**Öğrencinin Adı Soyadı:**

**A. TANITICI BİLGİLER**

**Adı Soyadı: Görüşme Tarihi:**

**Yaşı: Hastaneye Yatış Tarihi:**

**Eğitimi: Hastaneye Başvurma Nedeni:**

**Mesleği:**

**Sağlık Güvence Durumu:**

**Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler): Eşinin:**

**Yaşı:**

**Gelir Düzeyini Algılaması: Eğitimi:**

**Evlilik Süresi: Mesleği:**

**Kan Grubu: Kan Grubu:**

**Eşi ile Akrabalık Durumu:**

**Önceki ya da şimdiki sigara, alkol ve ilaç kullanımı:**

**Kadının ya da ailesinin geçmiş tıbbı öyküsü:**

**B.GEÇMİŞ JİNEKOLOJİK ÖYKÜ:**

**Siklus Özelliği:**

Menarş Yaşı:

Siklus Düzeni (Menstrüasyon süresi, sıklığı ve kanama miktarı):

Dismenore Öyküsü:

Seksüel Öykü:

PMS öyküsü:

**Kontraseptif Kullanma Öyküsü:**

Kullandığı Yöntem Kullanma Süresi: Bırakma Nedeni:

**Geçirilen Enfeksiyonlar**: ☐ var ☐yok

Alınan Tedavi:

Tedavinin Süresi:

Tedavinin Sonucu:

**Geçirilen Jinekolojik Girişimler:** ☐ var ☐yok

**Diğer Hastalıklar**:

**C. GEÇMİŞ GEBELİK VE DOĞUMLARA İLİŞKİN ÖYKÜ:**

Gebelik Sayısı:

Yaşayan Çocuk Sayısı:

Düşük Sayısı:

D&C Sayısı:

Diğer:

**D. HİJYENİK UYGULAMALAR**

Banyo yapma şekli:

Banyo yapma sıklığı:

**Perine Hijyeni:**

Boşaltım sonrası perineyi temizleme yöntemi:

İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:

Kullandığı iç çamaşırlarının özelliği:

İç çamaşırlarını temizleme şekli:

**Mentrüasyon Hijyeni:**

Kullanılan materyal:

Ped değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:

Ped değiştirme sıklığı:

Menstrüasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:

**Önceki doğumlarda, doğum sonrasında yaşanan problemler:**

(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini yazınız).

Kanama:

Enfeksiyon-ateş:

Hipertansiyon:

Meme Problemleri:

Duygusal / Psikolojik Problemler ( yaşanan problemleri yuvarlak içine alınız)

(yoğun bir üzüntü, yalnızlık, kimsesizlik, huzursuzluk, sinirlilik, kolayca ağlama, nedensiz yere gerginlik ve korku, iştahsızlık, uykusuzluk)

Diğer:…………………….

**E.DOĞUM SONU ANNEYİ DEĞERLENDİRME**

Son Gebelik Aralığı:

Gebelik Haftası:

Doğum Yaptığı Tarih:

Doğum Şekli: NSD ☐ C/S ☐ Endikasyonu:............. Epizyotomi ☐

Doğumda İndüksiyon:

Var ☐ Yok ☐

Doğuma İlişkin Duyguları: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Yaşam Bulguları:**

Ateş:

Nabız:

Solunum:

KB:

Ağrı: 0--------------------------------10

**Memeler:**

☐ Simetrik ☐ Asimetrik

Görünümü: ☐ İkisi aynı büyüklükte

☐ Sağ meme büyük

☐ Sol meme büyük

**Sağ meme Sol meme**

Nodül ☐ Var ☐ Yok ☐ Var ☐ Yok

Kızarıklık ☐ Var ☐ Yok ☐ Var ☐ Yok

Dolgunluk ☐ Var ☐ Yok ☐ Var ☐ Yok

Meme ucu çatlağı ☐ Var ☐ Yok ☐ Var ☐ Yok

Meme ucu içe çökük ☐ Var ☐ Yok ☐ Var ☐ Yok

Meme ucunda ağrı ☐ Var ☐ Yok ☐ Var ☐ Yok

Sütyen ☐ Bedenine uygun yeterli destek sağlıyor

☐ Bedenine uygun değil, yeterli destek sağlamıyor

☐ Kullanmıyor

**Emzirme Davranışı:**

Emzirmenin kesintiye uğraması ☐ İlişkili faktörleri................................

Emzirme Sıklığı:

Emzirme Süresi:

Emzirme Pozisyonu:

Süt salınımı: Kolostrum ☐ Normal süt ☐ Pürülan ☐

**Fundusun tonüsü:**

Normal ☐ Atonik ☐

Pozisyonu:

Kıvamı:

Seviyesi:

**Loşianın özelliği:**

Renk:

Miktar (ped sayısı/24 saat) :

İçerik:

Koku:

**Perine:** (Ödem,varis vs.):

**Epizyo/İnsizyon:**

☐ Var ☐ Yok

**Epizyo bölgesinde;**

Şiddetli Ağrı ☐ Var ☐ Yok

Akıntı ☐ Var ☐ Yok

Kızarıklık ☐ Var ☐ Yok

Ödem ☐ Var ☐ Yok

Ekimoz ☐ Var ☐ Yok

**Anüste hemoroid:**

☐ Var(genişliği, sayısı, ağrı ve hassasiyet olup olmadığı):

☐ Yok

**Alt Ekstremiteler:**

**Sağ bacak Sol bacak**

Ödem ☐ Var ☐ Yok ☐ Var ☐ Yok

Human‘s belirtisi ☐ Var ☐ Yok ☐ Var ☐ Yok

Varis ☐ Var ☐ Yok ☐ Var ☐ Yok

**Eliminasyon:**

İdrar ☐ Yaptı ☐ Yapmadı ☐ İdrar katateri: Var ☐ Yok ☐

Gaita ☐ Yaptı ☐ Yapmadı

Barsak hareketleri ☐

**Beslenme alışkanlıkları/durumu**:

**Uyku:**

☐ Rahat uyuduğunu ifade ediyor. Zaman zaman insizyon bölgesinde ağrısı var.

☐ Epizyotomi, hemoroid ya da genel vücut ağrıları nedeniyle uyuyamadığını ifade ediyor.

☐ Bebeğinin ağlaması, yabancı çevre ya da gürültü gibi nedenlerle uyuyamadığını ifade ediyor.

☐ Korkuları var.

**Kendini yorgun hissetme:**

☐ Yok ☐ Var

**Bebeğinin bakımına katılma durumu:**

☐ Evet ☐ Hayır

**Evde bebeğin bakımına yardım edecek kişi:**

☐ Var ☐ Yok

**Yardım eden kişi:**

☐ Eş ☐ Akraba ☐ Diğer çocuk

**Anne bebek ilişkisi: Ebeveyn bebek bağlılığında değişim/riski ☐**

Bebeğini kucağına alıyor, dokunuyor ☐ Evet ☐ Hayır

Bebeğini okşuyor ☐ Evet ☐ Hayır

Bebeğiyle konuşuyor ☐ Evet ☐ Hayır

Emzirmeye istekli ☐ Evet ☐ Hayır

Bebeğiyle göz iletişimi kuruyor ☐ Evet ☐ Hayır

Bebeğine adı ile sesleniyor (adı kondu ise) ☐ Evet ☐ Hayır

Bebek bakımıyla ilgili sorular soruyor ☐ Evet ☐ Hayır

Bebeğin cinsiyetinden memnun ☐ Evet ☐ Hayır

Kendi gereksinimlerine daha fazla odaklanıyor ☐ Evet ☐ Hayır

**Annenin Sosyal Destek Faktörleri:**

**Annenin ve Ailesinin Bilgi Gereksinimleri:**

**Yenidoğan ile İlgili:**

Göz bakımı ☐ Evet ☐ Hayır

Göbek bakımı ☐ Evet ☐ Hayır

Bebek banyosu ☐ Evet ☐ Hayır

Bebek giyimi ☐ Evet ☐ Hayır

Pişik bakımı ☐ Evet ☐ Hayır

Perine bakımı ☐ Evet ☐ Hayır

Konak bakımı ☐ Evet ☐ Hayır

Pamukçuk bakımı ☐ Evet ☐ Hayır

Emzirme/biberonla besleme ☐ Evet ☐ Hayır

Bebeğin büyüme ve gelişmesi ☐ Evet ☐ Hayır

Yenidoğan bebeğin özellikleri ☐ Evet ☐ Hayır

Bebeğe uyaran verilmesi ☐ Evet ☐ Hayır

Bağışıklama ☐ Evet ☐ Hayır

Diğer (......................................) ☐ Evet ☐ Hayır

**Kendi Bakımı İle İlgili:**

Kişisel Hijyen ☐ Evet ☐ Hayır

Loşia/epizyotomi izlemi ☐ Evet ☐ Hayır

Beslenme ☐ Evet ☐ Hayır

Aile planlaması ☐ Evet ☐ Hayır

Cinsel yaşam ☐ Evet ☐ Hayır

Ebeveyn olma ☐ Evet ☐ Hayır

Diğer (..................................) ☐ Evet ☐ Hayır

**ANNEYE İLİŞKİN DİĞER GÖZLEM VE YORUMLARINIZ:**

……………………………………………………………………………………………………………...…….

…………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….…….

**YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Yenidoğanın:** Doğum Kilosu: Doğum Haftası:

**A.YAŞAM BULGULARI**

Ateş:………………….

Solunum:…………………

Kalp Hızı:………………….

**Baş:**

Baş çevresi:……………./cm

**Süturların arası:**

☐ Normal ☐ Geniş ☐ Kapalı

Ön fontanel büyüklüğü:…………../cm

**Ön fontanel:**

☐ Normal ☐ Dışa doğru bombeli ve hassas ☐ Aşırı içe çökük

Arka fontanel büyüklüğü:……………/cm

**Arka fontanel:**

☐ Normal ☐ Dışa doğru bombeli ve hassas ☐ Aşırı içe çökük

**Kafa derisi:**

☐ Normal ☐ Kaput suksedenum ☐ Sefal hematom

**Yüz hareketleri:**

☐ Çift taraflı ☐ Tek taraflı ☐ Eşit ☐ Asimetrik

**Yüzde doğum lekesi:**

☐ Var ☐ Yok

**Kaş çizgisi:**

☐ Var ☐ Yok

**Kirpik çizgisi:**

☐ Var ☐ Yok

**Saç çizgisi:**

☐ Var ☐ Yok

**Gözler:**

☐ Simetrik ☐ Asimetrik

**Göz kapakları**

**Sağ göz kapağı Sol göz kapağı**

Normal ☐Evet ☐Hayır ☐Evet ☐Hayır

Ödemli ☐Evet ☐Hayır ☐Evet ☐Hayır

Akıntı ☐Evet ☐Hayır ☐Evet ☐Hayır

**Pupiller ışık refleksi** ☐ Var ☐ Eşit ☐ Eşit değil

☐ Yok

**Gözün iç dış çizgileri ile kulak kepçesinin üst kısmı:**

☐ Aynı düzeyde ☐ Aynı düzeyde değil

**Burun delikleri: Sağ burun deliği Sol burun deliği**

Kapalı ☐Evet ☐Hayır ☐Evet ☐Hayır

Açık ☐Evet ☐Hayır ☐Evet ☐Hayır

Akıntı ☐Evet ☐Hayır ☐Evet ☐Hayır

**Dudak hareketleri: ☐** Simetrik ☐ Asimetrik

**Damaklar:**

**Alt damak üst damak**

Bütün ☐Evet ☐Hayır ☐Evet ☐Hayır

Bütün değil ☐Evet ☐Hayır ☐Evet ☐Hayır

Diş ☐Evet ☐Hayır ☐Evet ☐Hayır

**Dil:**

☐ Hareketli ☐ Dil bağı var

**Boyun hareketleri:**

☐ Normal-sağa ve sola hareketli ☐ Hareketi kısıtlı

**Üst Gövde:**

Göğüs çevresi:……………../cm

**Memeler:**

**Sağ meme Sol meme**

Dolgunluk ☐Var ☐Yok ☐Var ☐Yok

Akıntı ☐Var ☐Yok ☐Var ☐Yok

**Meme uçları:**

☐ Simetrik ☐ Asimetrik

**Koltuk altı nodülü:**

**Sağ koltuk altı Sol koltuk altı**

☐Var ☐Yok ☐Var ☐Yok

**Solunum sırasında retraksiyon:**

☐Var ☐Yok

**Nabızlar:**

Apeksler ☐Var ☐Yok

Femoral ☐Var ☐Yok

Dorsalis pedis ☐Var ☐Yok

Brakial ☐Var ☐Yok

**Cilt rengi:**

☐ Tüm cilt pembe ☐ Ekstremiteler mor, vücut pembe ☐ Tüm cilt mor ☐ Tüm cilt sarı

**Aktivite sırasında cilt rengi değişikliği :**

☐Var ☐Yok

**Ciltte döküntü:**

☐Var ☐Yok

**Ciltte doğum lekesi:**

☐ Var (yeri ve tipi)………………… ☐ Yok

**Cilt:**

☐ Esnek ☐ Esnek değil

**Alt Gövde:**

**Abdomen:**

☐ Yuvarlak ve hafif şiş ☐ Aşırı şiş ve distansiyon

**Umlikal kord ve damarları:**

☐ İki arter, bir ven ☐ bir arter, bir ven

**Göbek etrafında kanama:**

☐ Var ☐ Yok

**Umblikal herni:**

☐Var ☐Yok

**Dış genitaller (kız bebekler için)**

Vajinal açıklık ☐ Açık ☐ Kapalı

Renk ☐ Kırmızı ☐ Mor

Şekil ☐ Normal ☐ Anormal

Akıntı ☐ Var ☐ Yok

Kanama ☐ Var ☐ Yok

**Dış genitaller (erkek bebekler için)**

Fimozis ☐ Var ☐ Yok

Epispadias ☐ Var ☐ Yok

Hipospadias ☐ Var ☐ Yok

Akıntı ☐ Var ☐ Yok

Skrotum ☐ Var ☐ Yok

Testisler ☐ Var ☐ Yok

**Anüs:** ☐ Açık, mekonyumunu yaptı

☐ Açık, mekonyumunu yapmadı (doğum sonu saat………)

☐ Kapalı

**Sırtta pylonidal çukur:**

☐ Yok ☐ Var, kılla kaplı değil ☐ var, kılla kaplı

**Ekstremiteler:**

**Ekstremiteler**

**Üst ekstremiteler Alt ekstremiteler**

Simetrik ☐evet ☐hayır ☐evet ☐hayır

Asimetrik ☐evet ☐hayır ☐evet ☐hayır

**Ekstremitelerin hareketi**

Sağ kol ☐ Tam ☐ Tam değil

Sol kol ☐ Tam ☐ Tam değil

Sağ bacak ☐ Tam ☐ Tam değil

Sol bacak ☐ Tam ☐ Tam değil

**Avuç içi çizgisi**

☐Tek ☐ Birden fazla

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Polidaktili** | **Var** | **Yok** |
| Sağ el |  |  |
| Sol el |  |  |
| Sağ ayak |  |  |
| Sol ayak |  |  |
| **Sindaktili** |  |  |
| Sağ el |  |  |
| Sol el |  |  |
| Sağ ayak |  |  |
| Sol ayak |  |  |

**Bacak ve kalça kıvrımı:**

☐ Eşit ☐ Eşit değil

**Kalça çıkığı:**

Sağ ☐ Var ☐ Yok

Sol ☐ Var ☐ Yok

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Refleksler** | **Var** | **Yok** |
| Moro refleksi |  |  |
| El-ayak yakalama refleksi |  |  |
| Tonik boyun refleksi |  |  |
| Emme-yutma refleksi |  |  |
| Adım atma ve basma refleksi |  |  |
| Babinski refleksi |  |  |
| Gövdeyi içe eğme refleksi |  |  |
| Derin tendon refleksi |  |  |
| Göz kırpma refleksi |  |  |
| İtme refleksi |  |  |
| Kaldırma refleksi |  |  |
| Aksırma-öksürme refleksi |  |  |

**LABORATUAR ÇALIŞMALARI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Test** | **Normal değerler** | **Hastanın sonucu** | **Tarih** | **Hastaya ilişkin notlar** |
| Eritrosit (RBC) |  |  |  |  |
| Hemoglobin(HGB) |  |  |  |  |
| Hemotokrit(HTC) |  |  |  |  |
| Trombosit |  |  |  |  |
| Lökosit(WBC) |  |  |  |  |
| Nötrofil |  |  |  |  |
| Eozinofil |  |  |  |  |
| Bazofil |  |  |  |  |
| Lenfosit |  |  |  |  |
| Monosit |  |  |  |  |
| Na+ |  |  |  |  |
| K+ |  |  |  |  |
| Cl |  |  |  |  |
| HCO3 |  |  |  |  |
| Ca |  |  |  |  |
| P |  |  |  |  |
| Mg |  |  |  |  |
| **KAN ŞEKERİ**  Açlık :  Tokluk : |  |  |  |  |
| HbA1c |  |  |  |  |
| BUN |  |  |  |  |
| Kreatin |  |  |  |  |
| Amonyak |  |  |  |  |
| Total Kolesterol |  |  |  |  |
| HDL |  |  |  |  |
| LDL |  |  |  |  |
| Trigliserid |  |  |  |  |
| LDH |  |  |  |  |
| SGOT/AST |  |  |  |  |
| SGPT/ALT |  |  |  |  |
| Total protein |  |  |  |  |
| Albumin |  |  |  |  |
| Total Bilirubin |  |  |  |  |
| Direkt Bilirubin |  |  |  |  |
| Ürik Asid |  |  |  |  |
| PT |  |  |  |  |
| PTT |  |  |  |  |
| INR |  |  |  |  |
| **İDRAR**  Dansite  pH  Lökosit  Eritrosit  Kültür/Antibiyogram |  |  |  |  |

**İLAÇ FORMU**

**Tarih:**

**Öğr. Ebe Adı Soyadı:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. İlaç & Doz** |  | **Jenerik Adı:** | |
| Uygulama Yolu: |  | | |
| Sınıf & Etki Mekanizması: |  | | |
| Hasta Bu İlacı Neden Alıyor? |  | | |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler: |  | | |
| **2. İlaç & Doz** |  | **Jenerik Adı:** | |
| Uygulama Yolu: |  | | |
| Sınıf & Etki Mekanizması: |  | | |
| Hasta Bu İlacı Neden Alıyor? |  | | |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler: |  | | |
| **3. İlaç & Doz** |  | **Jenerik Adı:** | |
| Uygulama Yolu: |  | | |
| Sınıf & Etki Mekanizması: |  | | |
| Hasta Bu İlacı Neden Alıyor? |  | | |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler: |  | | |
| **4. İlaç & Doz** |  | **Jenerik Adı:** | |
| Uygulama Yolu: |  | | |
| Sınıf & Etki Mekanizması: |  | | |
| Hasta Bu İlacı Neden Alıyor? |  | | |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler: |  | | |
| **5. İlaç & Doz** |  | **Jenerik Adı:** | |
| Uygulama Yolu: |  | | |
| Sınıf & Etki Mekanizması: |  | | |
| Hasta Bu İlacı Neden Alıyor? |  | | |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler: |  | | |
| **6. İlaç & Doz** |  | | **J Jenerik Adı:** |
| Uygulama Yolu: |  | | |
| Sınıf & Etki Mekanizması: |  | | |
| Hasta Bu İlacı Neden Alıyor? |  | | |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler: |  | | |

**REVİZYON BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Revizyon  No | Revizyon  Tarihi | Revizyon Açıklaması |
| 0 | - | İlk yayın. |
|  |  |  |