



KOCAELİ SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
DERSİ DOĞUMHANE VERİ TOPLAMA FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı:

Öğrenci Numarası:

İmza:

**TANITICI BİLGİLER**

Adı-Soyadı :

Yaş:

Çalışma Durumu:

Hastaneye Yatış Tarihi:

Yatış Yapılan Klinik:

Bakım Planı Puanı:

Form Teslim Tarihi:

Medeni Durum:

Eğitimi:

Eşinin Yaşı:

Tıbbi Ön Tanı:

**FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜSÜNE GÖRE BİREYİN SAĞLIK\HASTALIK ÖYKÜSÜ**  
**1- SAĞLIĞIN ALGILANMASI VE SAĞLIK YÖNETİMİ**

**HASTANEYE BAŞVURU NEDENİ\ŞİKÂyetLERİ:**

.....  
.....  
.....

**Başvuru Şekli:**

Poliklinik\Ayaktan:

Acil:

Sedyeye:

**SAĞLIK\HASTALIK ÖYKÜSÜ (Geçirdiği hastalıklar, ameliyatlar, kazalar, yaralanmalar): ..**

.....  
.....  
.....

**Gebelik ile İlgili Bilgiler (Bu gebelik ve önceki gebeliklerinde yaşanan problemler, beslenme, ilaç, sigara, alkol kullanımı, geçirilen hastalıklar vb):**

.....  
.....  
.....

**ALLERJİ ÖYKÜSÜ:** Besin: ..... İlaç: ..... Diğer:.....

**SOY GEÇMİŞİ:**

.....  
.....  
.....

**Kan Grubu:**.....

**Eşinin Kan Grubu:**.....

**2- BESLENME - METABOLİK FONKSİYON**

**Beslenme Durumu :**

**Diyet/Rejim:**

**Ağız ve Dişlerin Durumu**

### **3- BOŞALTIM ŞEKLİ**

#### **Üriner Boşaltım:**

Mesane alışkanlığı: ( )Normal ( )Dizüri ( )Hematüri  
( )Noktüri ( )Retansiyon ( )Sıkışma\Kaçırma  
İnkontinans: ( )Var ( )Yok  
İdrar yolu enfeksiyonu: ( )Var ( )Yok

#### **İdrar yapma gereksinimi karşılama şekli:**

( )Normal ( )Sürgü ( )Üriner katater ( )Alt bezi

#### **Barsak Boşaltımı:**

Barsak Sesleri (Sayı Ve Niteliği) .....  
Batında Kitle: Yok ( ) Var ( ) Açıklayınız.....  
Lavman/Laktasif Kullanıyor Mu?: Hayır ( ), Evet ( ) Açıklayınız.....

#### **Tualete Çıkma Sıklığı : İdrar..... Defekasyon: .....**

Boşaltım Şekli: Normal ( ) Kolostomi ( ) İleostomi ( )

Boşaltıma İlişkin Sorunlar: İshal ( ) Konstipasyon ( ) Distansiyon ( ), Dışkı Kaçırma ( ),

#### **Eliminasyon:**

Terleme\Koku Sorunu Var Mı? ( )Var ( )Yok

### **4- AKTİVİTE – EGZERSİZ – KENDİNE BAKIM**

**Genel görünüm;** Aktif ( ) hipoaktif ( ) sakin ( ), huzursuz ( ), ağlamalı ( )

Banyo yapma sıklığı:

Diş fırçalama sıklığı:

#### **Öz bakımını gerçekleştirmede bağımlılık durumu ve nedeni :**

Hastalık\Gebelik nedeniyle günlük aktivitelerinde değişiklik oldu mu?: ( )Evet ( )Hayır

Hastalık\Gebelik, öz bakım becerilerini etkiledi mi?: ( )Evet ( )Hayır

Hastalık\Gebelik nedeniyle enerji düzeyinde değişim oldu mu?: ( )Evet ( )Hayır

#### **Kas- İskelet- Nörolojik Sistemi:**

**Postür....., koordinasyon. ....**, (konvülziyon, tremor, kramp, ağrı, paralizi, hemipleji, parapleji, ense sertliği vb.....):

Kas – iskelet sistemi değişiklikleri/nedeni ve başlama zamanı :

Kas koordinasyonu ve gücünde değişiklik durumu/zamanı :

Kırık/çıkık:.....

Eklemlerde şişlik / Kızarıklık/ Hareket kısıtlılığı / Ağrı şikayetleri başlama zamanı:

Artıran/Azaltan faktörler:

**Anomaliler:** (Doğuştan kalça çıkığı, talipes deformitesi, düşük ayak, sindaktili, polidaktili vb... ):

#### **Kalp–Dolaşım Sistemi:**

Aktivite toleransı: normal ( ), çabuk yoruluyor( ), halsiz/güçsüz( )

Nabız: normal ( ), aritmi ( ), taşikardi ( ), bradikardi ( ), hipertansiyon ( ), hipotansiyon ( ) Aktivite sonrası çömelme gereksinimi ( ), çarpıntı ( ), bayılma ( ), Spell ( )

#### **Solunum Sistemi:**

Düzenli ( ), dispne ( ), siyanoz ( ), ortopne ( ), taşipne ( ), apne ( ), retraksiyon ( ), inleme ( ), burun kanadı solunumu ( ), öksürük ( ), balgam ( ), hemoptizi ( )

Anormal solunum sesleri:.....

Solunuma yardımcı uygulama / araç – gereç kullanımı:.....

## 5- KENDİNİ ALGILAMA / KAVRAMA BİÇİMİ

Sağlık probleminin fonksiyonlarını kısıtlama durumu:

Beden imajı değişikliği yaşama durumu ve etkileri:

Sağlık probleminin gelecekle ilgili planlarını etkileme durumu:

## 6- UYKU VE DİNLENME

### **Uyku Alışkanlığı:**

Gece yatma saati:

Uyku süresi :

Uyku bölünmesi /uykusuzluk şikayeti:

Uyuma ve gevşeme için kullandığı bir yöntem var mı:

Uykuda Apne:

Gündüz uykusu:

Süresi:

Zamanı:

Evde, uyuduğu oda ve yatağın özellikleri:

## 7- ROL VE İLİŞKİLER

**Aile yapısı:** çekirdek ( ), geniş ( ), Tek ebeveynli ( ), Diğer .....

Eşinin eğitim durumu:

Çalışma durumu:

Diğer hastalar ile iletişimde bulunuyor mu? ( )Evet ( )Hayır

Sağlık elemanları ile iletişimde bulunuyor mu? ( )Evet ( )Hayır

Sözlü-sözsüz iletişimde uyumsuzluk var mı? ( )Evet ( )Hayır

Ailenin-sosyal çevresinin desteği var mı? ( )Evet ( )Hayır

Ailede şiddet örüntüsüne ilişkin gözlemler/düşünceler:.....

## 8- ZİHİNSEL-BİLİŞSEL ALGILAMA ŞEKLİ

### **Gözler**

Normal ( ), kızarıklık ( ), akıntı ( ), sulanma ( ), çapaklanma ( ), görme bozukluğu ( )

Gözlük/lens kullanıyor mu? ( )Evet ( )Hayır

### **Kulaklar**

Normal ( ), ağrı ( ), akıntı ( ), işitme sorunu ( ),

İşitme cihazı kullanıyor mu? ( )Evet ( )Hayır

### **Burun**

Normal ( ), Akıntı ( ), tıkanıklık ( ), kanama ( )

### **Deri/dokunma/hissetme duygusu**

Sıcağı/soğluğu/serti/yumuşağı algılamada değişme:

**Deri: Turgoru;** normal ( ), bozulmuş ( ), hijyeni; iyi ( ), kötü ( )

kuru ( ), ödemli ( ), gergin ( ), pembe ( ), soluk ( ), siyanotik ( ), sarı ( ), ekimoz ( ),

döküntü ( ), yara ( ), skar ( ), enfeksiyon ( )

**Tırnaklar:** renk....., şekil....., lezyon.....hijyeni.....

**Saçlar:** hijyeni; iyi ( ), kötü ( ), alopesi ( ), kuru ( ), kaşıntı ( )

### **Ağrı Duyusu**

Yeri:.....

Şiddeti:.....

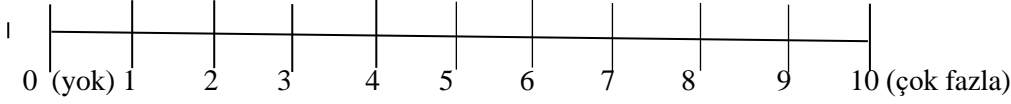
Süresi: .....

Sıklığı:.....

Karakteristiği (batıcı/yanıcı/delici vb.):

Azaltan / Artıran faktörler:

Baş etme mekanizmaları ve uygulamaları:



**Ağrının yaşam kalitesine etkisi:** ( ) Bulantı-kusma ( ) Uykusuzluk ( ) Aktivite Kısıtlaması  
**Mental durum;** Oryantasyon:.....  
**Öğrenme Engelleri:** Yok ( ), Dil Farklılığı ( ), Motivasyon Eksikliği ( ), Anksiyete ( ),  
Depresyon ( ), Zihinsel Yetersizlik ( ), Diğer.....

## 9- CİNSELLİK VE ÜREME:

### OBSTETRİK ÖYKÜ:

**Gebelik Sayısı:**

**Para:**

**Abortus:**

**D&C:**

**Ölü Doğum:**

**Yaşayan Çocuk:**

**Önceki doğum öyküsü:**

Yılı	Doğum Şekli

**Planlı Gebelik mi?:**

Evet:

Hayır:

**S.A.T.:**

**M.D.T:**

**Gebelik haftası:**

**Antenatal İzlem Sıklığı**(Kaç haftada bir ve toplam kaç kez):

### DOĞUM GERÇEKLEŞTİYSE;

**Masaya alınma saati:**

**Doğum şekli:** Normal ( ) Sezaryen( ) Müdahaleli ( )

**Yapılan Müdahaleler:** Fundal Basınç ( ) Epizyotomi ( ) Vakum/Forseps ( )

**Plasentanın ayrılma süresi:** 10 dk'dan kısa ( ) 11-20 dk ( ) 21-30 dk ( ) 30 dk'dan uzun

### Bebeğin:

**Doğum Tarihi- Saati:**

**Cinsiyeti:**

**Bebeğin kilosu:**

**Boyu:**

**Kan Grubu:**..... **Apgar puanı:** 1. Dk.....5.dk.....

### Annenin:

**İlk Mobilizasyon zamanı:**

**Bebeğin durumu:** Sağlıklı ( ) Ex ( ) Yenidoğan ünitesinde ( ) Tanısı:.....

**İlk emzirme Zamanı:**

**Uterus İnvölüsyonu:**

**Konumu:**

**Sert/Yumuşak:**

**Loşia Kontrolü:**

**Rengi:**

**Pıhtı Durumu:**

**Uterus masajı:**

**Sütür Değerlendirmesi:**

**Hemoroid durumu:**

**Hematom Durumu:**

### JİNEKOLOJİK ÖYKÜ:

**Pap Smear yaptırma:** Evet:  Hayır:  En son Pap smer tarihi:.....

**Jinekolojik Problem Yaşama durumu:** Evet:  (Tanı: ..... ) Hayır:

**Dış genitaler:** (vulvada kızarıklık, ağrı, koku, piiritis, akıntı, ödem, kıllanma, diğer...)

**Perine hijyeni:**

**Tuvaletten önce/sonra el yıkama:** Yok  Var

**Menarş yaşı:**.....**Menstruasyon Sıklığı:**.....**Süresi:**.....**Pet Sayısı:**.....**Kokusu:**.....

**Kullanılan malzeme:**

**Perimenstrual dönemde yaşanan problemler:** Yok ( ), Dismonere ( ), Gerginlik ( ),  
Kramplar ( ), Kontipasyon ( ), Beslenme Bozukluğu ( ), Uyku Bozukluğu ( )

Diğer (Açıklayınız .....

**Hastalık\gebelik sonrası cinsel yaşamda değişiklik:**( ) Evet (Açıklayınız .....) ( )Hayır

**Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü..** ( ) Evet ..... ( ) Hayır

**Kontraseptif kullanım durumu..** ( ) Evet(ne kullanıyor) ..... ( ) Hayır

**Kendi kendine meme muayenesi yapma..** ( ) Evet ..... ( ) Hayır

#### **10- STRES VE BAŞ ETME**

**Gözlemlenen stres belirti ve bulguları :** .....

**Yüz ifadesi:** normal ( ), gergin( ), gözler çok açık ( ), korkulu endişeli( )

Şu anda stres yaratan faktörler:

Stresle baş etme yöntemleri: .....

Destek sistemleri var mı? /neler/kimler:.....

Hastanede yatma veya hastalık ile ilgili endişeleri var mı? (parasal-öz bakım-sorumluluklar)

( ) Var ( ) Yok

#### **11- DEĞER VE İNANÇLAR**

Kültürünüze/adet ve inanışlarınıza göre uyguladığınız özel sağlık uygulamaları var mı?

( ) Var ..... ( ) Yok

Hastalandığınız durumlarda evde, geleneksel olarak kullandığınız iyileştirme yöntemleri nelerdir?:.....

#### **FİZİKSEL ÖLÇÜMLER:**

<b>Gebelik Öncesi</b>	<b>Kilo:</b>	<b>BKİ:</b>
	<b>Boy:</b>	
<b>(Gebe ise)</b>	<b>Kilo:</b>	<b>Toplam alınan</b>
<b>Şu anki:</b>		<b>Kilo:</b>

#### **LABORATUVAR BULGULARI:**

**İLAC KULLANIMI VE TEDAVİ:**

Sürekli Kullandığı İlaçlar	Dozu ve Sıklığı	Saatleri	Verilme Yolu	NOTLAR
<b>İLAC KULLANIMI VE TEDAVİ:</b>	<b>Dozu ve Sıklığı</b>	<b>Saatleri</b>	<b>Verilme Yolu</b>	

**SIVI DENGESİ İZLEMİ****Tarih:**

Saat	Aldığı			Çıkardığı			
	IV	Oral	NG	İdrar	Kusma	Dışkı	NG
09.00-10.00							
10.00-11.00							
11.00-12.00							
12.00-13.00							
13.00-14.00							
14.00-15.00							
15.00-16.00							
<b>Toplam</b>							
<b>Denge</b>							

**EĞİTİM GEREKSİNİM KONULARI (Ayrıntıları ayrı bir sayfada veriniz)**

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.
<b>HEMŞİRELİK TANILARI</b>	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.



**KOCAELİ SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ DOĞUMHANE VERİ**  
**TOPLAMA FORMU**

**HEMŞİRELİK BAKIM PLANI**

**Tarih:**

<input type="checkbox"/> Mevcut Tanı	<input type="checkbox"/> Potansiyel Tanı	<input type="checkbox"/> Olası tanı	SAAT
Fonksiyonel Sağlık Örüntüsüne Göre Sınıflandırması:			
<b>Hemşirelik Tanısı</b>			
Etyolojik Faktörler	•		
Tanımlayıcı kriterler:	•		
Amaç			
Yapılan Hemşirelik Girişimleri	• • • • • • • • • •		
Değerlendirme	• •		

<input type="checkbox"/> Mevcut Tanı	<input type="checkbox"/> Potansiyel Tanı	<input type="checkbox"/> Olası tanı	SAAT
Fonksiyonel Sağlık Örüntüsüne Göre Sınıflandırması:			
<b>Hemşirelik Tanısı</b>			
Etyolojik Faktörler	•		
Tanımlayıcı kriterler:	•		
Amaç			
Yapılan Hemşirelik Girişimleri	• • • • • • • • • •		
Değerlendirme	• •		