



**Çankırı Karatekin Üniversitesi**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi**  
**Ebelik Bölümü**



**YAZ KLİNİK**  
**UYGULAMALARI**  
**DOSYASI**



Fotoğraf  
Zorunludur

**Çankırı Karatekin Üniversitesi**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi**  
**Ebelik Bölümü**



**YAZ KLİNİK UYGULAMALARI DOSYASI**

**ÖĞRENCİ BİLGİSİ**

<b>Adı Soyadı</b>		
<b>No</b>		
<b>Cep Telefonu</b>		
<b>Adres I</b>		
<b>Adres II</b>		
<b>Dersin Kodu - Adı</b>		<b>Dönemi</b>
<b>DANIŞMAN</b>		



# 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 gözlemlene 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 yansımaları 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 eğitim için yeterliydi (2 ayrı madde olması -bilgi, beceri önerilir)					
Klinik ortamı eğitimime 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					

## GEBE VERİ TOPLAMA FORMU

Görüşme Tarihi			
Hastaneye Yatış Tarihi			
Tanısı	Normal Gebelik		Riskli Gebelik
<b>A. TANITICI BİLGİ</b>			
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
<input type="checkbox"/> Çocukluk döneminde geçirilen hastalıklar	
<input type="checkbox"/> Emosyonel problemler	
<input type="checkbox"/> Allerjik herhangi bir durum	
<input type="checkbox"/> Kanama sorunları	
<input type="checkbox"/> Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	
<input type="checkbox"/> Geçirilen operasyonlar	
<input type="checkbox"/> Diabet	
<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	
<input type="checkbox"/> Kardiyovasküler problemler	
<input type="checkbox"/> Renal problemler	
<input type="checkbox"/> Diğer	
<b>Obstetrik Öykü (önceki gebeliklerinizde aşağıdaki problemlerden herhangi biri oldu mu?)</b>	
<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	
<input type="checkbox"/> Ödem	
<input type="checkbox"/> Gestasyonel diabet	
<input type="checkbox"/> Rh uyumsuzluğu	
<input type="checkbox"/> Hiperemezis gravidarum	
<input type="checkbox"/> Enfeksiyon	
<input type="checkbox"/> Düşük	
<input type="checkbox"/> Sezaryan Doğum	
<input type="checkbox"/> Zor Doğum	
<input type="checkbox"/> Diğer	
<b>Ailenizde aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşayan birey var mı?</b>	
<input type="checkbox"/> Sigara / alkol bağımlılığı	
<input type="checkbox"/> 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 değişikli 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							
DEĞERLENDİRME SONUÇ BULGULARI							

E- SİSTEMİK DEĞERLENDİRME			
<b>BAŞ</b>		<b>SOLUNUM SİSTEMİ</b>	
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 ( )
<b>YÜZ</b>		<b>MEMELER</b>	
Sulukluk	Var ( ) Yok ( )	Memelerde hassasiyet	Var ( ) Yok ( )
Açıklayınız		Açıklayınız	
Yüzde ödem	Var ( ) Yok ( )	Meme uçları	( ) Normal ( ) Düz ( ) İç çökük
Açıklayınız		Sütyenin uygunluğu	( ) Uygun ( ) Uygun değil
<b>GÖZLER</b>		<b>KARIN (ABDOMEN)</b>	
Konjektivada solukluk	Var ( ) Yok ( )		
Göz kapaklarında ödem	Var ( ) Yok ( )	Linea nigra	Var ( ) Yok ( )
Görme sorunu	Var ( ) Yok ( )	Strialar	Var ( ) Yok ( )
<b>KULAK</b>		<b>KAS-İSKELET SİSTEMİ</b>	

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 ( )
<b>BURUN</b>		<b>GASTROİNTESTİNAL SİSTEM</b>	
Tıkanıklık/ akıntı	Var ( ) Yok ( )		
Burun kanaması	Var ( ) Yok ( )	Pika	Var ( ) Yok ( )
<b>AĞIZ/DUDAKLAR</b>		Aşırme	Var ( ) Yok ( )
Dudak mukozası soluk	Var ( ) Yok ( )	Mide yanması	Var ( ) Yok ( )
Pityalizm	Var ( ) Yok ( )	Bulantı /kusma	Var ( ) Yok ( )
<b>DIŞLER</b>		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
<b>BOĞAZ</b>		<b>GENİTOÜRİNER SİSTEM</b>	
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 ( )
<b>DIĞER YAKINMALAR</b>			
Uykusuzluk	Var ( ) Yok ( )		
Duygu Değişim	Var ( ) Yok ( )		
Sırt Ağrısı	Var ( ) Yok ( )		
Halsizlik	Var ( ) Yok ( )		
Diğer	Var ( ) Yok ( )		

<b>F-YORGUNLUK</b>																		
<b>YORGUN HİSETME</b>				<b>EVET ( )</b>					<b>HAYIR ( )</b>									
Yorgun değilim ( )							Çok yorgunum ( )											
<b>YORGUNLUK DERECEŚİ</b>																		
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10



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

**ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**EBE BAKIM PLANI FORMU**

<b>Öğrencinin Adı Soyadı:</b>			<b>Bakım Alan Kişinin Adı Soyadı:</b>		
<b>Tarih:</b>					
<b>FSÖ</b>	<b>Tanı</b>	<b>Beklenen Sonuçlar (NOC)</b>	<b>Planlanan Ebelik Girişimleri</b>	<b>Uygulanan Girişimler (NIC) (+/-)</b>	<b>Değerlendirme</b>
<b>ALAN</b>					

Sorumlu Öğretim Üyesi/Klinik Sorumlu Ebesi  
İmza

## JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU

\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir.

Görüşme Tarihi			
Hastaneye Yatış Tarihi			
Tanısı			
<b>A. TANITICI BİLGİ</b>			
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.)			

### B. MEVCUT SAĞLIK SORUNUNUN ORTAYA ÇIKIŞI VE TEDAVİ SÜRECİ İLE İLGİLİ ÖYKÜSÜ (HASTA, HASTA DOSYASI VB.)

Aldığı Tedavi	Beklenen Etkiler	Yan etkiler

### C. ÖNCEDEN GEÇİRDİĞİ JİNEKOLOJİK OPERASYONLAR / GİRİŞİMLER

<input type="checkbox"/> Tüpligasyon.....	<input type="checkbox"/> Criyo.....
<input type="checkbox"/> Histerektomi.....	<input type="checkbox"/> Sezaryan.....
<input type="checkbox"/> Ooferektomi.....	<input type="checkbox"/> Koterizasyon.....
<input type="checkbox"/> Laparoskopi.....	<input type="checkbox"/> Diğer.....

**Herhangi bir AP yöntemi kullanıyor musunuz?** Evet Hayır

Evet ise açıklayınız:

SAĞLIK DAVRANIŞLARI	EVET	HAYIR
Pap smear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendi Kendine Meme Muayenesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendi Kendine Vulva Muayenesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamografi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D. FİZİKSEL MUAYENE \* alanlar / değerler için tablo düzeltilmeli**

VİTAL BULGULAR	Ateş		Nabız	Solunum		TA	
Memeler	Görünüm	<input type="checkbox"/> Simetrik <input type="checkbox"/> Asimetrik					
	Nodül	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/> Cinsel ilişki yaşı	
<input type="checkbox"/> Perine Bölgesinde Lezyon / Kitle		<input type="checkbox"/> Vajinismus	
<input type="checkbox"/> Perine Bölgesinde Kaşıntı		<input type="checkbox"/> Cinsel istekte azalma	
<input type="checkbox"/> Anormal Akıntı		<input type="checkbox"/> Post koital kanama / ağrı	
<input type="checkbox"/> Pelvik İnflamatuvar Hastalık		<input type="checkbox"/> Cinsel İlişki Sırasında Ağrı	
<input type="checkbox"/> Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon		<input type="checkbox"/> Prementrual Şikayetler	
<input type="checkbox"/> Menopoza bağlı vazomotor Şikayetler		<input type="checkbox"/> Dismenore	
<input type="checkbox"/> Osteoporoz		<input type="checkbox"/> Metroraji	
<input type="checkbox"/> Postmenopozal Kanama		<input type="checkbox"/> Menoraji/Hipermenore	
<input type="checkbox"/> İnkontinans		<input type="checkbox"/> Oligomenore	
<input type="checkbox"/> Desensus-prolapsusa bağlı şikayetler		<input type="checkbox"/> Polimenore	
<input type="checkbox"/> Pelvik Ağrı		<input type="checkbox"/> Hipomenore	
<input type="checkbox"/> İnfertilite		<input type="checkbox"/> Vajinal Kanama (kanama renk, koku, ped sayısı)	
<input type="checkbox"/> Vajinal akıntının özelliği (rengi, kokusu, miktarı)			
Vulvada kaşıntı:	Var ( ) Yok ( )		

**F- ÜRİNER BOŞALTIMLA İLGİLİ AŞAĞIDAKİ PROBLEMLERİ YAŞAMA DURUMUNUZU VE PROBLEMLERİ YAŞAMA SÜRESİNİ BELİRTİNİZ.**

<input type="checkbox"/> Ağrı.....	<input type="checkbox"/> Güçlük.....
<input type="checkbox"/> Yanma .....	<input type="checkbox"/> Damla damla idrar .....
<input type="checkbox"/> İdrarı tutamama.....	<input type="checkbox"/> Gece idrara çıkma.....
<input type="checkbox"/> Sık idrara çıkma.....	<input type="checkbox"/> İdrarda bulanıklık.....
<input type="checkbox"/> İdrar kokusunda değişim.....	<input type="checkbox"/> Diğer.....
<input type="checkbox"/> Hematüri.....	

**Barsak boşaltımıyla ilgili olarak aşağıdaki yakınmaları yaşama durumunuzu ve yakınmanın süresini belirtiniz.**

<input type="checkbox"/> Yok .....	<input type="checkbox"/> karında kramp.....
<input type="checkbox"/> bağırsakta parazit.....	<input type="checkbox"/> aşırı barsak gazı.....
<input type="checkbox"/> rektumda kanama.....	<input type="checkbox"/> kabızlık.....
<input type="checkbox"/> ishal.....	<input type="checkbox"/> 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 DERECEŚİ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**EBE BAKIM PLANI FORMU**

<b>Öğrencinin Adı Soyadı:</b>		<b>Bakım Alan Kişinin Adı Soyadı:</b>			
<b>Tarih:</b>					
<b>FSÖ</b>	<b>Tanı</b>	<b>Beklenen Sonuçlar (NOC)</b>	<b>Planlanan Ebelik Girişimleri</b>	<b>Uygulanan Girişimler (NIC) (+/-)</b>	<b>Değerlendirme</b>
<b>ALAN</b>					

Sorumlu Öğretim Üyesi/Klinik Sorumlu Ebesi  
İmza

## DOĞUM İZLEM FORMU\*

\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir.

Görüşme Tarihi	
Hastaneye Yatış Tarihi	
Tanısı	
<b>A. TANITICI BİLGİ</b>	
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:	
<b>USG Sonucu:</b>	
<b>NST</b>	
<b>OCT</b>	

<b>Problemler</b>	<b>Gebe</b>	<b>Birinci Derece Yakınlr</b>
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		

<b>B. LABORATUVAR BULGULARI</b>			
<b>TARİH</b>	<b>KAN</b>	<b>İDRAR</b>	<b>ULTRASON</b>

<b>C-TIBBİ TEDAVİ: (Eylem süresince kullanılan ilaçlar)</b>

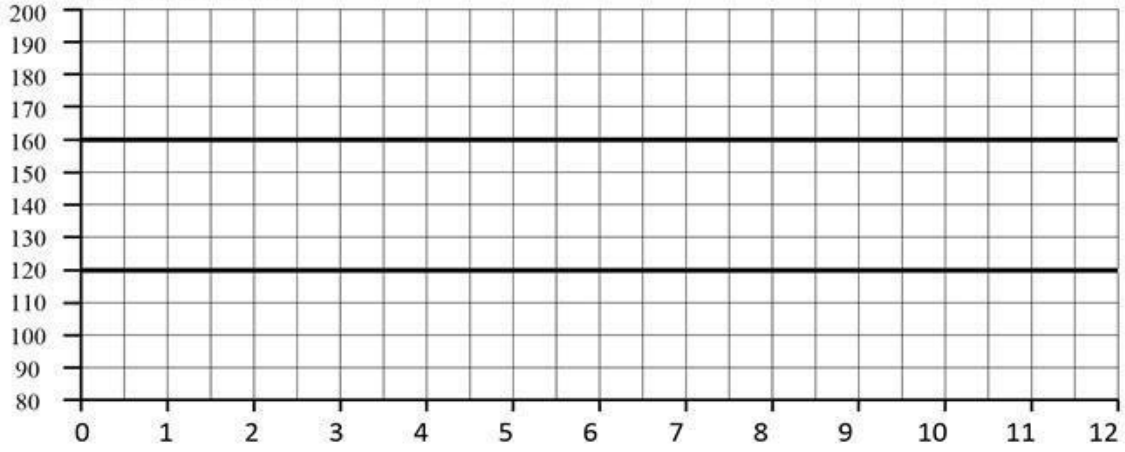


<b>D- EYLEMDEKİ RİSKLİ DURUMLAR</b>		
<b>RİSKLİ DURUM</b>	<b>VAR</b>	<b>YOK</b>
Anormal prezentasyon		
Çoğul gebelik		
Hidroamnios		
Mekonyumlu Amnion mai		
Erken membran rüptürü		
Ablatio plasenta/plasenta previa		
Uzamış eylem		
Hızlı doğum eylemi		
Ateş		
Duygusal/psikolojik problemler		
Anormal Kanama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

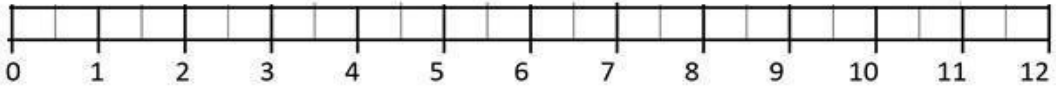
## PARTOGRAF

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

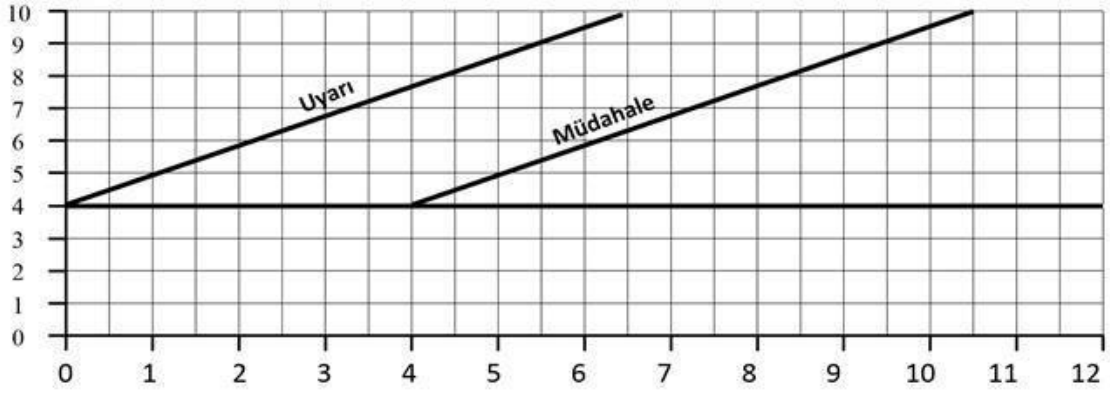
## Fetal Kalp Atım Hızı



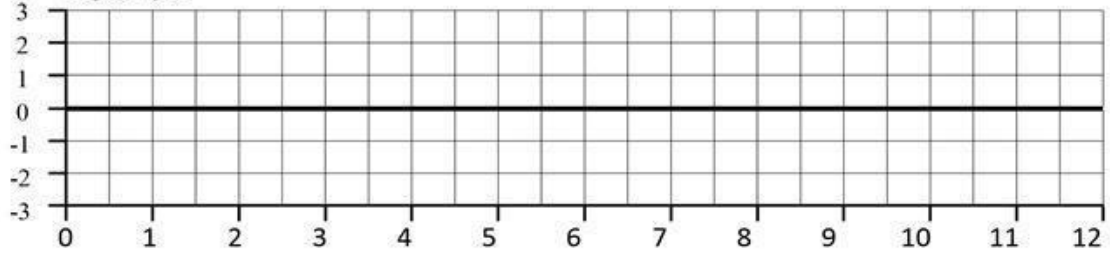
## Amniyon Sıvısı



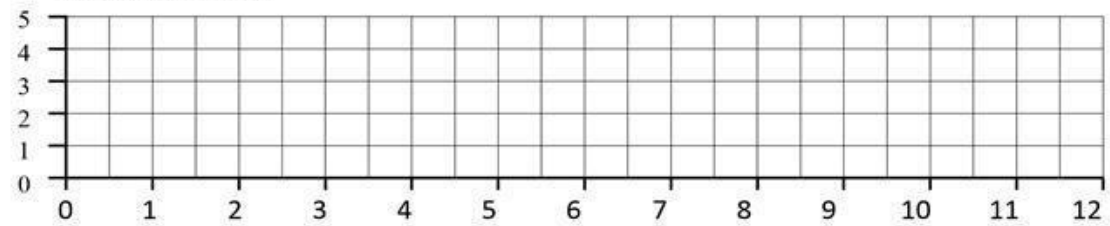
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:  
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:  
Başlama Saati:

**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 ağırlıklı bebek doğumu		
Doğum pozisyonu (Baş, makat, vb.)		
Preterm eylem		
Postterm eylem		
Çoğul doğum		
Ölü doğum		
Doğum sonrası ölen bebek		
Anomali/problemlili bebek		
<b>Diğer</b>		

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



**ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**EBE BAKIM PLANI FORMU**

<b>Öğrencinin Adı Soyadı:</b>		<b>Bakım Alan Kişinin Adı Soyadı:</b>			
<b>Tarih:</b>					
<b>FSÖ</b>	<b>Tanı</b>	<b>Beklenen Sonuçlar (NOC)</b>	<b>Planlanan Ebelik Girişimleri</b>	<b>Uygulanan Girişimler (NIC) (+/-)</b>	<b>Değerlendirme</b>
<b>ALAN</b>					

Sorumlu Öğretim Üyesi/Klinik Sorumlu Ebesi  
İmza

## DOĞUM SONU İZLEM FORMU

\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir.

Görüşme Tarihi:

Hastaneye Yatış Tarihi:

Tanısı:

### A. TANITICI BİLGİ

Lohusanın Adı Soyadı:

Evlilik Süresi

Yaşı

Aile Tipi

Eğitim Durumu

Kan Grubu

Çalışma Durumu

Eşinin Kan grubu

Sağlık Güvencesi

Rh Uyumsuzluğu

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-Göğüs Çevresi:

Herhangi Bir Sağlık Problemi/Anomali:

Emme Durumu:

K-Vit ve Hepatit B Aşısı:

Danışmanlık Verilen Konular

C- AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİLOKALİZASYONU/ TÜRÜ																		
AĞRININ KARAKTERİSTİĞİ																		
Yanımcı ( )			Batıcı ( )			Sızlayıcı ( )			Uyuşma ( )									
AĞRININ HASSASİYETİ																		
Keskin ( )			Yayılan Karıncalanma ( )			Basınç Hissi ( )			Elektrik Çarpması ( )			Bıçak Batması ( )						
AĞRI SKALASINA GÖRE DERECEİ																		
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10

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

**ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**EBE BAKIM PLANI FORMU**

<b>Öğrencinin Adı Soyadı:</b>		<b>Bakım Alan Kişinin Adı Soyadı:</b>			
<b>Tarih:</b>					
<b>FSÖ</b>	<b>Tanı</b>	<b>Beklenen Sonuçlar (NOC)</b>	<b>Planlanan Ebelik Girişimleri</b>	<b>Uygulanan Girişimler (NIC) (+/-)</b>	<b>Değerlendirme</b>
<b>ALAN</b>					

Sorumlu Öğretim Üyesi/Klinik Sorumlu Ebesi  
İmza



## YENİDOĞAN VERİ TOPLAMA FORMU

\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir.

### A. TANITICI BİLGİ

Anne Adı Soyadı		<b>Cinsiyeti: ( ) Kız ( ) Erkek</b>		
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 Gerekli 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 (Doğuştan kalça çıkığı (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		

**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

**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 ebellek 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, kıyafet-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

## 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.

## ÖĞRENCİ YAZ KLİNİK UYGULAMA RAPORU

### YAZ KLİNİK UYGULAMALARI KOMİSYON DEĞERLENDİRME SONUCU

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	ÇOK İYİ	İYİ	ORTA	YETERSİZ
	BAŞARILI		BAŞARISIZ	
KOMİSYON BAŞKANI	ÜYE		ÜYE	