|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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