|  |
| --- |
| **JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU**\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. |
| Görüşme Tarihi |  |
| Hastaneye Yatış Tarihi |  |
| Tanısı |  |
| 1. **TANITICI BİLGİ**
 |
| Adı Soyadı |  | Evlilik Süresi |  |
| Yaşı |  | Aile Tipi |  |
| Medeni Durumu |  | Kan Grubu |  |
| Varsa yapılan girişim-operasyon |  |  |  |
| Obstetrik Öykü  | G: P: A: Y: |
| Herhangi olumsuz bir alışkanlığınız var mı? (sigara, alkol, madde kullanımı vs.) |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **MEVCUT SAĞLIK SORUNUNUN ORTAYA ÇIKIŞI VE TEDAVİ SÜRECİ İLE İLGİLİ ÖYKÜSÜ (HASTA, HASTA DOSYASI VB.)**
 |
| **Aldığı Tedavi** | **Beklenen Etkiler** | **Yan etkiler** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **ÖNCEDEN GEÇİRDİĞİ JİNEKOLOJİK OPERASYONLAR / GİRİŞİMLER**
 |
| ( ) Tüpligasyon…………………………. | ( )Criyo…………………………… |
| ( )Histerektomi………………………….  | ( )Sezaryan………………………..  |
| ( )Ooferektomi………………………….  | ( )Koterizasyon…………………… |
| ( )Laparoskopi………………………….  | ( )Diğer…………………………….  |

|  |
| --- |
| **Herhangi bir AP yöntemi kullanıyor musunuz?** ( ) Evet ( ) Hayır |
| Evet ise açıklayınız: |
| **SAĞLIK DAVRANIŞLARI**  | **EVET** | **HAYIR** |
| Pap smear  | ( ) | ( ) |
| Kendi Kendine Meme Muayenesi  | ( ) | ( ) |
| Kendi Kendine Vulva Muayenesi  | ( ) | ( ) |
| Mamografi  | ( ) | ( ) |

|  |
| --- |
| 1. **FİZİKSEL MUAYENE \* alanlar / değerler için tablo düzeltilmeli**
 |
| **VİTAL BULGULAR** | **Ateş** |  | **Nabız** | **Solunum** |  | **TA** |  |
| **Memeler**  | Görünüm | ( ) Simetrik( )Asimetrik |  |
| Nodül | ( ) Var ( ) Yok  |
| **Kilo:**  | Boy:  |  | BKİ: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Menarş Yaşı |  |
| Menstrual Siklus  | Süresi ……… Sıklığı : ……… |
| Menstruasyonda kullandığınız pedi değiştirme sıklığınız: |  |
| Menstruasyon sırasında hijyen ve banyo alışkanlığınız: |  |
| Menstruasyon sırasında cinsel ilişki: |  |
| Menopoza girme durumu (Evetse menopoza girdiğiniz yaş): | Evet ( )……. Hayır ( ) |
| Menopozal dönemde yaşadığınız fiziksel değişiklikler/sorunlar: |  |
| Menopozal dönemde yaşadığınız psikososyal değişiklikler/sorunlar: |  |
| HRT (Hormon Replasman Tedavisi) alma Durumu | Aldı ( ) Almadı ( ) |
| HRT Alıyor/aldı ise-alınan tedavi |  |
| Başlama zamanı: |  |
| Kullanım Süresi: |  |
| Tedaviye uyumu: |  |

|  |
| --- |
| **E- SON BİR YILDIR ÜREME SAĞLIĞI İLE İLGİLİ OLARAK AŞAĞIDAKİ PROBLEMLERİ YAŞAMA DURUMUNUZU VE PROBLEMLERİ YAŞAMA SÜRESİNİ BELİRTİNİZ** |
| **YAKINMA** | **AÇIKLAMA** | **YAKINMA** | **AÇIKLAMA** |
| **( )** Yok |  | **( )** Cinsel ilişki yaşı |  |
| **( )** Perine Bölgesinde Lezyon / Kitle  |  | **( )** Vajinismus  |  |
| **( )** Perine Bölgesinde Kaşıntı  |  | **( )** Cinsel istekte azalma  |  |
| **( )** Anormal Akıntı |  | **( )** Post koital kanama / ağrı |  |
| **( )** Pelvik İnflamatuar Hastalık |  | **( )** Cinsel İlişki Sırasında Ağrı |  |
| **( )** Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon |  | **( )** Prementrual Şikayetler  |  |
| **( )** Menopoza bağlı vazomotor Şikayetler |  | **( )** Dismenore |  |
| **( )** Osteoporoz |  | **( )** Metroraji |  |
| **( )** Postmenopozal Kanama |  | **( )** Menoraji/Hipermenore |  |
| **( )** İnkontinans |  | **( )** Oligomenore |  |
| **( )** Desensus-prolapsusa bağlı şikayetler |  | **( )** Polimenore  |  |
| **( )** Pelvik Ağrı  |  | **( )** Hipomenore |  |
| **( )** İnfertilite |  | **( )** Vajinal Kanama (kanama renk, koku, ped sayısı) |  |
| **( )** Vajinal akıntının özelliği (rengi, kokusu, miktarı) |  |
| Vulvada kaşıntı: | Var ( ) Yok ( )  |

|  |
| --- |
| **F- ÜRİNER BOŞALTIMLA İLGİLİ AŞAĞIDAKİ PROBLEMLERİ YAŞAMA DURUMUNUZU VE PROBLEMLERİ YAŞAMA SÜRESİNİ BELİRTİNİZ.** |
| ( ) Ağrı......................  | ( ) Güçlük........................  |
| ( ) Yanma ...................... | ( ) Damla damla idrar ..................  |
| ( ) İdrarı tutamama.........  | ( ) Gece idrara çıkma.........  |
| ( ) Sık idrara çıkma..................... | ( ) İdrarda bulanıklık...............  |
| ( ) İdrar kokusunda değişim……………..  | ( ) Diğer............................... |
| ( ) Hematüri........................ |
| **Barsak boşaltımıyla ilgili olarak aşağıdaki yakınmaları yaşama durumunuzu ve yakınmanın süresini belirtiniz.**  |
| ( ) Yok ........................ | ( ) karında kramp..................  |
| ( ) bağırsakta parazit............  | ( ) aşırı barsak gazı.......  |
| ( ) rektumda kanama.................  | ( ) kabızlık……………..  |
| ( ) ishal………… | ( ) Diğer |
| **Ostomi (stoma) var mı?**  | **Varsa bakımı:** |
| **Ürostomi var mı?** | **Varsa bakımı:** |

|  |
| --- |
| **F- ALT EKSTREMİTELER** |
| **Belirti** | **Sağ Bacak** | **Sol Bacak** |
| Tromboflebit  | ( ) Var | ( ) Yok | ( ) Var | ( ) Yok |
| Ödem | ( ) Var | ( ) Yok | ( ) Var | ( ) Yok |
| Varis  | ( ) Var | ( ) Yok | ( ) Var | ( ) Yok |

|  |
| --- |
| **G- LABORATUVAR BULGULARI** ( son dört değeri değerlendiriniz) |
| **TARİH** | **KAN** | **İDRAR** | **ULTRASON** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **H- AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ LOKALİZASYONU/TÜRÜ** |
| **AĞRININ KARAKTERİSTİĞİ** |
| Yanıcı ( ) | Batıcı ( )  | Sızlayıcı ( ) | Uyuşma ( ) |  |
| **AĞRININ HASSASİYETİ** |
| Keskin ( ) | Yayılan Karıncalanma ( )  | Basınç Hissi ( ) | Elektrik Çarpması ( ) | Bıçak Batması ( ) |
| **AĞRI SKALASINA GÖRE DERECESİ** |
| **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