|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4c646e9b3eaa481b8b416dd3881c7704** https://krtknadmn.karatekin.edu.tr/files/sbf/logo/4c646e9b3eaa481b8b416dd3881c7704.png | **EBELİK YAZ KLİNİK UYGULAMALARI**  **ÖĞRENCİ DOSYASI (REHBER)** | Doküman No | SBF-RH-08 |
| Yayın Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | Versiyon 0 |
| Sayfa | **1** / **1** |

****

**Çankırı Karatekin Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

Ebelik Bölümü



**YAZ KLİNİK UYGULAMALARI ÖĞRENCİ**

**DOSYASI**

****

Fotoğraf

Zorunludur

**Çankırı Karatekin Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

Ebelik Bölümü

****

**YAZ KLİNİK UYGULAMALARI ÖĞRENCİ DOSYASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİSİ** | | |
| **Adı Soyadı** |  | |
| **No** |  | |
| **Cep Telefonu** |  | |
| **Adres I** |  | |
| **Adres II** |  | |
| **Dersin Kodu - Adı** |  | **Dönemi** |
| **DANIŞMAN** |  | |

****

**YAZ KLİNİK UYGULAMALARI**

Yaz Klinik Uygulamasında Sağlık Bilimleri Fakültesi Yaz klinik Uygulamaları Yönergesi esas alınarak yürütülür.

**Tanımlar:**

**Yaz Klinik Uygulama Koordinatörü:** İlgili Bölüm Başkanı tarafından belirlenen ve bölüm öğrencilerinin yapacakları yaz klinik uygulama koordinasyonu ve kontrolünün bizzat sorumlu olan bölüm yetkilisini,

**Danışman:** Dersin sorumlu öğretim elemanı ve yaz klinik uygulama komisyonun doğal üyesi

**Yaz Klinik Uygulama Başvuru Formu:** Öğrencinin yaz klinik uygulamasına başlayacağı kurumun kabul formunu,

**Yaz Klinik Uygulama Dosyası:** Yaz klinik uygulama ile ilgili evrakları içeren dosyayı,

**Yaz Klinik Uygulama Raporu:** Yaz Klinik Uygulama sonunda öğrencinin uygulamadaki etkinliklerini aktardığı, **Yaz Klinik Uygulama Koordinatörü** ve ilgili Bölüm **Yaz Klinik Uygulama Komisyonun** onayladığı değerlendirme raporunu

**Amaçlar:**

Öğrencinin gözlem altında;

* Hasta, hasta yakını, çalışma arkadaşları ve diğer sağlık personeli ile iletişim becerisini kazanması
* Ebelik alanında temel seviyede kuramsal bilgi ve uygulama yeteneği kazanması
* Hikaye alma, subjektif ve objektif değerlendirme adımlarını tamamlayarak bu bilgileri yazılı ve sözlü rapor olarak sunma becerisi kazanması
* Gebeyi gözlemleme becerisi kazanması
* Güvenli bir şekilde ebelik uygulama becerisini kazanması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **YAZ KLİNİK UYGULAMALARI ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU**  **İlave sayfa kullanabilirsiniz. Forma ekleyiniz** | | | | | | | | | | |
| **Tarih** | | |  | | | | | | | |
| **Uygulama Birimi** | | |  | | | | | | | |
| **Süpervizör Adı Soyadı** | | |  | | | | | | | |
| **KURUM TANITIMI** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **I- BAŞLANGIÇ ÖĞRENME HEDEFLERİ** | | | | | | | | | | |
| Yaz klinik uygulaması sonunda bu hedeflere ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz ( X ) | | | | | | | | | | |
| **1** |  | **2** | |  | **3** |  | **4** |  | **5** |  |
| **II - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA** **GÖRÜLEN GEBE BİLGİSİ** | | | | | | | | | | |
| Yaz klinik uygulamasında kullandığınız ebelik uygulamalarını belirtiniz: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **III - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA KAZANDIĞINIZ EBELİK UYGULAMA BECERİLERİ** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **IV - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA KAZANDIĞINIZ EK TEORİK BİLGİ** | | | | | | | | | | |
| Uygulamanıza yansımasını kısaca yazınız: | | | | | | | | | | |
| **V - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA GRUP İLE KAZANDIKLARINIZ** | | | | | | | | | | |
| Yoksa nedenini açıklayınız: | | | | | | | | | | |
| **VI - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA EKSİK BULDUĞUNUZ YÖNLERİNİZ (TEORİ, UYGULAMA, İLETİŞİM, VB.)** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **VII - YAZ KLİNİK UYGULAMA YERİNİN “KLİNİK UYGULAMA EĞİTİMİ” AÇISINDAN** | | | | | | | | | | |
| Size göre en güçlü yanı: | | | | | | | | | | |
| Size göre en zayıf yanı: | | | | | | | | | | |
| Size göre yarattığı fırsat: | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN KLİNİK SÜPERVİZÖRÜN DEĞERLENDİRİLMESİ** | | | | | |
| Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır. (**X**) İşaretleyiniz. **Değerlendirme Kriterleri:** **1**:Hiç katılmıyorum **2**:Katılmıyorum **3**:Kısmen katılıyorum **4**:Katılıyorum **5**:Tamamen katılıyorum | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| İletişim becerileri yeterliydi. |  |  |  |  |  |
| Bilgi ve becerileri klinik eğitimim için yeterliydi (2 ayrı madde olması -bilgi, beceri önerilir) |  |  |  |  |  |
| Klinik ortamı eğitimime uygun olarak organize etti. |  |  |  |  |  |
| Klinik eğitimim 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 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I-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 | SAT | |  | | 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 PLNLAMASI 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** | | |  | | | **GEBELİK ÖNCESİ** | | |  | |
| **MAP ???BKI/ VKI???** |  | | | | | | | | | | |
| **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** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II-NORMAL GEBE KADININ GEBELİK TAKİBİ VE BAKIM FORMU\***  \*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. | | | | |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** | | | |
| **Tarih** |  | **Protokol No** | |  |
| **Vitamin/Mineral Destekleri, Bağışıklama** | | | | |
| **Danışmanlık Konusu** | | | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** | |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** | | | |
| **Tarih** |  | **Protokol No** | |  |
| **Vitamin/Mineral Destekleri, Bağışıklama** | | | | |
| **Danışmanlık Konusu** | | | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** | |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** | | | |
| **Tarih** |  | **Protokol No** | |  |
| **Vitamin/Mineral Destekleri, Bağışıklama** | | | | |
| **Danışmanlık Konusu** | | | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** | | | |
| **Tarih** |  | **Protokol No** | |  |
| **Vitamin/Mineral Destekleri, Bağışıklama** | | | | |
| **Danışmanlık Konusu** | | | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** | |
| **Sıra No:** | | | **Adı Soyadı** | |
| **Tarih** |  | **Protokol No** | |  |
| **Vitamin/Mineral Destekleri, Bağışıklama** | | | | |
| **Danışmanlık Konusu** | | | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **III-RİSKLİ GEBE KADININ GEBELİK TAKİBİ VE BAKIM FORMU\***  \*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. | | | | |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** | | | |
| **Tarih** |  | **Protokol No** | |  |
| **Ön Tanı** | | |  | |
| **Girişimler** | | | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** | | | |
| **Tarih** |  | **Protokol No** | |  |
| **Ön Tanı** | | |  | |
| **Girişimler** | | | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** | | | |
| **Tarih** |  | **Protokol No** | |  |
| **Ön Tanı** | | |  | |
| **Girişimler** | | | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** | | | |
| **Tarih** |  | **Protokol No** | |  |
| **Ön Tanı** | | |  | |
| **Girişimler** | | | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** | | | |
| **Tarih** |  | **Protokol No** | |  |
| **Ön Tanı** | | |  | |
| **Girişimler** | | | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV-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…………………………. | ( )Cryo…………………………… |
| ( )Histerektomi…………………………. | ( )Sezaryan……………………….. |
| ( )Ooferektomi…………………………. | ( )Koterizasyon…………………… |
| ( )Laparoskopi…………………………. | ( )Diğer……………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Herhangi bir AP yöntemi kullanıyor musunuz?**( ) Evet (Açıklayınız)......................... ( ) Hayır | | |
| Açıklayınız: | | |
| **SAĞLIK DAVRANIŞLARI** | **EVET** | **HAYIR** |
| Pap smear yaptırma | ( ) | ( ) |
| Kendi Kendine Meme Muayenesi yapma | ( ) | ( ) |
| Kendi Kendine Vulva Muayenesi yapma | ( ) | ( ) |
| Mamografi çektirme | ( ) | ( ) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 YAKINMALAR YAŞAMA DURUMUNUZU VE YAKINMANIN SÜRESİNİ BELİRTİNİZ.** | | | | |
| **YAKINMA** | | **AÇIKLAMA** | **YAKINMA** | **AÇIKLAMA** |
| **( )** Yakınma Yaşamıyorum | |  | **( )** 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 YAKINMALARI YAŞAMA DURUMUNUZU VE YAKINMANIN 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.** | | | |
| ( ) yakınma yaşamıyor........................ | | ( ) 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** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **V-JİNEKOLOJİK VE OBSTETRİK PATOLOJİSİ OLAN KADINLARIN BAKIM FORMU\***  \*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. | | | | | | | | |
| Sıra No: | Adı Soyadı | | | Tanı: | | | | |
| Tarih |  | Protokol No | | | | | |  |
| Başlıca Semptom ve Bulgular | | | | | | | | |
| Yapılan Girişimler | | | | | | | | |
| Danışmanlık Konusu | | | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası | | | | | |
| Sıra No: | Adı Soyadı | | | | Tanı: | | | |
| Tarih |  | Protokol No | | | | | | Tarih |
| Başlıca Semptom ve Bulgular | | | | | | | | |
| Yapılan Girişimler | | |  | | | | | |
| Danışmanlık Konusu | | | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası | | | | | |
| Sıra No: | Adı Soyadı | | | | | | Tanı: | |
| Tarih |  | Protokol No | | | | | |  |
| Başlıca Semptom ve Bulgular | | | | | | | | |
| Yapılan Girişimler | | |  | | | | | |
| Danışmanlık Konusu | | | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası | | | | | |
| Sıra No: | Adı Soyadı | | | | | Tanı: | | |
| Tarih |  | Protokol No | | | | | |  |
| Başlıca Semptom ve Bulgular | | | | | | | | |
| Yapılan Girişimler | | | | | | | | |
| Danışmanlık Konusu | | | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası | | | | | |

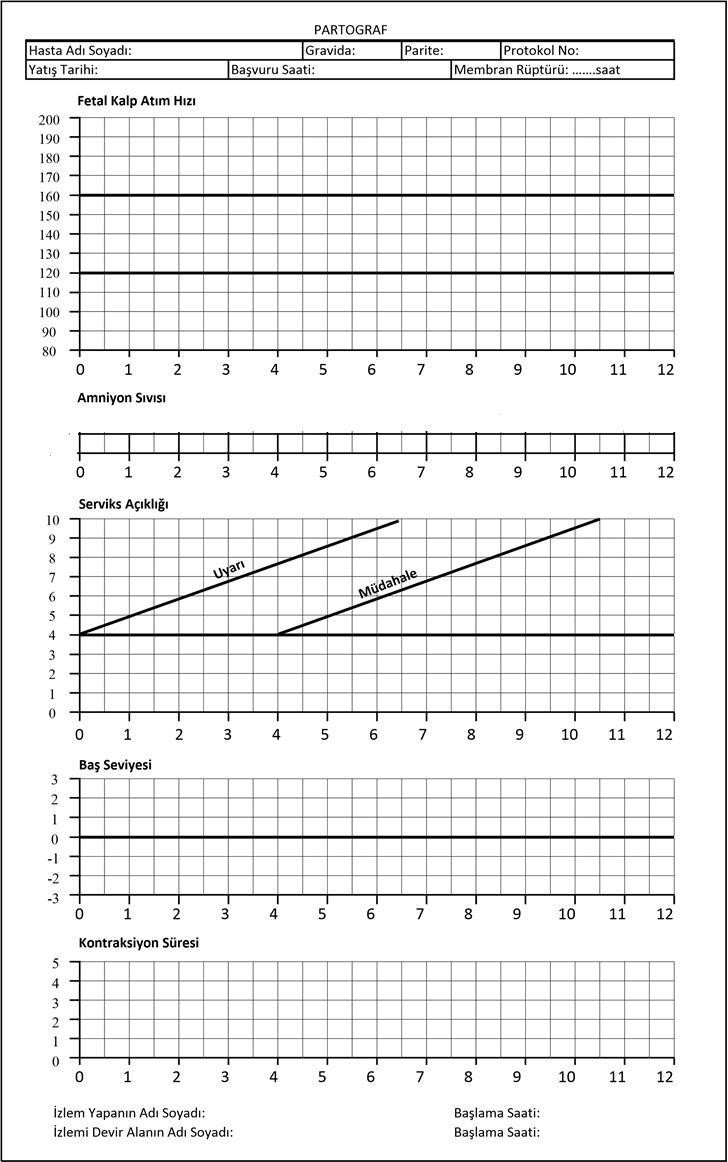
|  |  |
| --- | --- |
| **VI-DOĞUM İZLEM FORMU\***  \*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. | |
| Görüşme Tarihi |  |
| Hastaneye Yatış Tarihi |  |
| Tanısı |  |
| 1. **TANITICI BİLGİ** | |
| Adı Soyadı |  |
| Yaşı |  |
| Kilosu |  |
| Kan Grubu |  |
| Eşinin Kan grubu: |  |
| Gebelik Sayısı: |  |
| Canlı Doğum Sayısı: |  |
| Düşük Sayısı: |  |
| Daha önce doğum yapmışsa doğum şekli: |  |
| SAT: |  |
| Gebelik Haftası: |  |
| Gebelikte Kullandığı İlaçlar: |  |
| Gebelikte Geçirdiği Hastalıklar: |  |
| Herhangi bir şeye allerjisi var mı:? |  |
| Dilatasyon: |  |
| Önde Gelen Kısım: |  |
| Amnion Kesesinin Durumu: |  |
| Tansiyon: |  |
| Nabız: |  |
| Ateş: |  |
| Solunum: |  |
| **USG Sonucu:** |  |
| **NST** |  |
| **OCT** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Problemler** | **Gebe** | **Birinci Derece Yakınlar** |
| Hastaneye yatma |  |  |
| Ameliyat |  |  |
| Cinsel yolla bulaşan hastalık |  |  |
| Kalp ve damar hastalıkları |  |  |
| Tüberküloz |  |  |
| Diyabet |  |  |
| Konvülsif hastalıklar |  |  |
| Tiroid problemleri |  |  |
| Psikolojik problemler |  |  |
| Enfeksiyonlar |  |  |
| Hematolojik problemler |  |  |
| Çoğul doğumlar |  |  |
| Konjenital hastalık ve anomali |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **LABORATUVAR BULGULARI** | | | |
| **TARİH** | **KAN** | **İDRAR** | **ULTRASON** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **C-TIBBİ TEDAVİ: (Eylem süresince kullanılan ilaçlar)** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D- EYLEMDEKİ RİSKLİ DURUMLAR** | | |
| **RİSKLİ DURUM** | **VAR** | **YOK** |
| Anormal prezentasyon |  |  |
| Çoğul gebelik |  |  |
| Hidroamnios |  |  |
| Mekonyumlu Amnion mai |  |  |
| Erken membran rüptürü |  |  |
| Ablatio plasenta/plasenta previa |  |  |
| Uzamış eylem |  |  |
| Hızlı doğum eylemi |  |  |
| Ateş |  |  |
| Duygusal/psikolojik problemler |  |  |
| Anormal Kanama |  |  |
| Diğer |  |  |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **E- DOĞUM EYLEMİNDE YAŞANAN PROBLEMLER**  (Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız) | | |
| **YAŞANAN PROBLEM** | **VAR** | **YOK** |
| Hızlı doğum |  |  |
| Zor ve uzun doğum eylemi |  |  |
| Müdahaleli Doğum Eylemi Epizyotomi Forseps/Vakum uygulaması Sezaryen |  |  |
| İri bebek doğumu (4 kg ve üzeri) |  |  |
| Düşük doğum aağırlıklı bebek doğumu |  |  |
| Doğum pozisyonu (Baş, makat, vb.) |  |  |
| Preterm eylem |  |  |
| Postterm eylem |  |  |
| Çoğul doğum |  |  |
| Ölü doğum |  |  |
| Doğum sonrası ölen bebek |  |  |
| Anomaiili/problemli bebek |  |  |
| **Diğer** |  |  |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **F- PLASENTANIN DOĞUM SAATİ** | | |  | |
| **MÜDAHALE VAR MI?** | | | **EVET** | **HAYIR** |
| **FUNDUS** |  | **LOŞİA** | Miktar | |
| Pozisyonu | İçerik:(pıhtı, koku vs.) | |
| Kıvamı | Koku | |
| Seviyesi | Ped sayısı: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **G-BEBEĞIN** | | | |
| Doğum Tarihi | | Saati: | |
| Cinsiyeti | Kilosu | | Boyu: |
| APGAR (1. Dakika): | | APGAR (5. Dakika): | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **H-APGAR DEĞERLENDİRMESİ** | | | | |
| Solunum | | Kalp Atımı | | |
| Refleksler | Rengi | | Kas Tonusu: | |
| Müdahale var mı? (Aspirasyon vs.): | |  | | |
| Ten tene temas uygulandı mı? | | EVET | | HAYIR |
| HAYIR, ise AÇIKLAYINIZ | |  | | |
| Emzirmeye Başlama Saati | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANNENİN YAŞAM BULGULARI** | | | | |
| **TARİH/SAAT** | **ATEŞ** | **NABIZ** | **SOLUNUM** | **TANSİYON** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VII-DOĞUM BAKIM PLAN FORMU \***  \*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. | | | | | | |
| Sıra No: | Adı Soyadı | | | Tanı: | | |
| Tarih |  | Protokol No | | | |  |
| Epizyotomi Varlığı (+/-) | | | | | | |
| Tamiri Yapan Kişi (+/-) | | | Öğrenci ( ) | | Sağ. Per. ( ) | |
| Anne/ Yenidoğanda Komplikasyon Varlığı | | | | | | |
| Danışmanlık Konusu | | | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası | | | |
| Sıra No: | Adı Soyadı | | | Tanı: | | |
| Tarih |  | Protokol No | | | |  |
| Epizyotomi Varlığı (+/-) | | | | | | |
| Tamiri Yapan Kişi (+/-) | | | Öğrenci ( ) | | Sağ. Per. ( ) | |
| Anne/ Yenidoğanda Komplikasyon Varlığı | | | | | | |
| Danışmanlık Konusu | | | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası | | | |
| Sıra No: | Adı Soyadı | | | Tanı: | | |
| Tarih |  | Protokol No | | | |  |
| Epizyotomi Varlığı (+/-) | | | | | | |
| Tamiri Yapan Kişi (+/-) | | | Öğrenci ( ) | | Sağ. Per. ( ) | |
| Anne/ Yenidoğanda Komplikasyon Varlığı | | | | | | |
| Danışmanlık Konusu | | | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VIII-DOĞUM SONU İZLEM FORMU**  \*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. | | | | | | | |
| Görüşme Tarihi: | |  | | | | | |
| Hastaneye Yatış Tarihi: | |  | | | | | |
| Tanısı: | |  | | | | | |
| 1. **TANITICI BİLGİ** | | | | | | | |
| Lohusanın Adı Soyadı: | | |  | | Evlilik Süresi |  | |
| Yaşı | | |  | | Aile Tipi |  | |
| Eğitim Durumu | | |  | | Kan Grubu |  | |
| Çalışma Durumu | | |  | | Eşinin Kan grubu |  | |
| Sağlık Güvencesi | | |  | | Rh Uygunsuzluğu | Var ( ) Yok ( ) | |
| Gebelik Sayısı: | | |  | | Yaşayan Çocuk Sayısı: |  | |
| Canlı Doğum Sayısı: | | |  | | Düşük Sayısı: |  | |
| D&C : | | |  | | Önceki doğum şekli: |  | |
| **B-GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ** | | | | | | | |
| Hipertansiyonu | Var ( ) Yok ( ) | | | CYBH | | | Var ( ) Yok ( ) |
| Gebelik Hipertansiyonu | Var ( ) Yok ( ) | | | Daha önce geçirilmiş ameliyat | | | Var ( ) Yok ( ) |
| Diyabet | Var ( ) Yok ( ) | | | Hematolojik Problemler | | | Var ( ) Yok ( ) |
| Gestasyonel Diyabet | Var ( ) Yok ( ) | | | Psikolojik Problemler | | | Var ( ) Yok ( ) |
| Kalp Hastalığı | Var ( ) Yok ( ) | | |  | | |  |
|  | | | | | | | |
| Doğum Tarihi ve Saati: |  | | | Yenidoğanın Soyadı: | | |  |
| Doğum şekli: |  | | | Kilo-Boy: | | |  |
| Yenidoğanın Cinsiyeti: |  | | | Baş-Gögüs Çevresi: | | |  |
| Herhangi Bir Sağlık Problemi/Anomali: |  | | | Emme Durumu: | | |  |
| K-Vit ve Hepatit B Aşısı: |  | | |  | | |  |
| Danışmanlık Verilen Konular |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C- AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİLOKALİZASYONU/ 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** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **D-APGAR DEĞERLENDİRMESİ** | | | |
| **BELİRTİ** | **0 PUAN** | **1 PUAN** | **2 PUAN** |
| **Kas Tonusu** | Gevşek | Kollar ve bacaklar öne doğru bükülü | Aktif hareketli |
| **Kalp Hızı** | Yok | Dakikada 100 atımın altında | Dakikada 100 atımın üstünde |
| **Uyarılara Cevap** | Yok | Buruna kateter sokulunca yüzü buruşturma | Buruna kateter sokulunca öksürme, ağlama |
| **Cilt Rengi** | Soluk,mor | Vücut pembe,kol ve bacaklar mor | Tüm vücut pembe |
| **Solunum** | Yok | Yavaş ve düzensiz solunum,cılız sesli ağlama | Düzenli soluk alıp verme,kuvvetli ağlama |
| **TOPLAM** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IX-YENİDOĞAN VERİ TOPLAMA FORMU**  \*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. | | | | | |
| 1. **TANITICI BİLGİ** | | | | | |
| Anne Adı Soyadı |  | | **Cinsiyeti: ( ) Kız ( ) Erkek** | | |
| Doğum Tarihi/ saati : |  | | Tanısı: |  | |
| Boyu: |  | | Göz bakımı: |  | |
| Kilosu: |  | | K vit: |  | |
| Baş Çevresi: |  | | Hepatit B aşısı: |  | |
| Vücut Isısı: |  | | Ayak izi : |  | |
| Nabız Hızı: |  | |  |  | |
| Solunum Sayısı: | YOK |  | Bileklik No |  | Rengi |
|  |  |  | Topuk kanı alındı mı: |  | |
| APGAR skoru | 1. dakika |  | 5.dakika |  | |
| Yenidoğan Resüsitasyonu Gerekti mi? | Hayır | Evet | Evetse girişimler |  | |

|  |
| --- |
| **B-YENİDOĞANIN FİZİKSEL MUAYENESİ** |
| Genel Görünüm (Aktif, Hipoaktif, Sakin, Huzursuz, Ağlamalı…) |
| Deri (Vernikskazeoza, Lanuga, Ekimoz, Peteşi, Sarılık…..) |
| Baş (Sefalhematom, Kaput Suksadenum, Fontonellerin Durumu) |
| Yüz (Normal/ Anormal Görünüm) |
| Göz (Konjunktivit, Sklerada Sarılık….) |
| Kulak (Hizası, Akıntı….) |
| Boyun (Tortikolis….) |
| Ağız (Yarık Dudak, Damak….) |
| Memeler (Areola Oluşmuş-Oluşmamış, Kızarıklık, Şişlik, Dolgunluk….) |
| Karın (Göbek Kordonu, Herni….) |
| Kalça (Dkç….) |
| Genitoüriner Sistem: Normal, Akıntı, Testisler (İnmiş- İnmemiş), İdrar (Normal, Azalmış, Artmış)Anomali ….) |
| Anüs (Anal Atrezi….) |
| Ekstremiteler (Polidaktili, Sindaktili….) |
| Gastrointestinal Sistem: Normal, Mekonyum, Kusma, Distansiyon, Konstibasyon, İshal, Melena, Barsak Sesleri (Normal, Azalmış, Artmış ) Karında Duyarlılık, Sertlik, …….. |
| Merkezi Sinir Sistemi: Tremor, Konvülsiyon, Spina Bifida, Refleksler (Emme, Arama, Yakalama, Moro), Ense Sertliği,……… |
| Diğer |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C-NÖROMÜSKÜLER DEĞERLENDİRME** | | |
| **PARAMETRE** | **VAR** | **YOK** |
| Arama-Emme Refleksi |  |  |
| Moro Refleksi |  |  |
| Glabella Refleksi |  |  |
| Çekme (Traksiyon) Refleksi |  |  |
| Tonik-boyun Refleksi |  |  |
| Gallant Refleksi |  |  |
| Yakalama Refleksi |  |  |
| Babinski Refleksi |  |  |
| Stepping (adımlama) Refleksi |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **X-YENİDOĞAN BAKIM FORMU**  \*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. | | | | | | | | |
| Sıra No: | Adı Soyadı | | | Tanı: | | | | |
| Tarih |  | Protokol No | | | | | |  |
| Başlıca Semptom ve Bulgular | | | | | | | | |
| Yapılan Girişimler | | | | | | | | |
| Danışmanlık Konusu | | | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası | | | | | |
| Sıra No: | Adı Soyadı | | | | Tanı: | | | |
| Tarih |  | Protokol No | | | | | | Tarih |
| Başlıca Semptom ve Bulgular | | | | | | | | |
| Yapılan Girişimler | | |  | | | | | |
| Danışmanlık Konusu | | | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası | | | | | |
| Sıra No: | Adı Soyadı | | | | | | Tanı: | |
| Tarih |  | Protokol No | | | | | |  |
| Başlıca Semptom ve Bulgular | | | | | | | | |
| Yapılan Girişimler | | |  | | | | | |
| Danışmanlık Konusu | | | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası | | | | | |
| Sıra No: | Adı Soyadı | | | | | Tanı: | | |
| Tarih |  | Protokol No | | | | | |  |
| Başlıca Semptom ve Bulgular | | | | | | | | |
| Yapılan Girişimler | | | | | | | | |
| Danışmanlık Konusu | | | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **XI-KLİNİK ÜNİTE SORUMLUSU / SÜPERVİZÖR’ÜN ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU** | | | | | |
| **I - KLİNİK ÜNİTE SORUMLUSU / SÜPERVİZÖR’ÜN DEĞERLENDİRMESİ** | | | | | |
| (**X**) şeklinde İşaretleyiniz. **Değerlendirme Puanı: 25** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Değerlendirme ile ilgili genel bilgi düzeyine sahip olma |  |  |  |  |  |
| Hastaya/gebeye özel değerlendirmeyi planlama |  |  |  |  |  |
| Planlanan değerlendirmeleri uygulama |  |  |  |  |  |
| Değerlendirmede kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma |  |  |  |  |  |
| Değerlendirme sonuçlarını yorumlayıp, klinik problemi belirleme |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II - EBELİK VE UYGULAMALARI (25 PUAN)** | | | | | |
| (**X**) şeklinde İşaretleyiniz. **Değerlendirme Puanı: 25** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ebelikle ilgili temel bilgi düzeyine sahip olma |  |  |  |  |  |
| Hasta/gebenin gereksinimlerine uygun ebelik girişimlerini saptama planlama |  |  |  |  |  |
| Hasta/gebenin gereksinimlerine uygun girişimlerini uygulama becerisi |  |  |  |  |  |
| Planlanan programın içerisinde hasta/gebenin izlenmesi |  |  |  |  |  |
| Ebelik programında kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III - MESLEKİ UYUM VE SORUMLULUKLAR (25 PUAN)** | | | | | |
| (**X**) şeklinde İşaretleyiniz. **Değerlendirme Puanı: 25** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Mesleki etik ilkelere uygun davranma |  |  |  |  |  |
| Yönergeye uygun davranma (uygulama saatleri, kılık-kıyafet v.s) |  |  |  |  |  |
| Mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmede kişisel çaba gösterme |  |  |  |  |  |
| Multidisipliner ekip içindeki görev ve sorumluluklarını bilme ve yerine getirme |  |  |  |  |  |
| Değerlendirme ve gebe takibi sırasında gebe ve kendi için gereken güvenlik tedbirleri alma |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV- İLETİŞİM VE DOKÜMANTASYON (25 PUAN)** | | | | | |
| (**X**) şeklinde İşaretleyiniz. **Değerlendirme Puanı: 25** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Hasta/gebeyle ilgili bilgileri alma, kayıt tutma, terminoloji ve kısaltmaları doğru kullanma (dosya, görüşme, değerlendirme sonuçları v.s.) |  |  |  |  |  |
| Hasta/gebe ve yakınlarıyla iletişim kurma ve bilgilendirme |  |  |  |  |  |
| Uygulama yaptığı ortamını düzenleme |  |  |  |  |  |
| Meslektaşları ve diğer sağlık personeli ile iletişim kurma |  |  |  |  |  |
| Beklenmedik durumlarda ortaya çıkan problemleri ekip ile birlikte çözme |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **YAZ KLİNİK UYGULAMALARI DEĞERLENDİRME ONAYI** | | | | | | |
| **Süpervizör Adı Soyadı** | | | | **Tarih** | | **İmza** |
|  | | | |  | |  |
| **Birim Sorumlusu Adı Soyadı** | | | | **Tarih** | | **İmza** |
|  | | | |  | |  |
| **XII-YAZ KLİNİK UYGULAMASI DEVAMLILIK DURUMU İZLEME FORMU** | | | | | | |
| **NO** | **TARİH** | **ÖĞRENCİ İMZASI** | | **SUPERVİZÖR İMZA** | | |
| 1 |  |  | |  | | |
| 2 |  |  | |  | | |
| 3 |  |  | |  | | |
| 4 |  |  | |  | | |
| 5 |  |  | |  | | |
| 6 |  |  | |  | | |
| 7 |  |  | |  | | |
| 8 |  |  | |  | | |
| 9 |  |  | |  | | |
| 10 |  |  | |  | | |
| 11 |  |  | |  | | |
| 12 |  |  | |  | | |
| 13 |  |  | |  | | |
| 14 |  |  | |  | | |
| 15 |  |  | |  | | |
| 16 |  |  | |  | | |
| 17 |  |  | |  | | |
| 18 |  |  | |  | | |
| 19 |  |  | |  | | |
| 20 |  |  | |  | | |
| Beyan ettiğiniz uygulama tarihlerine uygun olarak doldurunuz. Yaz klinik uygulamasında öğrencinin **devamsızlık hakkı yoktur.** **Devamsızlık durumunda**: Öğrenci durumunu bildirir dilekçesini **danışmanına iletir ve komisyonu karar verir.** | | | | | | |

|  |
| --- |
| **XIII-ÖĞRENCİ YAZ KLİNİK UYGULAMA RAPORU** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **YAZ KLİNİK UYGULAMALARI KOMİSYON DEĞERLENDİRME SONUCU** | | | | | | | | |
| **DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ** | | **ÇOK İYİ** | | **İYİ** | | **ORTA** | | **YETERSİZ** |
|  | |  | |  | |  |
|  | **BAŞARILI** | | |  | **BAŞARISIZ** | | | |
| **KOMİSYON BAŞKANI** | | | **ÜYE** | | | | **ÜYE** | |