

**KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**EBELİK BÖLÜMÜ**

**1. SINIF MESLEKİ UYGULAMA DOSYASI**

**Sevgili Öğrencilerimiz**

Sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası olan ebeler; toplumda ana-çocuk sağlığı, gebelik, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde gerekli izlem, bakım, danışmanlık ve eğitim hizmetleri gibi önemli görevleri üstlenmektedir. Ayrıca aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi, kadın, aile ve toplum sağlığının korunması aşamalarında önemli görevleri olan sizler; öğrenim programınız kapsamında uygulamalı bir eğitim döneminden geçerek, lisansınızı tamamlayacak ve bu alanda ülkemize önemli hizmetler vereceksiniz. Hizmetiniz süresince hata kaynaklarının olmadığı kaliteli bir görev anlayışı en önemli unsurdur.

Mesleki uygulama döneminizde, ebeliğin farklı alanlarını tanıyacak, uygulama becerilerini geliştirecek ve mesleğinizde uzmanlaşacaksınız. Bu nedenle, Yaz dönemi mesleki uygulamalarınızı etkin ve verimli olarak geçirmeniz mesleğinize adım attığınızda size deneyim ve özgüven kazandıracaktır. Kendinizi, ulu önderimizin gösterdiği çağdaş uygarlık seviyesinde, yeterli bilgilerle donatmanız, sosyal ve meslek kimliğinizi en iyi şekilde geliştirmeniz gerekmektedir.

Mesleki uygulama döneminizin, meslek yaşamınızda önemli bir fırsat olduğu bilinciyle, bir üniversiteli ve sağlıkçı olmanın ayrıcalığı ile Yaz dönemi mesleki uygulamanızın başarılı geçmesini dilerim.

**FAKÜLTE DEKANI**

**Sayın Yetkili**

Fakülte öğrencilerinin Yaz Dönemi Mesleki Uygulama yapmaları nedeni ile klinik uygulamaya yönelik bilgilerin kullanılmasında stajyer öğrenci olarak kabul ederek gösterdiğiniz ilgi ve alakadan dolayı öncelikle teşekkür ederiz.

Öğrencilerimizin belirtilen süre içerisinde çalışmalarını diğer çalışanlardan farklı olarak görülmemesi ve geçici olarak düşünülmemesi, mesleki uygulama denetimlerinin klinik sorumlusu tarafından yapılması eksikliklerinin açık olarak ifade edilmesi ve önemli gördüğünüz notların staj formlarına not düşülmesi, sonraki öğrencilerin yetiştirilmesinde katkı sağlayacaktır. Bu açıdan Mesleki uygulama dosyasının tasdiklenmesinde gereken hassasiyetin gösterilmesini diler, saygılar sunarız.

**Önemli Notlar**

**-** Mesleki uygulama dosyasının uygulama süresince klinikte bulundurulması zorunludur.

- Yaz Donemi Mesleki Uygulama süresi 1., 2. ve 3. sınıflar için 20 iş günüdür.

-Öğrenciye ancak okul yönetimine bilgi verilmek suretiyle izin verilebilir.

-İzin hastalık v.b hususlarının belgelenmesi ile çalışılmayan günler uygulama süresine eklenir.

**BÖLÜM BAŞKANLIĞI**

**Hastane Tanıtım Formu**

**Hastanenin Adı :**

**Hastanenin Adresi :**

**Yatak kapasitesi :**

**Uygulama Yapılan Kliniğin Adı :**

**Yatak Kapasitesi :**

**Çalışan Hemşire Sayısı :**

ÖĞRENCİ GÜNLÜK TAKİP ÇİZELGESİ

ÖĞRENCİNİN

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı : |  |
| Numarası : |  |
| Uygulama Yaptığı Kurumun Adı : |  |
| Uygulama YapılanDersin Adı : | EBELİK ESASLARI I-II **(20 iş günü)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GÜN | TARİH | ÖĞRENCİNİN İMZASI |  | GÜN | TARİH | ÖĞRENCİNİN İMZASI |
| SABAH | AKŞAM | SABAH | AKŞAM |
| 1 | …./…./20.. |  |  | 11 | …./…./20.. |  |  |
| 2 | …./…./20.. |  |  | 12 | …./…./20.. |  |  |
| 3 | …./…./20.. |  |  | 13 | …./…./20.. |  |  |
| 4 | …./…./20.. |  |  | 14 | …./…./20.. |  |  |
| 5 | …./…./20.. |  |  | 15 | …./…./20.. |  |  |
| 6 | …./…./20.. |  |  | 16 | …./…./20.. |  |  |
| 7 | …./…./20.. |  |  | 17 | …./…./20.. |  |  |
| 8 | …./…./20.. |  |  | 18 | …./…./20.. |  |  |
| 9 | …./…./20.. |  |  | 19 | …./…./20.. |  |  |
| 10 | …./…./20.. |  |  | 20 | …./…./20.. |  |  |

Yukarıda adı soyadı yazılı Öğrenci ……./……../……. İle ……../………/…….. tarihleri arasında toplam (…….) iş günü Yaz Dönemi mesleki uygulama yapmıştır. ……../……../……….

 BİRİM YETKİLİSİ

(Kaşe ve İmza)

T.C.

KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

YAZ DÖNEMİ MESLEKİ UYGULAMA

KLİNİK DEĞERLENDİRME FORMU

ÖĞRENCİNİN

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı : |  |
| Numarası : |  |
| Uygulama Yaptığı Kurumun Adı : |  |
| Uygulama YapılanDersin Adı : | EBELİK ESASLARI I-II **(20 iş günü)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Profesyonel görünüm ve davranış (Kılık kıyafet bütünlüğü, Kliniğe zamanında gelip gitme vs.) | 20 |  |
| Sağlık iletişim (Hasta, refakatçi, sağlık ekibi üyeleri vs. | 20 |  |
| Teori bilgi düzeyi ve bunu uygulamaya aktarma becerisi | 20 |  |
| Tedavi uygulama becerisi | 20 |  |
| Klinik performansı | 20 |  |
|  | TOPLAM |  |

 BİRİM YETKİLİSİ

Adı Soyadı

İmza

|  |
| --- |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|   |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| GÜNLÜK ÇALIŞMA PLANI |
| …………./………………/20…. |
|  |
|  |
|  |

**KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ**

**EBELİK ESASLARI I-II DERSİ HASTA VERİ TOPLAMA FORMU**

**Öğrencinin Adı-So**yadı: Tarih:

Öğrencinin Numarası: Klinik Adı:

|  |
| --- |
| **DEMOGRAFİK VERİLER** |
| **Adı Soyadı:** | **Protokol/ Dosya No:** |
| **Doğum Yeri:** | **Yatış Tarihi:** |
| **Yaşı:** | **Bölüm:** | **Oda No:** |
| **Cinsiyeti:** □Kadın |  □ Erkek | **Tıbbi Tanı:** |
| **Medeni Durumu:** | **Doktor Adı Soyadı:** |
| **Eğitim Durumu**: | **Sosyal Güvencesi:** □ Var | □ Yok  |
| **Dili: Tercüman Gereksinimi: □** Var □ Yok  |
| **Bilgi Alınan Kişi:** □ Kendisi □ Dosya □ Hastanın Yakını Diğer:…………………………… |
| **TIBBİ ANAMNEZ** |
| **Geldiği yer:** □ Yoğun Bakım □ Poliklinik □ Acil Servis □ Ev □ Diğer:………………………… |
| **Hastaneye Geliş Şekli:** □ Yürüyerek □ Tekerlekli Sandalye □ Sedye □ Diğer:………………………… |
| **Şikayetler:** |
| **Tıbbi Tanı:** |
| Kronik Hastalıklar: **□**DM **□** HT **□** KOAH **□** Kalp Yetmezliği **□**KBY **□**Diğer:………………………. |
| Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? *(Kurum ve Tarih):* |
| Geçirilmiş Hastalık/Operasyon *(Kurum ve Tarih)*: |
| Protezler: **□** Diş **□** Gözlük **□** Lens **□** İşitme Cihazı **□**Diğer:……………………………. |
| Alerjisi: □ Var □ YokAlerjisi var ise: □ İlaç □ Yiyecek □ Diğer:……………. |
| Alışkanlıkları: □ Var □ Yok |
| □ Düzenli Egzersiz Yapma □ Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma□ Düzenli ve Dengeli Beslenme □ Stresle Baş edebilme□ Olumlu Kişiler Arası İlişkiler □ Diğer:……………………………..  |
| □ Sigara………………………………adet / paket / gün……………………………..yıl□ Alkol………………………………kadeh / şişe / gün……………………………..yıl□ Madde………………………………adet / paket / gün……………………………..yıl□ Diğer (çay, kahve vb.-miktarı (bardak-ml): ………………………………………………………………………. |
| Kan Grubu:………… □ Rh+ □Rh- |
| Daha Önce Kan Transfüzyonu: □ Evet □ Hayır  |
| Kan Transfüzyonunda Reaksiyon Gelişme Durumu: □ Evet □ Hayır Hangi reaksiyon gelişmiş?............................................................................................................................................ |
| HASTANEYE YATMADAN ÖNCE/ HASTANEDE KULLANDIĞI İLAÇLAR |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İlacın Adı | Dozu |  Sıklığı | Alınış Yolu | Saatleri | Son Kullanma Tarihi |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |
| İlaçların Etki Mekanizması, Yan Etkileri ve Komplikasyonları: *(kısaca açıklayınız)* |
| YAŞAMSAL BULGULAR |
| Solunum:……………/dk □ Normal □ Derin □ Yüzeyel |
| Nabız: Apikal……………………./dk □ Dolgun □ Zayıf □ Düzenli □ Düzensiz Periferik ………………….../dk □ Dolgun □ Zayıf □ Düzenli □ Düzensiz |
| Kan Basıncı: ……..mm/Hg □ Sağ Kol □ Sol Kol □ Sol Alt Ekstremite □ Sağ Alt Ekstremite |
| Vücut Sıcaklığı: …………..0C □ Timpanik M. □ Axillar □ Oral  □ Rektal □Alın |
| GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE TANILAMA |
| l. Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması□ Düşme Öyküsü Var □ Yardımla Yürüme □ 65 Yaş Üzeri□ Görme Problemi □ Ortostatik Hipotansiyon □ Hipotansiyon□ Hipertansiyon □ Sedadif Kullanımı □ Kas Zayıflığı/Dengesizliği□ Baş Dönmesi/baygınlık □ Konfüzyon □ Desoryantasyon□ Halsizlik □ IV Kateter □ Cavafix/santral kateter□ Kortikosteroid kullanımı □ Aspirin/Antikoagülan kullanımı □ Yatak kenarlıklarının kullanımı |
| 2. İletişim**İletişim kurma durumu:** □ İletişim kurabiliyor □ Konuşma güçlüğü □ İşitme güçlüğü □ Anlama ve kavrama durumunun bozulması □ Diğer…………………………..Kişiler/ sağlık ekibi üyeleri ile iletişim durumu: □ Yeterli □ Yetersiz **Ailedeki rolü:……………………………………………….****Aile bireyleri ile ilişkileri:** □Yeterli □ Yetersiz **Hastalığını/ Tedaviyi kabullenme:** □ Var □ Yok □ Diğer…………………………..□ Laterjik □ Konfüze □ Disoryante □ Afazik □ Ajite □ Depresif □ Anksiyete □ İçe Dönük □ Korku □ Yalnızlık □ Güçsüz hissetme □ Ümitsizlik/ Çaresiz Hissetme □StresStresle baş etme yöntemleri:…………………………………………..  |
| 3. SolunumSolunum hızı: /dk Derinliği: Akciğer Sesleri: □ Dispne □ Öksürük □ Sekresyon □ Hemoptizi □ Ortopne □ Trakeostomi □ Hıçkırık □ Aralıklı Apne□ Diğer………………………………… |
| 4. BeslenmeBoy: Kilo: BKİ: Beslenme Şekli: □ Normal □ N/G(Nazogastrik Tüp) □ TPN (Total Parenteral beslenme)Kendi Kendine Beslenme Durumu: □ Besleniyor □ Yardımla BesleniyorGünlük Öğün Sayısı:…………………./günÖğünleri Yeme Durumu: □ Hepsini Yiyor □ Yarısını Yiyor □ Yemiyor*(Günlük beslenmesi ile ilgili detaylı bilgi veriniz)*İştah Durumu: □ Normal □ Çok □ AzTat Alma Durumu: □ Normal □ Acı/ Kötü Tat □ Tat Almıyor □ Diğer:………………………..Diyeti: □ Normal □ Sulu/Yumuşak □ Tuzlu □ Tuzsuz □ Diğer:………………………..Diyetinin Önemini Algılama Durumu: □ Diyetine uyuyor □ Diyetine uymuyor Oral Sıvı Alımı/24h: bardak/litreSorunların / Problemlerin durumu:□ Diş ve Diş Eti Problemler □ Ağız Kokusu (holitazis) □Anorexia (yememe) □ Yutma Güçlüğü (disfaji) □ Bulantı □ Kusma □ Kilo Kaybı □ Distansiyon (şişkinlik) □ Kaşektik □ Obesite □ Hematemez (kan kusma) □ Gaz Çıkımı □ Ağrı □ Hazımsızlık □ Diğer:………………  |
| 5. BoşaltımÖnceki Defekasyon Alışkanlığı: ………………..………………….gün/haftaEn Son Defekasyona Çıktığı Gün:……………………………..…..□ Hemoroid □ Parazit □ Fekal İnkontinans □ Ostomi □ Melena□ Konstipasyon □ Diyare □ Diğer……………………….İdrar yapma alışkanlığı kaç kez/24 saat:………………… İdrar Rengi:…………………………………..□ İdrar Retansiyonu □ Dizüri □ Noktüri □ Anüri □ Oligüri □ Pollaküri □ Poliüri □ Hematüri □ İdrar İnkontinası □ Foley Kateter□ Diyaliz □ Diğer:……………………………………….  |
| 6. Kişisel Hijyen ve Giyim**Cildin görünümü:** □ Normal □ Yara □ İskemi □ Lezyon **Cildin bütünlüğünü bozacak etmenler:** □ Yok □ Yatağa bağımlılık □ Aşırı terleme □ Aşırı şişmanlık □ Zayıflık □ İdrar+gaita tutamama □ Kaşıntı □ Banyo yapamama**Banyo yapma alışkanlığı**:……………….............................../ hf**Saçların görünümü**: □ Normal □ Kuru/yağlı □ Kirli/Kepekli □ Bit/parazit □ Alopesi**Saç yıkama alışkanlığı**:………………................................/ hf**Diş fırçalama alışkanlığı/protez bakımı:** □ Yok □ Var .........................../ gün**Giyinme ve soyunma gereksinimi karşılama durumu:** □ Bağımsız □ Yarı bağımlı □ Bağımlı**Özel giysiler kullanma durumu:** □ Kullanmıyor □ Varis çorabı □ Korse □ Diğer……………**Çamaşır değiştirme sıklığı**:….............................................../hf**Menstruasyon Durumu:** □Yok (ne kadar süreden beri)……………. □Var**Menstruasyonda kullandığı materyalin türü ve değiştirme sıklığı**:…………………..…………./gün**Menstruasyon süresince banyo yapma alışkanlığı**:……….…………………/hfMenstruasyonda kullandığı Ürün: □ Hazır ped □ Bez □ Diğer:……………………  Değiştirme sıklığı : …………………………………../Gün**Vaginal akıntı:** □ Yok □ Var *(Özelliği hakkında bilgi veriniz)***Perine bakımı durumu:** □ Bağımsız □ Yarı bağımlı □ BağımlıPerine Bakımı Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu): **Tuvalet sonrası temizlik durumu:** □ Su □ Tuvalet kağıdı □ Su + Tuvalet kağıdı □ Diğer………………..**Ellerin görünümü:** □ Normal □ Kuru/çatlak □ Panaris □ Nasır □ Mantar□ Egzama □ Parmaklarda eksiklik □ Siğil □ Diğer:………………………………**Tırnakların görünümü:** □ Bakımlı □ Uzun □ Kısa □ Kirli**Tırnakları yeme alışkanlığı:** □ Yok □ Var**Ayakların durumu:** □ Normal □ Düz tabanlık □ Halluks Valgus/ Halluks Varus□ Nasır □ Siyanoz □ Ülser □ Düşük ayak □ Diğer………………………**Ayak yıkama alışkanlığı:………….**…………………gün/hafta/ay |
| 7. Beden Isısının Kontrolü□ Çevre ısısına uygun giyim □ Hipotermi □ Hipertermi □ Soğuğa intolerans□ Sıcağa intolerans □ Terleme □ Titreme |
| 8. HareketVücut pozisyonu: □ Serbest □ Zorunlu pozisyonu var…………………………Vücut dengesi: □ Normal □ Sendeleme □ Sallanma □ Diğer:……………………. □ Deformite □ Kaslarda zayıflık □ Parapleji □ Hemipleji □ Amputasyon □ Kırık □ Kontraktür □ Paralizi □ İmmobilite□ Kullandığı yardımcı araçlar………………………… □ Diğer: ……………………….. |
| 9. Çalışma ve EğlenceÇalışma durumu: □ Çalışmıyor □ Çalışıyor Mesleği:…………………….. Süre:..................... Gelirini algılama durumu: □İyi □ Orta □ KötüHastalığına bağlı iş yaşamına ara verme durumu: □ Yok □ Var: (Açıklayınız)……………………………… Sağlığı tehdit eden mesleki riskler: □ Yok □ Var: (Açıklayınız)………………………………………………Hobileri (Belirtiniz) :………………………………Hastane ortamındaki sosyal aktiviteleri:□ TV izleme □ Sohbet etme □ Radyo dinleme □ Gazete, kitap, dergi vs. okuma□ El işi vs. □ Diğer:…………………………….. |
| 10. Cinsellik ve Üreme**Çocuk sayısı**:…………………………………**Cinsel fonksiyonlarda bozulma**: □ Yok □ Var**Hastalığın cinsel hayatı etkileme durumu:** □ Evet □ Hayır |
| 11. Uyku ve DinlenmeUyku Saatleri: İstirahat Süresi:………………………………… Hastalığından Dolayı Uyku Alışkanlıklarında Değişim Durumu:□ Yok □ Uykuya dalmada güçlük □ Uykuyu devam ettirme güçlüğü□ Sık uyanma (Gürültü, ışık, ağrı, ebelik uygulamaları nedeni ile vb) □ Kabus, gece işemesi, uyurgezerlik, diş gıcırdatması □ Uykuya eğilim □ Horlama □ Uyku ilacına bağımlılık □Diğer:…………………**Uykuyu destekleyici alışkanlıklar:**□ Yok □ TV seyretme □ Radyo dinleme □ Kitap okuma□ Sıcak içecekler □ Banyo □ İlaçlar □ Diğer:…………………..**Dinlenmiş olarak uyanma:** □ Evet □ Hayır**Aktif dinlenme biçimi:** □ El işi □ Kitap/Dergi okuma □ Müzik dinleme □ TV seyretme □ Diğer………………….. |
| 12. Ölüm **(Gerekli ise doldurunuz)**Yaşam ve Ölüm İle İlgili İnançlar: □ Şok □ İnkar □ Kızgınlık □ Pazarlık □ Depresyon □ KabullenmeSpiritüel Gereksinim: Ailenin Desteklenmesi: Diğer:  |
| ÖĞRENME GEREKSİNİMİ |
| Hastalığına ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Hastane işlemlerine ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Tedavisine ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Diyetine ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Kullandığı ilaçlara ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Hijyen hakkında bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok  | Ailesi ve yakınlarının hasta/hastalığına ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Verilen bilgilerin içeriğini başlıklar halinde açıklayınız……………………………………………… |
| AĞRI TANILAMA |
| Ağrının Durumu: □ Var □ Yok Ağrının Şiddeti:………………………………………………………………..*(Skalalar ile değerlendirilecek)*Ağrının Yeri:…………………………………………..Ağrının Niteliği: □ Yanıcı □ Batıcı □ Zonklayıcı □ Keskin □ Yayılan □ Künt □ Diğer:………………..Ağrının Süresi:………………………………….Ağrının Sıklığı: □ Aralıklı □ SürekliAğrıyı Azaltan Durumlar:……………………………………Ağrıyı Arttıran Durumlar:………………………………………… |
| Visual Analog Scale (VAS)**C:\Users\esma\Desktop\Temel ilke edeğerlendirme formları\vas.png*****0:***Hiç ağrı yok /***10:***Çok şiddetli ağrı /dayanılmaz  | Ağrı Değerlendirme |
|   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Ağrı Yok Orta Şiddetli Ağrı Çok Şiddetli Ağrı |

**HASTA GÜNLÜK İZLEM FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarih:……………Hastanın Adı Soyadı:……………………………………Tanısı:…………………..Oda No:…………………. | Saat | Ateş | Nabız | Solunum | Kan Basıncı | Aldığı | Çıkardığı | Laboratuvar veTetkik Sonuçları | Diğer |
|  |  |  |  |  |  08-16 |  |  |
|  |  |  |  |  | Oral: | IV: | İdrar: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Diğer: | Diğer: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Toplam: | Toplam: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Balance: |
|  |  |  |  |  |

**HASTA SIVI İZLEM ÇİZELGESİ**

|  |
| --- |
| Hastanın Adı Soyadı:  |
| Dakikada Damla Sayısı: Total Mayi x 20 Saatte Gidecek ml Miktarı: Total Mayi 60 x Saat Saat |
| **Tarih :** | **Tarih :** |
| **Saat** | **Mayi (Serum)** | **Alınan Miktar**  | **Damla /dk****ml/saat** | **Mayi Seviyesi** | **Saat** | **Mayi (Serum)** | **Alınan Miktar** | **Damla /dk****ml/saat** | **Mayi Seviyesi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ**

**EBELİK ESASLARI I-II DERSİ HASTA VERİ TOPLAMA FORMU**

**Öğrencinin Adı-So**yadı: Tarih:

Öğrencinin Numarası: Klinik Adı:

|  |
| --- |
| **DEMOGRAFİK VERİLER** |
| **Adı Soyadı:** | **Protokol/ Dosya No:** |
| **Doğum Yeri:** | **Yatış Tarihi:** |
| **Yaşı:** | **Bölüm:** | **Oda No:** |
| **Cinsiyeti:** □Kadın |  □ Erkek | **Tıbbi Tanı:** |
| **Medeni Durumu:** | **Doktor Adı Soyadı:** |
| **Eğitim Durumu**: | **Sosyal Güvencesi:** □ Var | □ Yok  |
| **Dili: Tercüman Gereksinimi: □** Var □ Yok  |
| **Bilgi Alınan Kişi:** □ Kendisi □ Dosya □ Hastanın Yakını Diğer:…………………………… |
| **TIBBİ ANAMNEZ** |
| **Geldiği yer:** □ Yoğun Bakım □ Poliklinik □ Acil Servis □ Ev □ Diğer:………………………… |
| **Hastaneye Geliş Şekli:** □ Yürüyerek □ Tekerlekli Sandalye □ Sedye □ Diğer:………………………… |
| **Şikayetler:** |
| **Tıbbi Tanı:** |
| Kronik Hastalıklar: **□**DM **□** HT **□** KOAH **□** Kalp Yetmezliği **□**KBY **□**Diğer:………………………. |
| Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? *(Kurum ve Tarih):* |
| Geçirilmiş Hastalık/Operasyon *(Kurum ve Tarih)*: |
| Protezler: **□** Diş **□** Gözlük **□** Lens **□** İşitme Cihazı **□**Diğer:……………………………. |
| Alerjisi: □ Var □ YokAlerjisi var ise: □ İlaç □ Yiyecek □ Diğer:……………. |
| Alışkanlıkları: □ Var □ Yok |
| □ Düzenli Egzersiz Yapma □ Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma□ Düzenli ve Dengeli Beslenme □ Stresle Baş edebilme□ Olumlu Kişiler Arası İlişkiler □ Diğer:……………………………..  |
| □ Sigara………………………………adet / paket / gün……………………………..yıl□ Alkol………………………………kadeh / şişe / gün……………………………..yıl□ Madde………………………………adet / paket / gün……………………………..yıl□ Diğer (çay, kahve vb.-miktarı (bardak-ml): ………………………………………………………………………. |
| Kan Grubu:………… □ Rh+ □Rh- |
| Daha Önce Kan Transfüzyonu: □ Evet □ Hayır  |
| Kan Transfüzyonunda Reaksiyon Gelişme Durumu: □ Evet □ Hayır Hangi reaksiyon gelişmiş?............................................................................................................................................ |
| HASTANEYE YATMADAN ÖNCE/ HASTANEDE KULLANDIĞI İLAÇLAR |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İlacın Adı | Dozu |  Sıklığı | Alınış Yolu | Saatleri | Son Kullanma Tarihi |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |
| İlaçların Etki Mekanizması, Yan Etkileri ve Komplikasyonları: *(kısaca açıklayınız)* |
| YAŞAMSAL BULGULAR |
| Solunum:……………/dk □ Normal □ Derin □ Yüzeyel |
| Nabız: Apikal……………………./dk □ Dolgun □ Zayıf □ Düzenli □ Düzensiz Periferik ………………….../dk □ Dolgun □ Zayıf □ Düzenli □ Düzensiz |
| Kan Basıncı: ……..mm/Hg □ Sağ Kol □ Sol Kol □ Sol Alt Ekstremite □ Sağ Alt Ekstremite |
| Vücut Sıcaklığı: …………..0C □ Timpanik M. □ Axillar □ Oral  □ Rektal □Alın |
| GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE TANILAMA |
| l. Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması□ Düşme Öyküsü Var □ Yardımla Yürüme □ 65 Yaş Üzeri□ Görme Problemi □ Ortostatik Hipotansiyon □ Hipotansiyon□ Hipertansiyon □ Sedadif Kullanımı □ Kas Zayıflığı/Dengesizliği□ Baş Dönmesi/baygınlık □ Konfüzyon □ Desoryantasyon□ Halsizlik □ IV Kateter □ Cavafix/santral kateter□ Kortikosteroid kullanımı □ Aspirin/Antikoagülan kullanımı □ Yatak kenarlıklarının kullanımı |
| 2. İletişim**İletişim kurma durumu:** □ İletişim kurabiliyor □ Konuşma güçlüğü □ İşitme güçlüğü □ Anlama ve kavrama durumunun bozulması □ Diğer…………………………..Kişiler/ sağlık ekibi üyeleri ile iletişim durumu: □ Yeterli □ Yetersiz **Ailedeki rolü:……………………………………………….****Aile bireyleri ile ilişkileri:** □Yeterli □ Yetersiz **Hastalığını/ Tedaviyi kabullenme:** □ Var □ Yok □ Diğer…………………………..□ Laterjik □ Konfüze □ Disoryante □ Afazik □ Ajite □ Depresif □ Anksiyete □ İçe Dönük □ Korku □ Yalnızlık □ Güçsüz hissetme □ Ümitsizlik/ Çaresiz Hissetme □StresStresle baş etme yöntemleri:…………………………………………..  |
| 3. SolunumSolunum hızı: /dk Derinliği: Akciğer Sesleri: □ Dispne □ Öksürük □ Sekresyon □ Hemoptizi □ Ortopne □ Trakeostomi □ Hıçkırık □ Aralıklı Apne□ Diğer………………………………… |
| 4. BeslenmeBoy: Kilo: BKİ: Beslenme Şekli: □ Normal □ N/G(Nazogastrik Tüp) □ TPN (Total Parenteral beslenme)Kendi Kendine Beslenme Durumu: □ Besleniyor □ Yardımla BesleniyorGünlük Öğün Sayısı:…………………./günÖğünleri Yeme Durumu: □ Hepsini Yiyor □ Yarısını Yiyor □ Yemiyor*(Günlük beslenmesi ile ilgili detaylı bilgi veriniz)*İştah Durumu: □ Normal □ Çok □ AzTat Alma Durumu: □ Normal □ Acı/ Kötü Tat □ Tat Almıyor □ Diğer:………………………..Diyeti: □ Normal □ Sulu/Yumuşak □ Tuzlu □ Tuzsuz □ Diğer:………………………..Diyetinin Önemini Algılama Durumu: □ Diyetine uyuyor □ Diyetine uymuyor Oral Sıvı Alımı/24h: bardak/litreSorunların / Problemlerin durumu:□ Diş ve Diş Eti Problemler □ Ağız Kokusu (holitazis) □Anorexia (yememe) □ Yutma Güçlüğü (disfaji) □ Bulantı □ Kusma □ Kilo Kaybı □ Distansiyon (şişkinlik) □ Kaşektik □ Obesite □ Hematemez (kan kusma) □ Gaz Çıkımı □ Ağrı □ Hazımsızlık □ Diğer:………………  |
| 5. BoşaltımÖnceki Defekasyon Alışkanlığı: ………………..………………….gün/haftaEn Son Defekasyona Çıktığı Gün:……………………………..…..□ Hemoroid □ Parazit □ Fekal İnkontinans □ Ostomi □ Melena□ Konstipasyon □ Diyare □ Diğer……………………….İdrar yapma alışkanlığı kaç kez/24 saat:………………… İdrar Rengi:…………………………………..□ İdrar Retansiyonu □ Dizüri □ Noktüri □ Anüri □ Oligüri □ Pollaküri □ Poliüri □ Hematüri □ İdrar İnkontinası □ Foley Kateter□ Diyaliz □ Diğer:……………………………………….  |
| 6. Kişisel Hijyen ve Giyim**Cildin görünümü:** □ Normal □ Yara □ İskemi □ Lezyon **Cildin bütünlüğünü bozacak etmenler:** □ Yok □ Yatağa bağımlılık □ Aşırı terleme □ Aşırı şişmanlık □ Zayıflık □ İdrar+gaita tutamama □ Kaşıntı □ Banyo yapamama**Banyo yapma alışkanlığı**:……………….............................../ hf**Saçların görünümü**: □ Normal □ Kuru/yağlı □ Kirli/Kepekli □ Bit/parazit □ Alopesi**Saç yıkama alışkanlığı**:………………................................/ hf**Diş fırçalama alışkanlığı/protez bakımı:** □ Yok □ Var .........................../ gün**Giyinme ve soyunma gereksinimi karşılama durumu:** □ Bağımsız □ Yarı bağımlı □ Bağımlı**Özel giysiler kullanma durumu:** □ Kullanmıyor □ Varis çorabı □ Korse □ Diğer……………**Çamaşır değiştirme sıklığı**:….............................................../hf**Menstruasyon Durumu:** □Yok (ne kadar süreden beri)……………. □Var**Menstruasyonda kullandığı materyalin türü ve değiştirme sıklığı**:…………………..…………./gün**Menstruasyon süresince banyo yapma alışkanlığı**:……….…………………/hfMenstruasyonda kullandığı Ürün: □ Hazır ped □ Bez □ Diğer:……………………  Değiştirme sıklığı : …………………………………../Gün**Vaginal akıntı:** □ Yok □ Var *(Özelliği hakkında bilgi veriniz)***Perine bakımı durumu:** □ Bağımsız □ Yarı bağımlı □ BağımlıPerine Bakımı Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu): **Tuvalet sonrası temizlik durumu:** □ Su □ Tuvalet kağıdı □ Su + Tuvalet kağıdı □ Diğer………………..**Ellerin görünümü:** □ Normal □ Kuru/çatlak □ Panaris □ Nasır □ Mantar□ Egzama □ Parmaklarda eksiklik □ Siğil □ Diğer:………………………………**Tırnakların görünümü:** □ Bakımlı □ Uzun □ Kısa □ Kirli**Tırnakları yeme alışkanlığı:** □ Yok □ Var**Ayakların durumu:** □ Normal □ Düz tabanlık □ Halluks Valgus/ Halluks Varus□ Nasır □ Siyanoz □ Ülser □ Düşük ayak □ Diğer………………………**Ayak yıkama alışkanlığı:………….**…………………gün/hafta/ay |
| 7. Beden Isısının Kontrolü□ Çevre ısısına uygun giyim □ Hipotermi □ Hipertermi □ Soğuğa intolerans□ Sıcağa intolerans □ Terleme □ Titreme |
| 8. HareketVücut pozisyonu: □ Serbest □ Zorunlu pozisyonu var…………………………Vücut dengesi: □ Normal □ Sendeleme □ Sallanma □ Diğer:……………………. □ Deformite □ Kaslarda zayıflık □ Parapleji □ Hemipleji □ Amputasyon □ Kırık □ Kontraktür □ Paralizi □ İmmobilite□ Kullandığı yardımcı araçlar………………………… □ Diğer: ……………………….. |
| 9. Çalışma ve EğlenceÇalışma durumu: □ Çalışmıyor □ Çalışıyor Mesleği:…………………….. Süre:..................... Gelirini algılama durumu: □İyi □ Orta □ KötüHastalığına bağlı iş yaşamına ara verme durumu: □ Yok □ Var: (Açıklayınız)……………………………… Sağlığı tehdit eden mesleki riskler: □ Yok □ Var: (Açıklayınız)………………………………………………Hobileri (Belirtiniz) :………………………………Hastane ortamındaki sosyal aktiviteleri:□ TV izleme □ Sohbet etme □ Radyo dinleme □ Gazete, kitap, dergi vs. okuma□ El işi vs. □ Diğer:…………………………….. |
| 10. Cinsellik ve Üreme**Çocuk sayısı**:…………………………………**Cinsel fonksiyonlarda bozulma**: □ Yok □ Var**Hastalığın cinsel hayatı etkileme durumu:** □ Evet □ Hayır |
| 11. Uyku ve DinlenmeUyku Saatleri: İstirahat Süresi:………………………………… Hastalığından Dolayı Uyku Alışkanlıklarında Değişim Durumu:□ Yok □ Uykuya dalmada güçlük □ Uykuyu devam ettirme güçlüğü□ Sık uyanma (Gürültü, ışık, ağrı, ebelik uygulamaları nedeni ile vb) □ Kabus, gece işemesi, uyurgezerlik, diş gıcırdatması □ Uykuya eğilim □ Horlama □ Uyku ilacına bağımlılık □Diğer:…………………**Uykuyu destekleyici alışkanlıklar:**□ Yok □ TV seyretme □ Radyo dinleme □ Kitap okuma□ Sıcak içecekler □ Banyo □ İlaçlar □ Diğer:…………………..**Dinlenmiş olarak uyanma:** □ Evet □ Hayır**Aktif dinlenme biçimi:** □ El işi □ Kitap/Dergi okuma □ Müzik dinleme □ TV seyretme □ Diğer………………….. |
| 12. Ölüm **(Gerekli ise doldurunuz)**Yaşam ve Ölüm İle İlgili İnançlar: □ Şok □ İnkar □ Kızgınlık □ Pazarlık □ Depresyon □ KabullenmeSpiritüel Gereksinim: Ailenin Desteklenmesi: Diğer:  |
| ÖĞRENME GEREKSİNİMİ |
| Hastalığına ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Hastane işlemlerine ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Tedavisine ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Diyetine ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Kullandığı ilaçlara ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Hijyen hakkında bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok  | Ailesi ve yakınlarının hasta/hastalığına ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Verilen bilgilerin içeriğini başlıklar halinde açıklayınız……………………………………………… |
| AĞRI TANILAMA |
| Ağrının Durumu: □ Var □ Yok Ağrının Şiddeti:………………………………………………………………..*(Skalalar ile değerlendirilecek)*Ağrının Yeri:…………………………………………..Ağrının Niteliği: □ Yanıcı □ Batıcı □ Zonklayıcı □ Keskin □ Yayılan □ Künt □ Diğer:………………..Ağrının Süresi:………………………………….Ağrının Sıklığı: □ Aralıklı □ SürekliAğrıyı Azaltan Durumlar:……………………………………Ağrıyı Arttıran Durumlar:………………………………………… |
| Visual Analog Scale (VAS)**C:\Users\esma\Desktop\Temel ilke edeğerlendirme formları\vas.png*****0:***Hiç ağrı yok /***10:***Çok şiddetli ağrı /dayanılmaz  | Ağrı Değerlendirme |
|   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Ağrı Yok Orta Şiddetli Ağrı Çok Şiddetli Ağrı |

**HASTA GÜNLÜK İZLEM FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarih:……………Hastanın Adı Soyadı:……………………………………Tanısı:…………………..Oda No:…………………. | Saat | Ateş | Nabız | Solunum | Kan Basıncı | Aldığı | Çıkardığı | Laboratuvar veTetkik Sonuçları | Diğer |
|  |  |  |  |  |  08-16 |  |  |
|  |  |  |  |  | Oral: | IV: | İdrar: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Diğer: | Diğer: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Toplam: | Toplam: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Balance: |
|  |  |  |  |  |

**HASTA SIVI İZLEM ÇİZELGESİ**

|  |
| --- |
| Hastanın Adı Soyadı:  |
| Dakikada Damla Sayısı: Total Mayi x 20 Saatte Gidecek ml Miktarı: Total Mayi 60 x Saat Saat |
| **Tarih :** | **Tarih :** |
| **Saat** | **Mayi (Serum)** | **Alınan Miktar**  | **Damla /dk****ml/saat** | **Mayi Seviyesi** | **Saat** | **Mayi (Serum)** | **Alınan Miktar** | **Damla /dk****ml/saat** | **Mayi Seviyesi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ**

**EBELİK ESASLARI I-II DERSİ HASTA VERİ TOPLAMA FORMU**

**Öğrencinin Adı-So**yadı: Tarih:

Öğrencinin Numarası: Klinik Adı:

|  |
| --- |
| **DEMOGRAFİK VERİLER** |
| **Adı Soyadı:** | **Protokol/ Dosya No:** |
| **Doğum Yeri:** | **Yatış Tarihi:** |
| **Yaşı:** | **Bölüm:** | **Oda No:** |
| **Cinsiyeti:** □Kadın |  □ Erkek | **Tıbbi Tanı:** |
| **Medeni Durumu:** | **Doktor Adı Soyadı:** |
| **Eğitim Durumu**: | **Sosyal Güvencesi:** □ Var | □ Yok  |
| **Dili: Tercüman Gereksinimi: □** Var □ Yok  |
| **Bilgi Alınan Kişi:** □ Kendisi □ Dosya □ Hastanın Yakını Diğer:…………………………… |
| **TIBBİ ANAMNEZ** |
| **Geldiği yer:** □ Yoğun Bakım □ Poliklinik □ Acil Servis □ Ev □ Diğer:………………………… |
| **Hastaneye Geliş Şekli:** □ Yürüyerek □ Tekerlekli Sandalye □ Sedye □ Diğer:………………………… |
| **Şikayetler:** |
| **Tıbbi Tanı:** |
| Kronik Hastalıklar: **□**DM **□** HT **□** KOAH **□** Kalp Yetmezliği **□**KBY **□**Diğer:………………………. |
| Sürekli Kullandığı İlaçlar: |
| Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? *(Kurum ve Tarih):* |
| Geçirilmiş Hastalık/Operasyon *(Kurum ve Tarih)*: |
| Protezler: **□** Diş **□** Gözlük **□** Lens **□** İşitme Cihazı **□**Diğer:……………………………. |
| Alerjisi: □ Var □ YokAlerjisi var ise: □ İlaç □ Yiyecek □ Diğer:……………. |
| Alışkanlıkları: □ Var □ Yok |
| □ Düzenli Egzersiz Yapma □ Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma□ Düzenli ve Dengeli Beslenme □ Stresle Baş edebilme□ Olumlu Kişiler Arası İlişkiler □ Diğer:……………………………..  |
| □ Sigara………………………………adet / paket / gün……………………………..yıl□ Alkol………………………………kadeh / şişe / gün……………………………..yıl□ Madde………………………………adet / paket / gün……………………………..yıl□ Diğer (çay, kahve vb.-miktarı (bardak-ml): ………………………………………………………………………. |
| Kan Grubu:………… □ Rh+ □Rh- |
| Daha Önce Kan Transfüzyonu: □ Evet □ Hayır  |
| Kan Transfüzyonunda Reaksiyon Gelişme Durumu: □ Evet □ Hayır Hangi reaksiyon gelişmiş?............................................................................................................................................ |
| HASTANEYE YATMADAN ÖNCE/ HASTANEDE KULLANDIĞI İLAÇLAR |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İlacın Adı | Dozu |  Sıklığı | Alınış Yolu | Saatleri | Son Kullanma Tarihi |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |
| İlaçların Etki Mekanizması, Yan Etkileri ve Komplikasyonları: *(kısaca açıklayınız)* |
| YAŞAMSAL BULGULAR |
| Solunum:……………/dk □ Normal □ Derin □ Yüzeyel |
| Nabız: Apikal……………………./dk □ Dolgun □ Zayıf □ Düzenli □ Düzensiz Periferik ………………….../dk □ Dolgun □ Zayıf □ Düzenli □ Düzensiz |
| Kan Basıncı: ……..mm/Hg □ Sağ Kol □ Sol Kol □ Sol Alt Ekstremite □ Sağ Alt Ekstremite |
| Vücut Sıcaklığı: …………..0C □ Timpanik M. □ Axillar □ Oral  □ Rektal □Alın |
| GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE TANILAMA |
| l. Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması□ Düşme Öyküsü Var □ Yardımla Yürüme □ 65 Yaş Üzeri□ Görme Problemi □ Ortostatik Hipotansiyon □ Hipotansiyon□ Hipertansiyon □ Sedadif Kullanımı □ Kas Zayıflığı/Dengesizliği□ Baş Dönmesi/baygınlık □ Konfüzyon □ Desoryantasyon□ Halsizlik □ IV Kateter □ Cavafix/santral kateter□ Kortikosteroid kullanımı □ Aspirin/Antikoagülan kullanımı □ Yatak kenarlıklarının kullanımı |
| 2. İletişim**İletişim kurma durumu:** □ İletişim kurabiliyor □ Konuşma güçlüğü □ İşitme güçlüğü □ Anlama ve kavrama durumunun bozulması □ Diğer…………………………..Kişiler/ sağlık ekibi üyeleri ile iletişim durumu: □ Yeterli □ Yetersiz **Ailedeki rolü:……………………………………………….****Aile bireyleri ile ilişkileri:** □Yeterli □ Yetersiz **Hastalığını/ Tedaviyi kabullenme:** □ Var □ Yok □ Diğer…………………………..□ Laterjik □ Konfüze □ Disoryante □ Afazik □ Ajite □ Depresif □ Anksiyete □ İçe Dönük □ Korku □ Yalnızlık □ Güçsüz hissetme □ Ümitsizlik/ Çaresiz Hissetme □StresStresle baş etme yöntemleri:…………………………………………..  |
| 3. SolunumSolunum hızı: /dk Derinliği: Akciğer Sesleri: □ Dispne □ Öksürük □ Sekresyon □ Hemoptizi □ Ortopne □ Trakeostomi □ Hıçkırık □ Aralıklı Apne□ Diğer………………………………… |
| 4. BeslenmeBoy: Kilo: BKİ: Beslenme Şekli: □ Normal □ N/G(Nazogastrik Tüp) □ TPN (Total Parenteral beslenme)Kendi Kendine Beslenme Durumu: □ Besleniyor □ Yardımla BesleniyorGünlük Öğün Sayısı:…………………./günÖğünleri Yeme Durumu: □ Hepsini Yiyor □ Yarısını Yiyor □ Yemiyor*(Günlük beslenmesi ile ilgili detaylı bilgi veriniz)*İştah Durumu: □ Normal □ Çok □ AzTat Alma Durumu: □ Normal □ Acı/ Kötü Tat □ Tat Almıyor □ Diğer:………………………..Diyeti: □ Normal □ Sulu/Yumuşak □ Tuzlu □ Tuzsuz □ Diğer:………………………..Diyetinin Önemini Algılama Durumu: □ Diyetine uyuyor □ Diyetine uymuyor Oral Sıvı Alımı/24h: bardak/litreSorunların / Problemlerin durumu:□ Diş ve Diş Eti Problemler □ Ağız Kokusu (holitazis) □Anorexia (yememe) □ Yutma Güçlüğü (disfaji) □ Bulantı □ Kusma □ Kilo Kaybı □ Distansiyon (şişkinlik) □ Kaşektik □ Obesite □ Hematemez (kan kusma) □ Gaz Çıkımı □ Ağrı □ Hazımsızlık □ Diğer:………………  |
| 5. BoşaltımÖnceki Defekasyon Alışkanlığı: ………………..………………….gün/haftaEn Son Defekasyona Çıktığı Gün:……………………………..…..□ Hemoroid □ Parazit □ Fekal İnkontinans □ Ostomi □ Melena□ Konstipasyon □ Diyare □ Diğer……………………….İdrar yapma alışkanlığı kaç kez/24 saat:………………… İdrar Rengi:…………………………………..□ İdrar Retansiyonu □ Dizüri □ Noktüri □ Anüri □ Oligüri □ Pollaküri □ Poliüri □ Hematüri □ İdrar İnkontinası □ Foley Kateter□ Diyaliz □ Diğer:……………………………………….  |
| 6. Kişisel Hijyen ve Giyim**Cildin görünümü:** □ Normal □ Yara □ İskemi □ Lezyon **Cildin bütünlüğünü bozacak etmenler:** □ Yok □ Yatağa bağımlılık □ Aşırı terleme □ Aşırı şişmanlık □ Zayıflık □ İdrar+gaita tutamama □ Kaşıntı □ Banyo yapamama**Banyo yapma alışkanlığı**:……………….............................../ hf**Saçların görünümü**: □ Normal □ Kuru/yağlı □ Kirli/Kepekli □ Bit/parazit □ Alopesi**Saç yıkama alışkanlığı**:………………................................/ hf**Diş fırçalama alışkanlığı/protez bakımı:** □ Yok □ Var .........................../ gün**Giyinme ve soyunma gereksinimi karşılama durumu:** □ Bağımsız □ Yarı bağımlı □ Bağımlı**Özel giysiler kullanma durumu:** □ Kullanmıyor □ Varis çorabı □ Korse □ Diğer……………**Çamaşır değiştirme sıklığı**:….............................................../hf**Menstruasyon Durumu:** □Yok (ne kadar süreden beri)……………. □Var**Menstruasyonda kullandığı materyalin türü ve değiştirme sıklığı**:…………………..…………./gün**Menstruasyon süresince banyo yapma alışkanlığı**:……….…………………/hfMenstruasyonda kullandığı Ürün: □ Hazır ped □ Bez □ Diğer:……………………  Değiştirme sıklığı : …………………………………../Gün**Vaginal akıntı:** □ Yok □ Var *(Özelliği hakkında bilgi veriniz)***Perine bakımı durumu:** □ Bağımsız □ Yarı bağımlı □ BağımlıPerine Bakımı Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu): **Tuvalet sonrası temizlik durumu:** □ Su □ Tuvalet kağıdı □ Su + Tuvalet kağıdı □ Diğer………………..**Ellerin görünümü:** □ Normal □ Kuru/çatlak □ Panaris □ Nasır □ Mantar□ Egzama □ Parmaklarda eksiklik □ Siğil □ Diğer:………………………………**Tırnakların görünümü:** □ Bakımlı □ Uzun □ Kısa □ Kirli**Tırnakları yeme alışkanlığı:** □ Yok □ Var**Ayakların durumu:** □ Normal □ Düz tabanlık □ Halluks Valgus/ Halluks Varus□ Nasır □ Siyanoz □ Ülser □ Düşük ayak □ Diğer………………………**Ayak yıkama alışkanlığı:………….**…………………gün/hafta/ay |
| 7. Beden Isısının Kontrolü□ Çevre ısısına uygun giyim □ Hipotermi □ Hipertermi □ Soğuğa intolerans□ Sıcağa intolerans □ Terleme □ Titreme |
| 8. HareketVücut pozisyonu: □ Serbest □ Zorunlu pozisyonu var…………………………Vücut dengesi: □ Normal □ Sendeleme □ Sallanma □ Diğer:……………………. □ Deformite □ Kaslarda zayıflık □ Parapleji □ Hemipleji □ Amputasyon □ Kırık □ Kontraktür □ Paralizi □ İmmobilite□ Kullandığı yardımcı araçlar………………………… □ Diğer: ……………………….. |
| 9. Çalışma ve EğlenceÇalışma durumu: □ Çalışmıyor □ Çalışıyor Mesleği:…………………….. Süre:..................... Gelirini algılama durumu: □İyi □ Orta □ KötüHastalığına bağlı iş yaşamına ara verme durumu: □ Yok □ Var: (Açıklayınız)……………………………… Sağlığı tehdit eden mesleki riskler: □ Yok □ Var: (Açıklayınız)………………………………………………Hobileri (Belirtiniz) :………………………………Hastane ortamındaki sosyal aktiviteleri:□ TV izleme □ Sohbet etme □ Radyo dinleme □ Gazete, kitap, dergi vs. okuma□ El işi vs.  □ Diğer:…………………………….. |
| 10. Cinsellik ve Üreme**Çocuk sayısı**:…………………………………**Cinsel fonksiyonlarda bozulma**: □ Yok □ Var**Hastalığın cinsel hayatı etkileme durumu:** □ Evet □ Hayır |
| 11. Uyku ve DinlenmeUyku Saatleri: İstirahat Süresi:………………………………… Hastalığından Dolayı Uyku Alışkanlıklarında Değişim Durumu:□ Yok □ Uykuya dalmada güçlük □ Uykuyu devam ettirme güçlüğü□ Sık uyanma (Gürültü, ışık, ağrı, ebelik uygulamaları nedeni ile vb) □ Kabus, gece işemesi, uyurgezerlik, diş gıcırdatması □ Uykuya eğilim □ Horlama □ Uyku ilacına bağımlılık □Diğer:…………………**Uykuyu destekleyici alışkanlıklar:**□ Yok □ TV seyretme □ Radyo dinleme □ Kitap okuma□ Sıcak içecekler □ Banyo □ İlaçlar □ Diğer:…………………..**Dinlenmiş olarak uyanma:** □ Evet □ Hayır**Aktif dinlenme biçimi:** □ El işi □ Kitap/Dergi okuma □ Müzik dinleme □ TV seyretme □ Diğer………………….. |
| 12. Ölüm **(Gerekli ise doldurunuz)**Yaşam ve Ölüm İle İlgili İnançlar: □ Şok □ İnkar □ Kızgınlık □ Pazarlık □ Depresyon □ KabullenmeSpiritüel Gereksinim: Ailenin Desteklenmesi: Diğer:  |
| ÖĞRENME GEREKSİNİMİ |
| Hastalığına ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Hastane işlemlerine ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Tedavisine ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Diyetine ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Kullandığı ilaçlara ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Hijyen hakkında bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok  | Ailesi ve yakınlarının hasta/hastalığına ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Verilen bilgilerin içeriğini başlıklar halinde açıklayınız……………………………………………… |
| AĞRI TANILAMA |
| Ağrının Durumu: □ Var □ Yok Ağrının Şiddeti:………………………………………………………………..*(Skalalar ile değerlendirilecek)*Ağrının Yeri:…………………………………………..Ağrının Niteliği: □ Yanıcı □ Batıcı □ Zonklayıcı □ Keskin □ Yayılan □ Künt □ Diğer:………………..Ağrının Süresi:………………………………….Ağrının Sıklığı: □ Aralıklı □ SürekliAğrıyı Azaltan Durumlar:……………………………………Ağrıyı Arttıran Durumlar:………………………………………… |
| Visual Analog Scale (VAS)**C:\Users\esma\Desktop\Temel ilke edeğerlendirme formları\vas.png*****0:***Hiç ağrı yok /***10:***Çok şiddetli ağrı /dayanılmaz  | Ağrı Değerlendirme |
|   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Ağrı Yok Orta Şiddetli Ağrı Çok Şiddetli Ağrı |

**HASTA GÜNLÜK İZLEM FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarih:……………Hastanın Adı Soyadı:……………………………………Tanısı:…………………..Oda No:…………………. | Saat | Ateş | Nabız | Solunum | Kan Basıncı | Aldığı | Çıkardığı | Laboratuvar veTetkik Sonuçları | Diğer |
|  |  |  |  |  |  08-16 |  |  |
|  |  |  |  |  | Oral: | IV: | İdrar: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Diğer: | Diğer: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Toplam: | Toplam: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Balance: |
|  |  |  |  |  |

**HASTA SIVI İZLEM ÇİZELGESİ**

|  |
| --- |
| Hastanın Adı Soyadı:  |
| Dakikada Damla Sayısı: Total Mayi x 20 Saatte Gidecek ml Miktarı: Total Mayi 60 x Saat Saat |
| **Tarih :** | **Tarih :** |
| **Saat** | **Mayi (Serum)** | **Alınan Miktar**  | **Damla /dk****ml/saat** | **Mayi Seviyesi** | **Saat** | **Mayi (Serum)** | **Alınan Miktar** | **Damla /dk****ml/saat** | **Mayi Seviyesi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ**

**EBELİK ESASLARI I-II DERSİ HASTA VERİ TOPLAMA FORMU**

**Öğrencinin Adı-So**yadı: Tarih:

Öğrencinin Numarası: Klinik Adı:

|  |
| --- |
| **DEMOGRAFİK VERİLER** |
| **Adı Soyadı:** | **Protokol/ Dosya No:** |
| **Doğum Yeri:** | **Yatış Tarihi:** |
| **Yaşı:** | **Bölüm:** | **Oda No:** |
| **Cinsiyeti:** □Kadın |  □ Erkek | **Tıbbi Tanı:** |
| **Medeni Durumu:** | **Doktor Adı Soyadı:** |
| **Eğitim Durumu**: | **Sosyal Güvencesi:** □ Var | □ Yok  |
| **Dili: Tercüman Gereksinimi: □** Var □ Yok  |
| **Bilgi Alınan Kişi:** □ Kendisi □ Dosya □ Hastanın Yakını Diğer:…………………………… |
| **TIBBİ ANAMNEZ** |
| **Geldiği yer:** □ Yoğun Bakım □ Poliklinik □ Acil Servis □ Ev □ Diğer:………………………… |
| **Hastaneye Geliş Şekli:** □ Yürüyerek □ Tekerlekli Sandalye □ Sedye □ Diğer:………………………… |
| **Şikayetler:** |
| **Tıbbi Tanı:** |
| Kronik Hastalıklar: **□**DM **□** HT **□** KOAH **□** Kalp Yetmezliği **□**KBY **□**Diğer:………………………. |
| Sürekli Kullandığı İlaçlar: |
| Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? *(Kurum ve Tarih):* |
| Geçirilmiş Hastalık/Operasyon *(Kurum ve Tarih)*: |
| Protezler: **□** Diş **□** Gözlük **□** Lens **□** İşitme Cihazı **□**Diğer:……………………………. |
| Alerjisi: □ Var □ YokAlerjisi var ise: □ İlaç □ Yiyecek □ Diğer:……………. |
| Alışkanlıkları: □ Var □ Yok |
| □ Düzenli Egzersiz Yapma □ Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma□ Düzenli ve Dengeli Beslenme □ Stresle Baş edebilme□ Olumlu Kişiler Arası İlişkiler □ Diğer:……………………………..  |
| □ Sigara………………………………adet / paket / gün……………………………..yıl□ Alkol………………………………kadeh / şişe / gün……………………………..yıl□ Madde………………………………adet / paket / gün……………………………..yıl□ Diğer (çay, kahve vb.-miktarı (bardak-ml): ………………………………………………………………………. |
| Kan Grubu:………… □ Rh+ □Rh- |
| Daha Önce Kan Transfüzyonu: □ Evet □ Hayır  |
| Kan Transfüzyonunda Reaksiyon Gelişme Durumu: □ Evet □ Hayır Hangi reaksiyon gelişmiş?............................................................................................................................................ |
| HASTANEYE YATMADAN ÖNCE/ HASTANEDE KULLANDIĞI İLAÇLAR |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İlacın Adı | Dozu |  Sıklığı | Alınış Yolu | Saatleri | Son Kullanma Tarihi |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |
| İlaçların Etki Mekanizması, Yan Etkileri ve Komplikasyonları: *(kısaca açıklayınız)* |
|  YAŞAMSAL BULGULAR |
| Solunum:……………/dk □ Normal □ Derin □ Yüzeyel |
| Nabız: Apikal……………………./dk □ Dolgun □ Zayıf □ Düzenli □ Düzensiz Periferik ………………….../dk □ Dolgun □ Zayıf □ Düzenli □ Düzensiz |
| Kan Basıncı: ……..mm/Hg □ Sağ Kol □ Sol Kol □ Sol Alt Ekstremite □ Sağ Alt Ekstremite |
| Vücut Sıcaklığı: …………..0C □ Timpanik M. □ Axillar □ Oral  □ Rektal □Alın |
| GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE TANILAMA |
| l. Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması□ Düşme Öyküsü Var □ Yardımla Yürüme □ 65 Yaş Üzeri□ Görme Problemi □ Ortostatik Hipotansiyon □ Hipotansiyon□ Hipertansiyon □ Sedadif Kullanımı □ Kas Zayıflığı/Dengesizliği□ Baş Dönmesi/baygınlık □ Konfüzyon □ Desoryantasyon□ Halsizlik □ IV Kateter □ Cavafix/santral kateter□ Kortikosteroid kullanımı □ Aspirin/Antikoagülan kullanımı □ Yatak kenarlıklarının kullanımı |
| 2. İletişim**İletişim kurma durumu:** □ İletişim kurabiliyor □ Konuşma güçlüğü □ İşitme güçlüğü □ Anlama ve kavrama durumunun bozulması □ Diğer…………………………..Kişiler/ sağlık ekibi üyeleri ile iletişim durumu: □ Yeterli □ Yetersiz **Ailedeki rolü:……………………………………………….****Aile bireyleri ile ilişkileri:** □Yeterli □ Yetersiz **Hastalığını/ Tedaviyi kabullenme:** □ Var □ Yok □ Diğer…………………………..□ Laterjik □ Konfüze □ Disoryante □ Afazik □ Ajite □ Depresif □ Anksiyete □ İçe Dönük □ Korku □ Yalnızlık □ Güçsüz hissetme □ Ümitsizlik/ Çaresiz Hissetme □StresStresle baş etme yöntemleri:…………………………………………..  |
| 3. SolunumSolunum hızı: /dk Derinliği: Akciğer Sesleri: □ Dispne □ Öksürük □ Sekresyon □ Hemoptizi □ Ortopne □ Trakeostomi □ Hıçkırık □ Aralıklı Apne□ Diğer………………………………… |
| 4. BeslenmeBoy: Kilo: BKİ: Beslenme Şekli: □ Normal □ N/G(Nazogastrik Tüp) □ TPN (Total Parenteral beslenme)Kendi Kendine Beslenme Durumu: □ Besleniyor □ Yardımla BesleniyorGünlük Öğün Sayısı:…………………./günÖğünleri Yeme Durumu: □ Hepsini Yiyor □ Yarısını Yiyor □ Yemiyor*(Günlük beslenmesi ile ilgili detaylı bilgi veriniz)*İştah Durumu: □ Normal □ Çok □ AzTat Alma Durumu: □ Normal □ Acı/ Kötü Tat □ Tat Almıyor □ Diğer:………………………..Diyeti: □ Normal □ Sulu/Yumuşak □ Tuzlu □ Tuzsuz □ Diğer:………………………..Diyetinin Önemini Algılama Durumu: □ Diyetine uyuyor □ Diyetine uymuyor Oral Sıvı Alımı/24h: bardak/litreSorunların / Problemlerin durumu:□ Diş ve Diş Eti Problemler □ Ağız Kokusu (holitazis) □Anorexia (yememe) □ Yutma Güçlüğü (disfaji) □ Bulantı □ Kusma □ Kilo Kaybı □ Distansiyon (şişkinlik) □ Kaşektik □ Obesite □ Hematemez (kan kusma) □ Gaz Çıkımı □ Ağrı □ Hazımsızlık □ Diğer:………………  |
| 5. BoşaltımÖnceki Defekasyon Alışkanlığı: ………………..………………….gün/haftaEn Son Defekasyona Çıktığı Gün:……………………………..…..□ Hemoroid □ Parazit □ Fekal İnkontinans □ Ostomi □ Melena□ Konstipasyon □ Diyare □ Diğer……………………….İdrar yapma alışkanlığı kaç kez/24 saat:………………… İdrar Rengi:…………………………………..□ İdrar Retansiyonu □ Dizüri □ Noktüri □ Anüri □ Oligüri □ Pollaküri □ Poliüri □ Hematüri □ İdrar İnkontinası □ Foley Kateter□ Diyaliz □ Diğer:……………………………………….  |
| 6. Kişisel Hijyen ve Giyim**Cildin görünümü:** □ Normal □ Yara □ İskemi □ Lezyon **Cildin bütünlüğünü bozacak etmenler:** □ Yok □ Yatağa bağımlılık □ Aşırı terleme □ Aşırı şişmanlık □ Zayıflık □ İdrar+gaita tutamama □ Kaşıntı □ Banyo yapamama**Banyo yapma alışkanlığı**:……………….............................../ hf**Saçların görünümü**: □ Normal □ Kuru/yağlı □ Kirli/Kepekli □ Bit/parazit □ Alopesi**Saç yıkama alışkanlığı**:………………................................/ hf**Diş fırçalama alışkanlığı/protez bakımı:** □ Yok □ Var .........................../ gün**Giyinme ve soyunma gereksinimi karşılama durumu:** □ Bağımsız □ Yarı bağımlı □ Bağımlı**Özel giysiler kullanma durumu:** □ Kullanmıyor □ Varis çorabı □ Korse □ Diğer……………**Çamaşır değiştirme sıklığı**:….............................................../hf**Menstruasyon Durumu:** □Yok (ne kadar süreden beri)……………. □Var**Menstruasyonda kullandığı materyalin türü ve değiştirme sıklığı**:…………………..…………./gün**Menstruasyon süresince banyo yapma alışkanlığı**:……….…………………/hfMenstruasyonda kullandığı Ürün: □ Hazır ped □ Bez □ Diğer:……………………  Değiştirme sıklığı : …………………………………../Gün**Vaginal akıntı:** □ Yok □ Var *(Özelliği hakkında bilgi veriniz)***Perine bakımı durumu:** □ Bağımsız □ Yarı bağımlı □ BağımlıPerine Bakımı Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu): **Tuvalet sonrası temizlik durumu:** □ Su □ Tuvalet kağıdı □ Su + Tuvalet kağıdı □ Diğer………………..**Ellerin görünümü:** □ Normal □ Kuru/çatlak □ Panaris □ Nasır □ Mantar□ Egzama □ Parmaklarda eksiklik □ Siğil □ Diğer:………………………………**Tırnakların görünümü:** □ Bakımlı □ Uzun □ Kısa □ Kirli**Tırnakları yeme alışkanlığı:** □ Yok □ Var**Ayakların durumu:** □ Normal □ Düz tabanlık □ Halluks Valgus/ Halluks Varus□ Nasır □ Siyanoz □ Ülser □ Düşük ayak □ Diğer………………………**Ayak yıkama alışkanlığı:………….**…………………gün/hafta/ay |
| 7. Beden Isısının Kontrolü□ Çevre ısısına uygun giyim □ Hipotermi □ Hipertermi □ Soğuğa intolerans□ Sıcağa intolerans □ Terleme □ Titreme |
| 8. HareketVücut pozisyonu: □ Serbest □ Zorunlu pozisyonu var…………………………Vücut dengesi: □ Normal □ Sendeleme □ Sallanma □ Diğer:……………………. □ Deformite □ Kaslarda zayıflık □ Parapleji □ Hemipleji □ Amputasyon □ Kırık □ Kontraktür □ Paralizi □ İmmobilite□ Kullandığı yardımcı araçlar………………………… □ Diğer: ……………………….. |
| 9. Çalışma ve EğlenceÇalışma durumu: □ Çalışmıyor □ Çalışıyor Mesleği:…………………….. Süre:..................... Gelirini algılama durumu: □İyi □ Orta □ KötüHastalığına bağlı iş yaşamına ara verme durumu: □ Yok □ Var: (Açıklayınız)……………………………… Sağlığı tehdit eden mesleki riskler: □ Yok □ Var: (Açıklayınız)………………………………………………Hobileri (Belirtiniz) :………………………………Hastane ortamındaki sosyal aktiviteleri:□ TV izleme □ Sohbet etme □ Radyo dinleme □ Gazete, kitap, dergi vs. okuma□ El işi vs. □ Diğer:…………………………….. |
| 10. Cinsellik ve Üreme**Çocuk sayısı**:…………………………………**Cinsel fonksiyonlarda bozulma**: □ Yok □ Var**Hastalığın cinsel hayatı etkileme durumu:** □ Evet □ Hayır |
| 11. Uyku ve DinlenmeUyku Saatleri: İstirahat Süresi:………………………………… Hastalığından Dolayı Uyku Alışkanlıklarında Değişim Durumu:□ Yok □ Uykuya dalmada güçlük □ Uykuyu devam ettirme güçlüğü□ Sık uyanma (Gürültü, ışık, ağrı, ebelik uygulamaları nedeni ile vb) □ Kabus, gece işemesi, uyurgezerlik, diş gıcırdatması □ Uykuya eğilim □ Horlama □ Uyku ilacına bağımlılık □Diğer:…………………**Uykuyu destekleyici alışkanlıklar:**□ Yok □ TV seyretme □ Radyo dinleme □ Kitap okuma□ Sıcak içecekler □ Banyo □ İlaçlar □ Diğer:…………………..**Dinlenmiş olarak uyanma:** □ Evet □ Hayır**Aktif dinlenme biçimi:** □ El işi □ Kitap/Dergi okuma □ Müzik dinleme □ TV seyretme □ Diğer………………….. |
| 12. Ölüm **(Gerekli ise doldurunuz)**Yaşam ve Ölüm İle İlgili İnançlar: □ Şok □ İnkar □ Kızgınlık □ Pazarlık □ Depresyon □ KabullenmeSpiritüel Gereksinim: Ailenin Desteklenmesi: Diğer:  |
| ÖĞRENME GEREKSİNİMİ |
| Hastalığına ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Hastane işlemlerine ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Tedavisine ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Diyetine ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Kullandığı ilaçlara ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Hijyen hakkında bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok  | Ailesi ve yakınlarının hasta/hastalığına ilişkin bilgi gereksinimi: □ Var □ Yok Verilen bilgilerin içeriğini başlıklar halinde açıklayınız……………………………………………… |
| AĞRI TANILAMA |
| Ağrının Durumu: □ Var □ Yok Ağrının Şiddeti:………………………………………………………………..*(Skalalar ile değerlendirilecek)*Ağrının Yeri:…………………………………………..Ağrının Niteliği: □ Yanıcı □ Batıcı □ Zonklayıcı □ Keskin □ Yayılan □ Künt □ Diğer:………………..Ağrının Süresi:………………………………….Ağrının Sıklığı: □ Aralıklı □ SürekliAğrıyı Azaltan Durumlar:……………………………………Ağrıyı Arttıran Durumlar:………………………………………… |
| Visual Analog Scale (VAS)**C:\Users\esma\Desktop\Temel ilke edeğerlendirme formları\vas.png*****0:***Hiç ağrı yok /***10:***Çok şiddetli ağrı /dayanılmaz  | Ağrı Değerlendirme |
|   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Ağrı Yok Orta Şiddetli Ağrı Çok Şiddetli Ağrı |

**HASTA GÜNLÜK İZLEM FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarih:……………Hastanın Adı Soyadı:……………………………………Tanısı:…………………..Oda No:…………………. | Saat | Ateş | Nabız | Solunum | Kan Basıncı | Aldığı | Çıkardığı | Laboratuvar veTetkik Sonuçları | Diğer |
|  |  |  |  |  |  08-16 |  |  |
|  |  |  |  |  | Oral: | IV: | İdrar: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Diğer: | Diğer: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Toplam: | Toplam: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Balance: |
|  |  |  |  |  |

**HASTA SIVI İZLEM ÇİZELGESİ**

|  |
| --- |
| Hastanın Adı Soyadı:  |
| Dakikada Damla Sayısı: Total Mayi x 20 Saatte Gidecek ml Miktarı: Total Mayi 60 x Saat Saat |
| **Tarih :** | **Tarih :** |
| **Saat** | **Mayi (Serum)** | **Alınan Miktar**  | **Damla /dk****ml/saat** | **Mayi Seviyesi** | **Saat** | **Mayi (Serum)** | **Alınan Miktar** | **Damla /dk****ml/saat** | **Mayi Seviyesi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ EBELİK BAKIM PLANI** |
| **Tarih: Öğrencinin Adı Soyadı: Hastanın Adı Soyadı:** |
| **Etyolojik faktör(ler)** | **TANILAMA** | **PLANLAMA** | **UYGULAMA** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Ebelik Tanısı** | **Tanımlayıcı****Özellik(ler)** | **Amaç(lar)** | **Ebelik Girişimleri** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ EBELİK BAKIM PLANI** |
| **Tarih: Öğrencinin Adı Soyadı: Hastanın Adı Soyadı:** |
| **Etyolojik faktör(ler)** | **TANILAMA** | **PLANLAMA** | **UYGULAMA** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Ebelik Tanısı** | **Tanımlayıcı****Özellik(ler)** | **Amaç(lar)** | **Ebelik Girişimleri** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  **KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ EBELİK BAKIM PLANI** |
| **Tarih: Öğrencinin Adı Soyadı: Hastanın Adı Soyadı:** |
| **Etyolojik faktör(ler)** | **TANILAMA** | **PLANLAMA** | **UYGULAMA** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Ebelik Tanısı** | **Tanımlayıcı****Özellik(ler)** | **Amaç(lar)** | **Ebelik Girişimleri** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ EBELİK BAKIM PLANI** |
| **Tarih: Öğrencinin Adı Soyadı: Hastanın Adı Soyadı:** |
| **Etyolojik faktör(ler)** | **TANILAMA** | **PLANLAMA** | **UYGULAMA** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Ebelik Tanısı** | **Tanımlayıcı****Özellik(ler)** | **Amaç(lar)** | **Ebelik Girişimleri** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |