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-nazofarengal | | <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 | |
| Venöz kan gazı | <input type="checkbox"/> PO ₂ : | | <input type="checkbox"/> PCO ₂ : | <input type="checkbox"/> Bakılmadı | |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-03 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 11.10.2024 |
| Revizyon No | Versiyon 2 |
| Sayfa | 15 / 45 |

| | | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|----------|
| 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 |
| Akciğer ödemi oluşma olasılığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Neden: | | | litre/dk |
| Solunum sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını 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 ekstremitte kan basıncı | | mmHg | <input type="checkbox"/> Sağ Kol | <input type="checkbox"/> Sol Kol | <input type="checkbox"/> Otururken | <input type="checkbox"/> Yatarken |
| Alt ekstremitte 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 tanılarını 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 trnak | <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: | | |
| Kalıtsal 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 tanılarını 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"/> Diş çürüğü <input type="checkbox"/> Salyada artış | <input type="checkbox"/> Ağız kuruluğu <input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü <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 | | |
| Malnütrisyon | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Yutma güçlüğü (disfaji) | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | <input type="checkbox"/> Katı besin | <input type="checkbox"/> Sıvı besin |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-03 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 11.10.2024 |
| Revizyon No | Versiyon 2 |
| Sayfa | 16 / 45 |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Yeme güçlüğü | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | <input type="checkbox"/> Katı besin | <input type="checkbox"/> Sıvı besin | | | | |
| Tat duygusunda 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"/> Yarım 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: | | | | | | |
| Stomanın 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 tanılarını belirtiniz. | | | | | | | | | |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-03 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 11.10.2024 |
| Revizyon No | Versiyon 2 |
| Sayfa | 17 / 45 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 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 SBF-HB-FR-38 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"/> Sedanter | | |
| 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"/> Dengesiz | <input type="checkbox"/> İmmobil <input type="checkbox"/> Eşit değil | <input type="checkbox"/> Ayakta duramama <input type="checkbox"/> Sendeleme | <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Harekette zorlanma | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Ekstremitte kayı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Kas atrofsisi | <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 | | |
| Kas ve iskelet sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | | |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-03 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 11.10.2024 |
| Revizyon No | Versiyon 2 |
| Sayfa | 18 / 45 |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: SİNİR 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 SBF-HB-LS-05 Yetişkinler 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 |
| | | | <input type="checkbox"/> Sol yetersiz | <input type="checkbox"/> Sol gözde körlük | <input type="checkbox"/> Sol gözde katarakt |
| Gözde sorun | <input type="checkbox"/> Şişlik | <input type="checkbox"/> Akıntı | <input type="checkbox"/> Kızarıklık | <input type="checkbox"/> Kanama | <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Pupil değerlendirmesi | <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: | | |
| Diabetik 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: | | |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-03 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 11.10.2024 |
| Revizyon No | Versiyon 2 |
| Sayfa | 19 / 45 |

| | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|--|
| 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 tanımlarını 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 tanımlarını 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 tanımlarını 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: |
| 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.) |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-03 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 11.10.2024 |
| Revizyon No | Versiyon 2 |
| Sayfa | 20 / 45 |

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| 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"/> Kızamık <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 SBF-HB-LS-04 Yetişkinler İçin 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: |
| 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 tanılarını belirtiniz. | | | |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-03 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 11.10.2024 |
| Revizyon No | Versiyon 2 |
| Sayfa | 21 / 45 |

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 SBF-HB-LS-02 Ağrı Değerlendirmesini 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 | | | |
| 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 | |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-03 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 11.10.2024 |
| Revizyon No | Versiyon 2 |
| Sayfa | 22 / 45 |

| | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 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 tanımlarını 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 tanımlarını 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 tanımlarını belirtiniz. | | | | |

NOT:

- Topladığımız veriler doğrultusunda SBF-HB-FR-32 Hemşirelik Bakım Planı Formu'nu doldurunuz ve gerektiğinde çoğaltınız.
- Taburculuk eğitimi SBF-HB-FR-44 Taburculuk Eğitim Formu'na kaydediniz.
- Sağlık eğitimi SBF-HB-FR-45 Sağlık Eğitimi Formu'na kaydediniz.
- Bu dersin uygulamasının gereği olarak en az bir kez yaparık öğrenmesi hedeflenen uygulama listesi SBF-HB-LS-07 Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulama Listesi'nde yer almaktadır.



DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-04 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 23 / 45 |

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 aşılarn 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 | |



DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-04 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 24 / 45 |

| | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 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 |
| Menstruasyon | Süresi: | |



DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-04 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 25 / 45 |

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 |
| Hiperemesis 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 |



DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-04 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 26 / 45 |

| | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 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 | SBF-HB-FR-05 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 27 / 45 |

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 | | |
| Bebeğinin 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 |
| Bebeğin büyüme gelişmesi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var |
| Yenidoğan bebeğin özellikleri | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var |
| Bebeğe uyarar verilmesi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var |
| Diğer | | |



JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-06 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 28 / 45 |

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 | SBF-HB-FR-06 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 29 / 45 |

KONTRASEPTİF KULLANMA ÖYKÜSÜ

| ŞU ANA KADAR KULLANILAN YÖNTEMLER | SÜRESİ | YAN ETKİLERİ | BIRAKMA NEDENİ |
|-----------------------------------|--------|--------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |



ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-20 |
| Yayın Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | Versiyon 0 |
| Sayfa | 30 / 45 |

KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

| | | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Tarih | | | | | |
| Uygulama Birimi | | | | | |
| Süpervizör Adı Soyadı | | | | | |
| UYGULAMA HEDEFLERİ | | | | | |
| Klinik uygulama sonunda uygulama hedeflerine ne kadar ulaştığımızı 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 kazandığımız 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 | SBF-HB-FR-20 |
| Yayın Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | Versiyon 0 |
| Sayfa | 31 / 45 |

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 eğitime 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. | | | | | |



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

Doküman No SBF-HB-FR-24
Yayın Tarihi 11.10.2021
Revizyon Tarihi 11.10.2024
Revizyon No Versiyon 2
Sayfa 32 / 45

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

Öğrencinin Adı Soyadı: _____ Öğretim Elemanının Adı Soyadı: _____
Numarası: _____ Alan/Klinik Rehberin Adı Soyadı: _____

A. GENEL BECERİLER

| Değerlendirme Kriterleri | 0 puan | 1 puan | 2 puan | 3 puan | 4 puan | 5 puan | Öğretim Elemanı Puanı | Alan/ Klinik Rehber* Puanı |
|---|--|--|---|---|--|--|-----------------------|----------------------------|
| İletişim | | | | | | | | |
| Hasta/sağlıklı birey ve aileler ile terapötik iletişim kurar. | İletişim kurmamıştır. | İletişimi başlatmıştır (Selamlaşma, kendini tanıtmaya ve rolü hakkında bilgilendirme). | Basit ve genel ifadelerle iletişimi devam ettirmiştir. | Sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerini kullanarak iletişimi devam ettirmiştir. | Empatik iletişim becerilerini kullanarak duygu, düşünce ve davranışları değerlendirmiştir. | Terapötik iletişimi başlatmış, sürdürmüş ve sonlandırmıştır. | | |
| Öğretim üye/elemanı, grup arkadaşları ve sağlık ekibi üyeleri ile profesyonel iletişim kurar. | İletişim kurmamıştır. | İletişimi başlatmıştır (Selamlaşma, kendini tanıtmaya ve rolü hakkında bilgilendirme). | Basit ve genel ifadelerle iletişimi devam ettirmiştir. | Sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerini kullanarak iletişimi devam ettirmiştir. | Empatik iletişim becerilerini kullanarak duygu, düşünce ve davranışları değerlendirmiştir. | Profesyonel iletişim kurmuştur. | | |
| Eğitim | | | | | | | | |
| Hasta/sağlıklı birey ve ailenin gereksinimlerine göre eğitim/egitimler planlar, uygular ve değerlendirir. | Herhangi bir eğitim planlamamıştır. | Eğitim planlamıştır. | Eğitim planlamış ve uygulamıştır. | Eğitim planlamış, uygulamış ve değerlendirmiştir. | - | - | | |
| Eğitimde etkili materyal, öğretim yöntem ve tekniklerini kullanır. | Eğitime yönelik herhangi bir materyal yoktur, herhangi bir öğretim yöntemi ve teknik kullanmamıştır. | Eğitime yönelik materyal planlamıştır. | Eğitime yönelik materyali hazırlamış, öğretim yöntemi ve teknikleri belirlemiştir. | Eğitimde etkili materyal, öğretim yöntemi ve tekniklerini kullanmıştır. | - | - | | |
| Araştırma | | | | | | | | |
| Ulusal/uluslararası düzeyde bilimsel bilgilere ulaşır ve hemşirelik sürecinde kullanır. | Bilimsel bilgiye ulaşmamıştır. | Bilimsel bilgiye ulaşmıştır. | Bilimsel bilgilere ulaşmıştır ve hemşirelik sürecinde kullanmıştır. | - | - | - | | |
| Mesleğe yönelik yenilikleri, gelişmeleri takip eder ve mesleki uygulamalarına yansıtır. | Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip etmemiştir. | Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip etmiştir. | Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip etmiştir ve mesleki uygulamalarına yansıtmıştır. | - | - | - | | |
| Profesyonel Davranışlar | | | | | | | | |
| Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (ÇAKÜ SBF) "Mesleki Alan Uygulama Yönergesi" sine uygun davranır. | Yönergeye uygun davranmamıştır. | Yönerge maddelerine kısmen uygun davranmıştır. | Yönerge maddelerinin çoğunluğuna uygun davranmıştır. | Yönerge maddelerinin tamamına uygun davranmıştır. | - | - | | |
| Mesleki uygulamalarında "Hemşirelikte Etik Kodları"na uygun davranır. | Etik kodlara uygun davranmamıştır. | Etik kodlara kısmen uygun davranmıştır. | Etik kodların çoğunluğuna uygun davranmıştır. | Etik kodların tamamına uygun davranmıştır. | - | - | | |
| Klinik/uygulama süreçlerinde problem çözme becerilerini kullanır. | Problem çözme süreçlerini kullanmamıştır. | Problemin farkına varmıştır, onu sınırlamıştır, çözüm ile ilgili bilgi toplamıştır. | Problemin çözümü için uygun araçları hazırlamıştır ve organize etmiştir. | Problem çözüm yollarını uygulamıştır. | Uygulamanın sonucunu değerlendirmiştir. | - | | |



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

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-24 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 11.10.2024 |
| Revizyon No | Versiyon 2 |
| Sayfa | 33 / 45 |

B. ALANA ÖZGÜ BECERİLER (70 puan)

Hemşirelik Sürecini Uygulama Becerisi (24 puan)

| Değerlendirme Kriterleri | 0 puan | 1 puan | 2 puan | 3 puan | 4 puan | Öğretim Elemanı Puanı | Alan/Klinik Rehber* Puanı |
|---|---|---|--|---|--------|-----------------------|---------------------------|
| Doğru ve yeterli veri toplar. | Verileri toplamamıştır. | Verileri sadece hastadan/dosyadan toplamıştır. | Verileri hem hastadan hem dosyadan toplamıştır ancak fizik muayene bulgularıyla doğrulamamıştır. | Verileri yeterli toplamıştır ve fizik muayene bulguları ile doğrulamıştır. | - | | |
| Sağlıklı/hasta bireye özgü hemşirelik tanımlarını belirler. | Hemşirelik tanımlarını belirlememiştir. | Hemşirelik tanımlarını belirlemiş ancak sağlıklı/hasta bireye uygun değildir. | Hemşirelik tanımlarının çoğunu belirlemiş ancak yeterli değildir. | Sağlıklı/hasta bireye özgü hemşirelik tanımlarını belirlemiştir. | - | | |
| Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirler. | Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirlememiştir. | Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirlemiş ancak sağlıklı/hasta bireye uygun değildir. | Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre çoğunu belirlemiş ancak yeterli değildir. | Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirlemiştir. | - | | |
| Her bir hemşirelik tanısına yönelik amaç belirler. | Amaç belirlememiştir. | Amaç belirlemiş ancak tanımlara uygun değildir. | Çoğu hemşirelik tanısına uygun amaç belirlemiştir. | Her bir hemşirelik tanısına uygun amaç belirlemiştir. | - | | |
| Her bir hemşirelik tanısına yönelik beklenen hasta sonucunu belirler. | Beklenen hasta sonucunu belirlememiştir. | Beklenen hasta sonucunu belirlemiştir ancak tanımlara uygun değildir. | Çoğu hemşirelik tanısına uygun beklenen hasta sonucunu belirlemiştir. | Her bir hemşirelik tanısına uygun beklenen hasta sonucunu belirlemiştir. | - | | |
| Hemşirelik tanımlarına özgü girişimleri planlar. | Hemşirelik tanısına özgü girişim planlamamıştır. | Hemşirelik girişimini planlamış ancak tanımlara uygun değildir. | Çoğu hemşirelik girişimini planlamıştır. | Her bir hemşirelik girişimi planlamıştır. | - | | |
| Hemşirelik tanımlarına özgü girişimleri uygular. | Hemşirelik tanısına özgü girişimleri uygulamamıştır. | Hemşirelik girişimlerini kısmen uygulamıştır. | Planladığı çoğu hemşirelik girişimini uygulamıştır. | Her bir hemşirelik girişimi uygulamıştır. | - | | |
| Hemşirelik tanımlarına özgü değerlendirmeyi yapar. | Değerlendirme yapmamıştır. | Hemşirelik tanısına özgü değerlendirme yapmamıştır. | Beklenen hasta sonuçlarını değerlendirmiştir. | Beklenen hasta sonuçlarına göre değerlendirme yapmış ve bakım planını gözden geçirmiştir. | - | | |

Uygulama Becerisi (46 puan)

| Değerlendirme Kriterleri | 0 puan | 1 puan | 2 puan | 3 puan | 4 puan | Öğretim Elemanı Puanı | Alan/Klinik Rehber* Puanı |
|--|--|--------|---|--------|--|-----------------------|---------------------------|
| Güvenli ilaç hazırlama ve uygulamasını yapar. | Güvenli ilaç hazırlamamıştır. | - | Güvenli ilaç hazırlamıştır ancak uygulamamıştır. | - | Güvenli ilaç hazırlamış ve uygulamıştır. | | |
| Leopold manevralarını doğru bir şekilde uygulayabilir. | Leopold manevralarını uygulayamamıştır. | - | Leopold manevralarını eksik bir şekilde uygulamıştır. | - | Leopold manevralarını eksiksiz doğru bir şekilde uygulamıştır. | | |
| NST uygular ve değerlendirir. | NST uygulamamıştır. | - | NST uygulamış ancak değerlendirmemiştir. | - | NST uygulamış ve doğru bir şekilde değerlendirmiştir. | | |
| Doğum sonu/küretaj sonrası kanama takibi yapar. | Doğum sonu/küretaj sonrası kanama takibi yapmamıştır. | - | Doğum sonu/küretaj sonrası kanama takibini eksik yapmıştır. | - | Doğum sonu/küretaj sonrası kanama takibini eksiksiz yapmıştır. | | |
| Perine bakımını yapar. | Perine bakımını yapmamıştır. | - | Perine bakımını eksik yapmıştır. | - | Perine bakımını eksiksiz yapmıştır. | | |
| Uterus involusyonunu değerlendirir. | Uterus involusyonunu değerlendirmemiştir. | - | Uterus involusyonunu eksik değerlendirmiştir. | - | Uterus involusyonunu doğru bir şekilde değerlendirmiştir. | | |
| Venöz dolaşım bakımı verir (erken mobilizasyon, yatak içi ROM egzersizi yaptırma, gözlem). | Venöz dolaşım bakımı vermemiştir. | - | Venöz dolaşım bakımını eksik vermiştir. | - | Venöz dolaşım bakımını doğru bir şekilde vermiştir. | | |
| Yenidoğan bakımı yapar. | Yenidoğan bakımı yapmamıştır. | - | Yenidoğan bakımını eksik yapmıştır. | - | Yenidoğan bakımını eksiksiz yapmıştır. | | |
| Emzirme eğitimi verir. | Emzirme eğitimi vermemiştir. | - | Emzirme eğitimi hazırlamış ancak vermemiştir. | - | Emzirme eğitimi vermiştir. | | |
| Cinsel sağlık/aile planlaması/KKMM/menopoz/kegel egzersizi/tarama programları hakkında eğitim verir. | Herhangi bir konuda eğitim vermemiştir. | - | Belirlenen konulardan birinin eğitimi hazırlamış ancak vermemiştir. | - | Belirtilen konulardan birinin eğitimi vermiştir. | | |
| Uygulanacak işlemler öncesi kadına açıklama yapar/bilgi verir. | Uygulanacak işlemler öncesi kadına herhangi bir açıklama yapmamış/bilgi vermemiştir. | - | Uygulanacak işlemler öncesi kadına gerekli açıklamaları yapmış/bilgi vermiştir. | - | | | |
| Mahremiyete dikkat eder. | Mahremiyete dikkat etmemiştir. | - | Mahremiyete kısmen dikkat etmiştir. | - | Mahremiyete dikkat etmiştir. | | |

PARTTOPLAM PUAN:

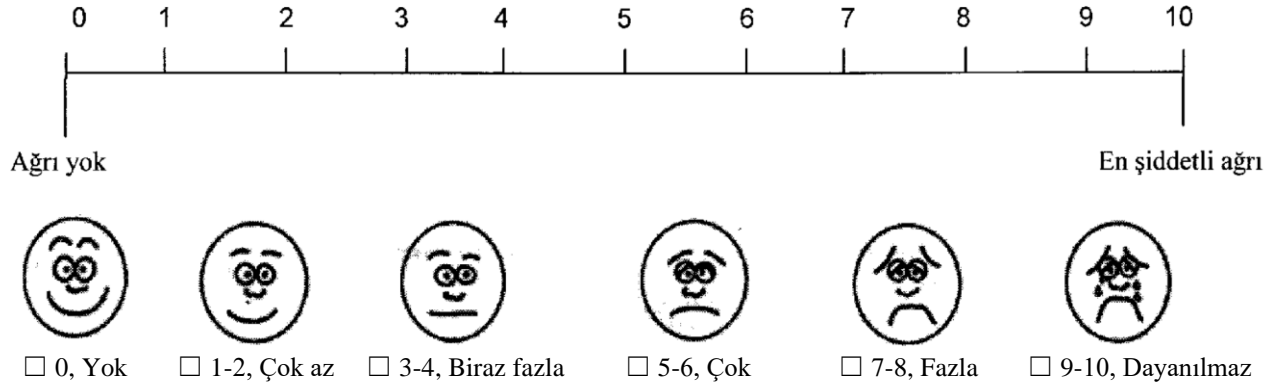
*Mesleki uygulama yapılan kurumda kadrosu bulunan öğrencinin birlikte çalıştığı ve mesleki uygulamadan da sorumlu olan meslek uzmanı.



YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRMESİ

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-LS-02 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 35 / 45 |

AĞRI TANILAMA





YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-LS-03 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 36 / 45 |

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 .../.../... PUAN | TARİH .../.../... PUAN | TARİH .../.../... PUAN | TARİH .../.../... PUAN | TARİH .../.../... PUAN |
| 1 | YAŞ 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 | Bilinci 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 | SBF-HB-LS-04 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 37 / 45 |

| 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 | SBF-HB-LS-05 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 38 / 45 |

| 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 |
| | Uygunsuz 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 | | |



LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-FR-43 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 40 / 45 |

| 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 | SBF-HB-FR-44 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 41 / 45 |

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 | SBF-HB-FR-45 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 42 / 45 |

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 | SBF-HB-LS-07 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 43 / 45 |

UYGULAMA ALANINA GÖRE ÖĞRENCİDEN, HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKELER, İÇ HASTALIKLARI VE CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ DERSLERİNDEN 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, ıkmaya 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 zimmetli 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.



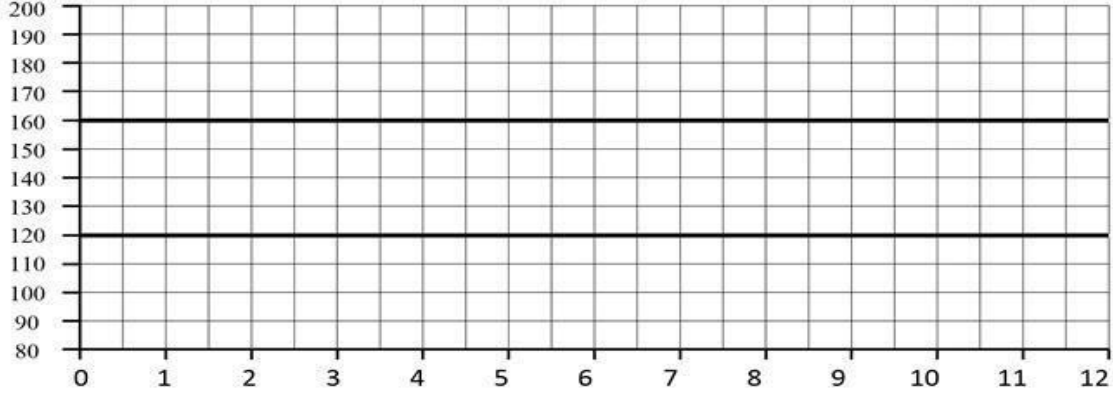
PARTOGRAF

| | |
|-----------------|--------------|
| Doküman No | SBF-HB-LS-08 |
| Yayın Tarihi | 11.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon No | Versiyon 1 |
| Sayfa | 44 / 45 |

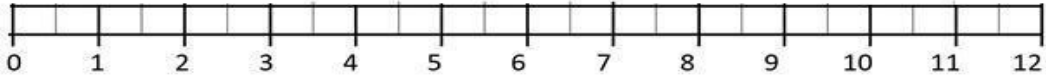
PARTOGRAF

| | | | |
|-------------------|----------------|----------------------------|--------------|
| Hasta Adı Soyadı: | Gravida: | Parite: | Protokol No: |
| Yatış Tarihi: | Başvuru Saati: | Membran Ruptürü:saat | |

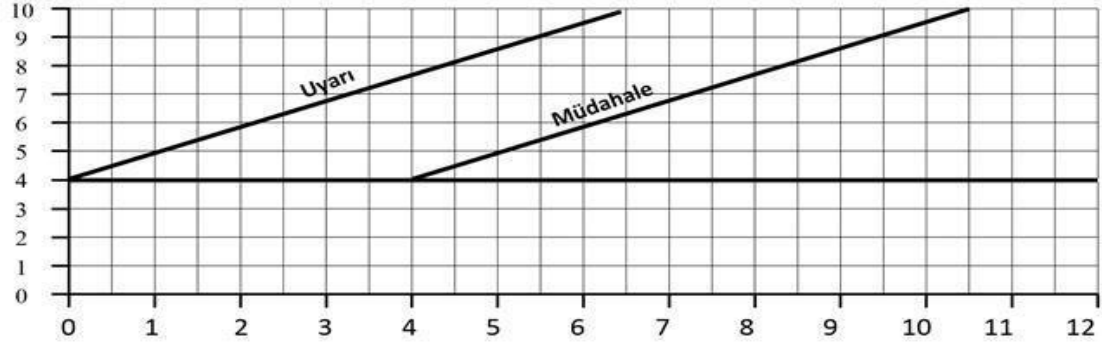
Fetal Kalp Atım Hızı



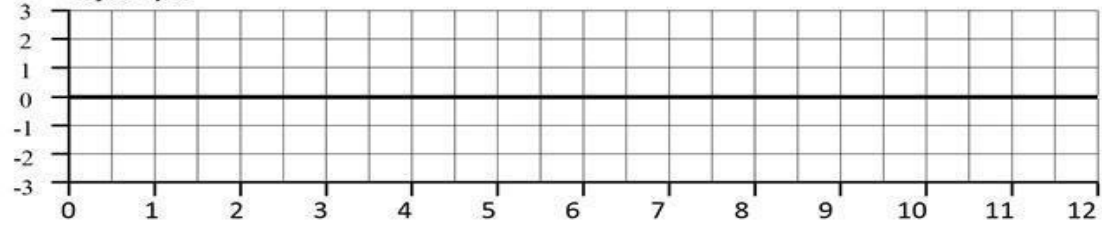
Amniyon Sıvısı



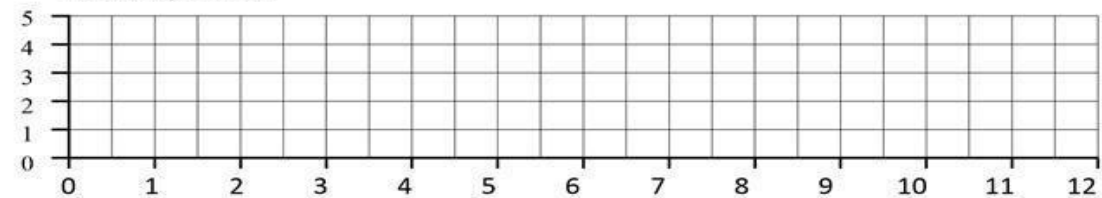
Serviks Açıklığı



Baş Seviyesi



Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:
Başlama Saati:

KAYNAKLAR

1. Taşkın L. (2023). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 18. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara.
2. Erenel A.Y., Vural G. (2020). Hemşire ve Ebeler için Perinatal Bakım.1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevleri.
3. Özkan Arslan H. (2020) Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Akademisyen Kitabevi.
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. (2019). 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.