|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GEBE VERİ TOPLAMA FORMU** | | | | | | | | |
| Görüşme Tarihi |  | | | | | | | |
| Hastaneye Yatış Tarihi |  | | | | | | | |
| Tanısı | Normal Gebelik | |  | | Riskli Gebelik | |  | |
| 1. **TANITICI BİLGİ** | | | | | | | | |
| Gebenin Adı Soyadı |  | | |  | |  | | |
| Yaşı |  | | |  | |  | | |
| Medeni Durumu |  | | |  | |  | | |
| Evlilik Süresi |  | | |  | |  | | |
| Aile Tipi |  | | |  | |  | | |
| Kan Grubu |  | | |  | |  | | |
| Eşinin Kan Grubu |  | | |  | |  | | |
| Akrabalık Durumu | YOK |  | | 1. |  | 2. | |  |
| Gebelik Şekli | Planlı | |  | | Plansız | |  | |
| Gebelik Haftası | Son Adet Tarihi (SAT) | |  | | Tahmini Doğum Tarihi (TDT) | |  | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sorumlu Öğretim Üyesi/Klinik Sorumlu Ebesi

İmza