

**T.C.**  
**FIRAT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ UYGULAMA**  
**DEĞERLENDİRME FORMU**

**Öğrencinin Adı/Soyadı:**  
**Öğrencinin Numarası:**

**Tarih:**  
**Uygulama Yeri:**

|                                                            |           |  |
|------------------------------------------------------------|-----------|--|
| <b>DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ</b>                            |           |  |
| <b>BİREYSEL ÖZELLİKLER</b>                                 | <b>16</b> |  |
| Mesleki yönde gelişme                                      | 1         |  |
| Profesyonel görünüme ve davranışa uyma                     | 1         |  |
| Geliş gidiş düzeni                                         | 1         |  |
| Hasta/Gebe/ aile ile iletişim                              | 2         |  |
| Danışman ile iletişim                                      | 2         |  |
| Ekip ile iletişim                                          | 1         |  |
| Sorumluluk alma ve yapma                                   | 2         |  |
| Teorik bilgiyi beceriye dönüştürebilme                     | 2         |  |
| Öğrenme isteği, çabası, araştırmacılığı                    | 2         |  |
| Teslim verme ve kayıt tutma                                | 2         |  |
| <b>BAKIM PLANI</b>                                         | <b>25</b> |  |
| Sorunlara yönelik yeterli ve doğru veri toplama            | 5         |  |
| Sorunlara yönelik doğru tanımlamayı yapabilme              | 2         |  |
| Sorunları öncelik sırasına koyabilme                       | 2         |  |
| Sorunlara yönelik uygun bakım amaçları geliştirme          | 2         |  |
| Sorunun ilişkili olduğu faktörleri açıklayabilme           | 4         |  |
| Amaca uygun hemşirelik girişimlerini belirleyebilme        | 4         |  |
| Bakım sırasında gerekli uygulamaları yapabilme             | 4         |  |
| Verilen bakımı değerlendirebilme                           | 2         |  |
| <b>HASTANIN/BİREYİN MUAYENESİ</b>                          | <b>34</b> |  |
| Vital bulguların ölçümü                                    | 4         |  |
| Mesleki uygulama becerisi                                  | 5         |  |
| Genel vücut muayenesinin tam olarak yapılması              | 5         |  |
| Gebelikte anne ve fetus sağlığının yükseltilmesi           | 4         |  |
| Normal ve riskli gebeliklerin izlem, bakım ve danışmanlığı | 5         |  |
| Doğum sonu dönem takibi/ Postperatif hasta bakımı          | 9         |  |
| Meme bakımı/emzirmeye yardım                               | 2         |  |
| <b>EĞİTİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ</b>                          | <b>25</b> |  |
| Saptanan konunun gereksinime uygunluğu                     | 4         |  |
| Eğitimin anlaşılabilirliği                                 | 4         |  |
| Eğitimde kullanılan yöntemin konuya ve bireye uygunluğu    | 4         |  |
| Eğitim içeriğinin doğruluğu ve yeterliliği                 | 10        |  |
| Eğitimin sonucu (kriterlere ulaşma düzeyi)                 | 3         |  |
| <b>Genel Toplam</b>                                        |           |  |

**Sorumlu Öğretim Elemanının Adı/Soyadı:**

**İmza:**

**T.C.**  
**FIRAT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ**  
**GEBE VERİ TOPLAMA FORMU**

**ÖĞRENCİNİN**

**Adı:**

**Soyadı:**

**Sınıf:**

**Numara:**

**A-TANITICI BİLGİLER**

**Adı-Soyadı:**

**Görüşme tarihi:**

**Yaşı:**

**Hastaneye Yatış tarihi:**

**Eğitimi:**

**Evlilik süresi:**

**Eşinin eğitimi:**

**Hemşire:**

**Kan grubu:**

**Eşinin Kan Grubu:**

**Tıbbi tanı:**

**Eşi ile akrabalık durumu:** ( ) yok ( ) var

Gravida.....

Para.....

Abortus.....

Küretaj.....

Yaşayan.....

**Gebelik Şekli:** ( ) Planlı ( ) Plansız

**Gebelik Haftası:**

**SAT:**

**TDT:**

**Hastaneye Başvuru Nedeni ve Hastanın Aldığı Tedavi**

---

| LABORATUAR BULGULARI |                 |       |       |                                                                                                              |
|----------------------|-----------------|-------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Test                 | Normal değerler | Tarih | Tarih | 1. Bu test bu hasta için neden istenmiş<br>açıklayın<br>2. Anormal bulguların hastanın durumuyla<br>ilişkisi |
| Eritrosit (RBC)      |                 |       |       |                                                                                                              |
| Hemoglobin(HGB)      |                 |       |       |                                                                                                              |
| Hemotokrit(HTC)      |                 |       |       |                                                                                                              |
| Trombosit            |                 |       |       |                                                                                                              |
| Lökosit(WBC)         |                 |       |       |                                                                                                              |
| Nötrofil             |                 |       |       |                                                                                                              |
| Eozinofil            |                 |       |       |                                                                                                              |
| Bazofil              |                 |       |       |                                                                                                              |
| Lenfosit             |                 |       |       |                                                                                                              |
| Monosit              |                 |       |       |                                                                                                              |
| Na+                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| K+                   |                 |       |       |                                                                                                              |
| Cl                   |                 |       |       |                                                                                                              |
| HCO3                 |                 |       |       |                                                                                                              |
| Ca                   |                 |       |       |                                                                                                              |
| P                    |                 |       |       |                                                                                                              |
| Mg                   |                 |       |       |                                                                                                              |
| Sedimentasyon        |                 |       |       |                                                                                                              |
| CRP                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| BRCA1                |                 |       |       |                                                                                                              |
| BRCA2                |                 |       |       |                                                                                                              |
| CA 125               |                 |       |       |                                                                                                              |
| CA 27.29             |                 |       |       |                                                                                                              |
| CA 15-3              |                 |       |       |                                                                                                              |
| AFP                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| hCG                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| LDH                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| CEA                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| CA 19-9              |                 |       |       |                                                                                                              |
| <b>KAN şEKERİ</b>    |                 |       |       |                                                                                                              |
| Kř 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                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| <b>İDRAR</b>         |                 |       |       |                                                                                                              |
| Dansite 1.001-1.035  |                 |       |       |                                                                                                              |
| pH 4.5-7.5           |                 |       |       |                                                                                                              |
| Lökosit 1-2          |                 |       |       |                                                                                                              |
| Eritrosit 0-1        |                 |       |       |                                                                                                              |
| Kültür/Antibiyogram  |                 |       |       |                                                                                                              |
| HCG                  |                 |       |       |                                                                                                              |

**B-GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ**

|                          | Sorun                                      | Açıklama |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Çocukluk döneminde geçirileniz 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, açıklayınız                         |          |

|                          | Obstetrik Öykü                                                                 |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <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"/> | Sezeryan 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                                                               |
| <input type="checkbox"/> | Genetik hastalık                                                               |
| <input type="checkbox"/> | Kardiyovasküler hastalık                                                       |
| <input type="checkbox"/> | Hematolojik rahatsızlıklar                                                     |
| <input type="checkbox"/> | Çoğul gebelik                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Diğer, açıklayınız                                                             |

**Aile Planlaması Öyküsü**

**Kullanılan kontraseptif Yöntem:**

**Kullanım Süresi:**

**Kullanım Şekli:**

**Bırakma Nedeni:**

|                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gebeliğinizde ilaç kullanıyor musunuz ya da kullandınız mı?</b><br>( ) Hayır ( ) Evet <b>Nedir:</b> ..... <b>Kullanım Şekli:</b> .....<br><b>Kullanım süresi:</b> ..... |
| <b>Gebeliğinizde sağlığını Etkileyen Olumsuz Alışkanlıklarınız nelerdir?</b><br>Sigara ( ) Alkol ( ) Diyet ( ) Diğer ( )                                                   |
| <b>Herhangi bir maddeye (ilaç, besin polen vb.) karşı alerjiniz var mı?</b><br>( ) Hayır ( ) Evet (Açıklayınız.).....                                                      |
| <b>Tetonoz aşısını yaptırdığı/yaptıracağı gebelik ayı:</b>                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gebeliğiniz hakkında neler hissediyorsunuz?</b> (Trimestirlere özgü değerlendirme yaparak trimestiri başarıyla geçip geçmediğini değerlendiriniz)<br>I. Trimester:<br><br>II. Trimester:<br><br>III. Trimester: |
| <b>Gebelik ve doğuma ilişkin geleneksel uygulamalar ve inanışlarınız var mı?</b><br>( ) Hayır ( ) Evet, açıklayınız                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gebelikte cinsel yaşamınızda değişiklik oldu mu?</b><br>( ) Hayır ( ) Evet, açıklayınız                                                                                     |
| <b>Herhangi bir probleminiz olduğunda size kimler destek oluyor?</b> (destek türleri doğrultusunda ele alınız)                                                                 |
| <b>Şimdiki gebeliğinizde doğum öncesi bakım hizmeti aldınız mı?</b><br>( ) Evet ( ) Hayır<br>Kimden:.....<br>Ne sıklıkla:.....<br>Verilen Hizmetin İçeriğini Açıklayınız:..... |

#### D-FİZİKSEL MUAYENE

Yaşam bulguları: A: N: S: TA:

Boy: Gebelik öncesi kilo: Şu andaki kilo:

**Leopold Manevraları** \_\_\_\_\_:

#### I. Manevra:

Fundus yüksekliği ölçümü:.....cm Karın çevresi ölçümü: ..... cm

#### II. Manevra:

FKS: ..... ( ) Normal ( ) Bradikardi ( ) Taşikardi

### C-GEBE FİZİK MUAYENE

|                         | Var | Yok | Açıklayınız |                                 | Var           | Yok             | Açıklayınız      |
|-------------------------|-----|-----|-------------|---------------------------------|---------------|-----------------|------------------|
| <b>Baş</b>              |     |     |             | <b>Solunum sistemi</b>          |               |                 |                  |
| Saçta kepeklenme        | ( ) | ( ) |             | Solunum sıkıntısı               | ( )           | ( )             |                  |
| Saçlarda dökülme        | ( ) | ( ) |             | Akciğer seslerinde patoloji     | ( )           | ( )             |                  |
| Baş ağrısı              | ( ) | ( ) |             | Öksürük                         | ( )           | ( )             |                  |
| Baş dönmesi             | ( ) | ( ) |             | Göğüs ağrısı                    | ( )           | ( )             |                  |
| <b>Yüz</b>              |     |     |             | <b>Memeler</b>                  |               |                 |                  |
| Solukluk                | ( ) | ( ) |             | Memelerde duyarlılık/hassasiyet | ( )           | ( )             |                  |
| Yüzde ödem              | ( ) | ( ) |             | Meme uçları                     | ( )<br>Normal | ( )<br>Düz      | ( )<br>İçe çökük |
| <b>Gözler</b>           |     |     |             | <b>Karın (Abdomen)</b>          |               |                 |                  |
| Konjektivada solukluk   | ( ) | ( ) |             | Linea nigra                     | ( )           | ( )             |                  |
| Göz kapaklarında ödem   | ( ) | ( ) |             | Strialar                        | ( )           | ( )             |                  |
| <b>Kulak</b>            |     |     |             | <b>Kas-İskelet Sistemi</b>      |               |                 |                  |
| Kulaklarda çınlama      | ( ) | ( ) |             | Ekstremitelerde şekil bozukluğu | ( )           | ( )             |                  |
| Kulaklarda akıntı       | ( ) | ( ) |             | Tırnaklarda kırılma             | ( )           | ( )             |                  |
| İşitme kaybı            | ( ) | ( ) |             | Bacaklarda ödem                 | ( )           | ( )             |                  |
| <b>Burun</b>            |     |     |             | Bacaklarda varis                | ( )           | ( )             |                  |
| Tıkanıklık/ akıntı      | ( ) | ( ) |             | <b>Gastrointestinal Sistem</b>  |               |                 |                  |
| Burun kanaması          | ( ) | ( ) |             | Pika                            | ( )           | ( )             |                  |
| <b>Ağız/dudaklar</b>    |     |     |             | Aşırma                          | ( )           | ( )             |                  |
| Dudak mukozası soluk    | ( ) | ( ) |             | Mide yanması                    | ( )           | ( )             |                  |
| Pityalizm               | ( ) | ( ) |             | Bulantı /kusma                  | ( )           | ( )             |                  |
| <b>Dişler</b>           |     |     |             | Kabızlık/ishal                  | ( )           | ( )             |                  |
| Dişlerde çürük          | ( ) | ( ) |             | Gaz                             | ( )           | ( )             |                  |
| Diş etlerinde çekilme   | ( ) | ( ) |             | Bağırsak parazitleri            | ( )           | ( )             |                  |
| Diş eti kanaması        | ( ) | ( ) |             | Hemoroid/ Rektal kanama         | ( )           | ( )             |                  |
| Diş hijyen alışkanlığı  | ( ) | ( ) |             | Barsak sesleri                  | ( )           | Sayısı ...../dk |                  |
| <b>Boğaz</b>            |     |     |             | <b>Genitoüriner sistem</b>      |               |                 |                  |
| Hipertroidi             | ( ) | ( ) |             | Vajinal akıntı                  | ( )           | ( )             |                  |
| Tonsillerde şişme       | ( ) | ( ) |             | İdrar yaparken ağrı ve yanma    | ( )           | ( )             |                  |
| Boğazda yanma/ ağrı     | ( ) | ( ) |             | Sık idrara çıkma                | ( )           | ( )             |                  |
| <b>Diğer yakınmalar</b> |     |     |             |                                 |               |                 |                  |
| Uykusuzluk              | ( ) | ( ) |             | Duygu Durum Değişimi            | ( )           | ( )             |                  |
| Sırt Ağrısı             | ( ) | ( ) |             | Halsizlik                       | ( )           | ( )             |                  |
| Diğer:                  |     |     |             |                                 |               |                 |                  |

## TANISAL İŞLEMLER

| Tarih | Testin Adı | Yapılma Nedeni | Sonuç ve Yorum |
|-------|------------|----------------|----------------|
|       |            |                |                |
|       |            |                |                |
|       |            |                |                |

| İLAÇ FORMU |                     |                                                             |                                     |
|------------|---------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| İlacın adı | Uygulama şekli/Dozu | İlacın kullanılma nedeni<br>Etken madde<br>Etki mekanizması | Hemşirenin dikkat etmesi gerekenler |
|            |                     |                                                             |                                     |
|            |                     |                                                             |                                     |
|            |                     |                                                             |                                     |
|            |                     |                                                             |                                     |
|            |                     |                                                             |                                     |

**T.C. FIRAT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ KADIN SAĞLIĞI VE  
HASTALIKLARI DERSİ DOĞUM SONU DÖNEM İZLEM FORMU**

**A-TANITICI BİLGİLER**

|                          |                                                                            |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Lohusanın Adı/Soyadı:    | <u>Eşinin</u><br>Adı/Soyadı:<br>Yaşı:<br>Eğitim Durumu:<br>Çalışma Durumu: |
| Hastaneye Yatış Tarihi:  | Evlilik Süresi:                                                            |
| Yaşı:                    | Aile Tipi:                                                                 |
| Eğitim Durumu:           | Rh Uygunsuzluğu:                                                           |
| Çalışma Durumu:          | Akraba Evliliği:                                                           |
| Sağlık Güvencesi:        |                                                                            |
| G      Y      A      D&C |                                                                            |

|                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Yenidoğana Ait Özellikler</b>      | <b>Öğrenci Hemşirenin Adı/Soyadı</b> |
| Doğum tarihi ve saati:                |                                      |
| Doğum şekli:                          | <b>Görüşme Tarihi</b>                |
| Cinsiyeti:                            |                                      |
| Kilo-Boy:                             | <b>Sorumlu</b>                       |
| Baş-Göğüs Çevresi:                    | <b>Öğretim Elemanı/Hemşire</b>       |
| Herhangi Bir Sağlık Problemi/Anomali: | Adı/Soyadı      İmza                 |
| K-Vit:                                |                                      |
| Hepatit Aşısı:                        | Adres/Tel:                           |
| APGAR Skoru:                          |                                      |

**Hastaneye Başvuru Nedeni ve Hastanın Aldığı Tedavi**

| LABORATUAR BULGULARI |                 |       |       |                                                                                                              |
|----------------------|-----------------|-------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Test                 | Normal değerler | Tarih | Tarih | 1. Bu test bu hasta için neden istenmiş<br>açıklayın<br>2. Anormal bulguların hastanın durumuyla<br>ilişkisi |
| Eritrosit (RBC)      |                 |       |       |                                                                                                              |
| Hemoglobin(HGB)      |                 |       |       |                                                                                                              |
| Hemotokrit(HTC)      |                 |       |       |                                                                                                              |
| Trombosit            |                 |       |       |                                                                                                              |
| Lökosit(WBC)         |                 |       |       |                                                                                                              |
| Nötrofil             |                 |       |       |                                                                                                              |
| Eozinofil            |                 |       |       |                                                                                                              |
| Bazofil              |                 |       |       |                                                                                                              |
| Lenfosit             |                 |       |       |                                                                                                              |
| Monosit              |                 |       |       |                                                                                                              |
| Na+                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| K+                   |                 |       |       |                                                                                                              |
| Cl                   |                 |       |       |                                                                                                              |
| HCO3                 |                 |       |       |                                                                                                              |
| Ca                   |                 |       |       |                                                                                                              |
| P                    |                 |       |       |                                                                                                              |
| Mg                   |                 |       |       |                                                                                                              |
| Sedimentasyon        |                 |       |       |                                                                                                              |
| CRP                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| BRCA1                |                 |       |       |                                                                                                              |
| BRCA2                |                 |       |       |                                                                                                              |
| CA 125               |                 |       |       |                                                                                                              |
| CA 27.29             |                 |       |       |                                                                                                              |
| CA 15-3              |                 |       |       |                                                                                                              |
| AFP                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| hCG                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| LDH                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| CEA                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| CA 19-9              |                 |       |       |                                                                                                              |
| <b>KAN ŞEKERİ</b>    |                 |       |       |                                                                                                              |
| KŞ 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                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| <b>İDRAR</b>         |                 |       |       |                                                                                                              |
| Dansite 1.001-1.035  |                 |       |       |                                                                                                              |
| pH 4.5-7.5           |                 |       |       |                                                                                                              |
| Lökosit 1-2          |                 |       |       |                                                                                                              |
| Eritrosit 0-1        |                 |       |       |                                                                                                              |
| Kültür/Antibiyogram  |                 |       |       |                                                                                                              |
| HCG                  |                 |       |       |                                                                                                              |

**B-GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ**

|     | Problem                          | Açıklama |     | Problem                          | Açıklama |
|-----|----------------------------------|----------|-----|----------------------------------|----------|
| ( ) | Hipertansiyonu                   |          | ( ) | Gebelik Hipertansiyonu           |          |
| ( ) | Diyabet                          |          | ( ) | Gestasyonel Diyabet              |          |
| ( ) | Kalp Hastalığı                   |          | ( ) | CYBH                             |          |
| ( ) | Ameliyat                         |          | ( ) | Planlanmamış Gebelik             |          |
| ( ) | Psikolojik Problemler            |          | ( ) | Abortus / küretaj                |          |
| ( ) | Hematolojik Problemler           |          | ( ) | Sezeryan Doğum                   |          |
| ( ) | Endokrin Problemler              |          | ( ) | Zor Doğum                        |          |
| ( ) | Alerji Durumu                    |          | ( ) | Hızlı/Uzamış Eylem               |          |
| ( ) | Sigara/Alkol Kullanımı           |          | ( ) | Plasenta Retansiyonu             |          |
| ( ) | Menstrual Düzensizlik            |          | ( ) | Postpartum Kanama                |          |
| ( ) | Evlilik Problemleri              |          | ( ) | Postpartum Enfeksiyon            |          |
| ( ) | Cinsel Problemler                |          | ( ) | Postpartum Psikolojik Problemler |          |
| ( ) | Geçirilen Enfeksiyonlar          |          | ( ) | Meme Problemleri                 |          |
| ( ) | Geçirilen Jinekolojik Girişimler |          | ( ) | Diğer.....                       |          |

**C-FİZİKSEL MUAYENE****Yaşam Bulguları**

| Tarih | Ateş | Nabız | Solunum | Kan Basıncı |
|-------|------|-------|---------|-------------|
|       |      |       |         |             |
|       |      |       |         |             |

**Memeler**

|                      |              |               |
|----------------------|--------------|---------------|
| Görünüm              | ( ) Simetrik | ( ) Asimetrik |
| <b>Değerlendirme</b> |              |               |
| Nodül                | ( ) Var      | ( ) Yok       |
| Kızarıklık           | ( ) Var      | ( ) Yok       |
| Dolgunluk            | ( ) Var      | ( ) Yok       |
| Meme Ucu Çatlağı     | ( ) Var      | ( ) Yok       |
| Meme Ucu İçer Çökük  | ( ) Var      | ( ) Yok       |
| Meme Ucunda Ağrı     | ( ) Var      | ( ) Yok       |

**Emzirme Durumu**

|                                     |                      |                       |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Emzirme Durumu                      | ( ) Tamamen Başarılı | ( ) Yardımla Başarılı |
| Emzirme Sıklığı:                    |                      |                       |
| Emzirme Süresi:                     |                      |                       |
| Emzirme Pozisyonu:                  |                      |                       |
| Emzirmeye Eşlik Eden Sorunlar:..... |                      |                       |

**Fundus**

|            |  |
|------------|--|
| Pozisyonu: |  |
| Kıvamı:    |  |
| Seviyesi:  |  |

**Loşia****Karakter:** ( ) Rubra ( ) Seroza ( ) Alba**Miktar (ped sayısı/24 saat):****İçerik:****Koku:****Perine**

Epizyotomi ( ) Var ( ) Yok

**Değerlendirme**

Şiddetli ağrı ( ) Var ( ) Yok

Kızarıklık ( ) Var ( ) Yok

Akıntı ( ) Var ( ) Yok

Ödem ( ) Var ( ) Yok

Ekimoz ( ) Var ( ) Yok

Hemoroid ( ) Var ( ) Yok

**Alt Ekstremiteler**

Sağ Bacak

Sol Bacak

Tromboflebit Belirtisi ( ) Var ( ) Yok ( ) Var ( ) Yok

**Değerlendirme**

Lokal kızarıklık ( ) Var ( ) Yok ( ) Var ( ) Yok

Ödem ( ) Var ( ) Yok ( ) Var ( ) Yok

Emboli ( ) Var ( ) Yok ( ) Var ( ) Yok

Varis ( ) Var ( ) Yok ( ) Var ( ) Yok

**Abdomen**

İnsizyon ( ) Var ( ) Yok

**Değerlendirme**

Kıvam ( ) Yumuşak ( ) Sert

Distansiyon ( ) Var ( ) Yok

Linea Nigra/Stria ( ) Var ( ) Yok

**Beslenme Durumu**

Yemek Yeme Alışkanlığı ( ) Düzenli ( ) Düzensiz

Öğün Sayısı.....

Aldığı Sıvı Miktarı/24saat.....

Beslenme Sorunları ( ) Var..... ( ) Yok

**Uyku**

Uyku Alışkanlığı ( ) Düzenli ( ) Düzensiz

Uyku Süresi/24 Saat.....

Uyku Sorunları ( ) Var..... ( ) Yok

**Eliminasyon**

İdrar ( ) Yaptı ( ) Yapmadı (doğum sonu saat.....)

Gaita ( ) Yaptı ( ) Yapmadı (doğum sonu saat.....)

**Bebek Bakımı**

Bebek Bakımına Katılma Durumu ( ) Evet ( ) Hayır.....

Evde Bebek bakımına Yardım Edecek Kişi ( ) Var ..... ( ) Yok

**Anne-Bebek İlişkisi**

Bebği Kucağına Alıyor, Dokunuyor ( ) Evet ( ) Hayır

Bebğiyle Konuşuyor ( ) Evet ( ) Hayır

Bebğiyle Göz Teması Kuruyor ( ) Evet ( ) Hayır

Bebek Bakımı İle İlgili Sorular Soruyor ( ) Evet ( ) Hayır

**C-EĞİTİM KONULARI**

| <b>Anneye Ait Eğitim Konuları</b> | <b>Evet</b> | <b>Hayır</b> | <b>Bebeğe Ait Eğitim Konuları</b> | <b>Evet</b> | <b>Hayır</b> |
|-----------------------------------|-------------|--------------|-----------------------------------|-------------|--------------|
| Aile Planlaması                   |             |              | Göbek Bakımı                      |             |              |
| Loşia                             |             |              | Cilt Bakımı ve Banyo              |             |              |
| Epizyotomi/ İnsizyon Bakımı       |             |              | Aşılar                            |             |              |
| Göğüs Bakımı                      |             |              | Büyüme ve Gelişme                 |             |              |
| Emzirme                           |             |              | Uyku                              |             |              |
| Süt Sağma Teknikleri              |             |              | Ağız, Göz, Burun Ve Kulak Bakımı  |             |              |
| Beslenme                          |             |              | Giydirme                          |             |              |
| Egzersiz/Aktivite                 |             |              | Ek Besinler                       |             |              |
| Ebeveynlik                        |             |              | Biberonla Besleme                 |             |              |
| Genel Hijyen                      |             |              | Boşaltım Gereksinimi              |             |              |
| Cinsel Yaşam                      |             |              | Genital Bölge Bakımı              |             |              |
| Tehlike Belirtileri               |             |              | Tehlike Belirtileri               |             |              |
| Taburculuk Eğitimi                |             |              | Taburculuk Eğitimi                |             |              |
| Geleneksel Uygulamalar            |             |              | Geleneksel Uygulamalar            |             |              |
| Kegel Egzersizi                   |             |              | Diğer .....                       |             |              |

Hemşirenin Gözlem ve Yorumu:

## DOĞUM SONU ANNE İZLEM FORMU

Tarih:

Öğr. Hemş. Adı Soyadı:

|                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Saatler                                                               |  |  |  |  |  |  |  |
| Fundusun Yüksekliği                                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| Pet Sayısı                                                            |  |  |  |  |  |  |  |
| Kanama Miktarı                                                        |  |  |  |  |  |  |  |
| Kanama Özelliği                                                       |  |  |  |  |  |  |  |
| Cilt Özelliği<br>(Soğuk, sıcak v.s)                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| Fundus Masajı                                                         |  |  |  |  |  |  |  |
| Epizyo Takibi<br>(hematom, enfeksiyon,<br>açılma, akıntı..)           |  |  |  |  |  |  |  |
| İnsizyon bölgesi takibi<br>(hematom, enfeksiyon,<br>açılma, akıntı..) |  |  |  |  |  |  |  |
| Hayati bulgular<br>-T.A<br>-Solunum<br>-Nabız<br>-Ateş                |  |  |  |  |  |  |  |
| Aldığı /çıkardığı<br>Sıvı takibi                                      |  |  |  |  |  |  |  |
| Diğer Bulgular                                                        |  |  |  |  |  |  |  |

| İLAÇ FORMU |                     |                                                             |                                     |
|------------|---------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| İlacın adı | Uygulama şekli/Dozu | İlacın kullanılma nedeni<br>Etken madde<br>Etki mekanizması | Hemşirenin dikkat etmesi gerekenler |
|            |                     |                                                             |                                     |
|            |                     |                                                             |                                     |
|            |                     |                                                             |                                     |
|            |                     |                                                             |                                     |
|            |                     |                                                             |                                     |

**T.C. FIRAT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ KADIN  
SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA  
FORMU**

**A-TANITICI BİLGİLER**

**Adı-Soyadı:**

**Görüşme tarihi:**

**Yaşı:**

**Hastaneye Yatış tarihi:**

**Eğitimi:**

**Evlilik süresi:**

**Eşinin eğitimi:**

**Hemşire:**

**Kan grubu:**

**Tıbbi tanı:**

**B-GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ**

**Mevcut sağlık sorununun ortaya çıkışı ve tedavi süreci ile ilgili öyküsü (Hasta, hasta dosyası vb.)**

**Hastaneye Başvuru Nedeni ve Hastanın Aldığı Tedavi**

| LABORATUAR BULGULARI |                 |       |       |                                                                                                              |
|----------------------|-----------------|-------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Test                 | Normal değerler | Tarih | Tarih | 1. Bu test bu hasta için neden istenmiş<br>açıklayın<br>2. Anormal bulguların hastanın durumuyla<br>ilişkisi |
| Eritrosit (RBC)      |                 |       |       |                                                                                                              |
| Hemoglobin(HGB)      |                 |       |       |                                                                                                              |
| Hemotokrit(HTC)      |                 |       |       |                                                                                                              |
| Trombosit            |                 |       |       |                                                                                                              |
| Lökosit(WBC)         |                 |       |       |                                                                                                              |
| Nötrofil             |                 |       |       |                                                                                                              |
| Eozinofil            |                 |       |       |                                                                                                              |
| Bazofil              |                 |       |       |                                                                                                              |
| Lenfosit             |                 |       |       |                                                                                                              |
| Monosit              |                 |       |       |                                                                                                              |
| Na+                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| K+                   |                 |       |       |                                                                                                              |
| Cl                   |                 |       |       |                                                                                                              |
| HCO3                 |                 |       |       |                                                                                                              |
| Ca                   |                 |       |       |                                                                                                              |
| P                    |                 |       |       |                                                                                                              |
| Mg                   |                 |       |       |                                                                                                              |
| Sedimentasyon        |                 |       |       |                                                                                                              |
| CRP                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| BRCA1                |                 |       |       |                                                                                                              |
| BRCA2                |                 |       |       |                                                                                                              |
| CA 125               |                 |       |       |                                                                                                              |
| CA 27.29             |                 |       |       |                                                                                                              |
| CA 15-3              |                 |       |       |                                                                                                              |
| AFP                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| hCG                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| LDH                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| CEA                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| CA 19-9              |                 |       |       |                                                                                                              |
| <b>KAN şEKERİ</b>    |                 |       |       |                                                                                                              |
| Kř 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                  |                 |       |       |                                                                                                              |
| <b>İDRAR</b>         |                 |       |       |                                                                                                              |
| Dansite 1.001-1.035  |                 |       |       |                                                                                                              |
| pH 4.5-7.5           |                 |       |       |                                                                                                              |
| Lökosit 1-2          |                 |       |       |                                                                                                              |
| Eritrosit 0-1        |                 |       |       |                                                                                                              |
| Kültür/Antibiyogram  |                 |       |       |                                                                                                              |
| HCG                  |                 |       |       |                                                                                                              |

**Geçmiş Tıbbi öyküsü**

|                                         |                                        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı | <input type="checkbox"/> Hipertansiyon |
| <input type="checkbox"/> Diyabet        | <input type="checkbox"/> Diğer         |

**Obstetrik Öykü: G P A Y**

| <b>Önceden Geçirdiği Jinekolojik Operasyonlar / Girişimler. Açıklayınız.</b> |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tupligasyon.....                                    | <input type="checkbox"/> Cryo.....         |
| <input type="checkbox"/> Histerektomi.....                                   | <input type="checkbox"/> Sezeryan.....     |
| <input type="checkbox"/> Ooferektomi.....                                    | <input type="checkbox"/> Koterizasyon..... |
| <input type="checkbox"/> Laparoskopi.....                                    | <input type="checkbox"/> Diğer.....        |

| Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanıyor musunuz?               |      |                            |
|-------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------|
| ( ) Hayır                                                               |      | ( )Evet (Açıklayınız)..... |
| Kullandığınız bu yöntemler ilgili herhangi bir problem yaşıyor musunuz? |      |                            |
| ( ) Hayır                                                               |      | ( )Evet (Açıklayınız)..... |
| Sağlık Davranışları                                                     | Evet | Hayır                      |
| Pap smear                                                               | ( )  | ( )                        |
| Kendi Kendine Meme Muayenesi                                            | ( )  | ( )                        |
| Kendi Kendine Vulva Muayenesi                                           | ( )  | ( )                        |
| Mamografi                                                               | ( )  | ( )                        |

| <b>Sağlığınızı Etkileyen Olumsuz Alışkanlıklarınız</b>                      |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Sigara ( )                                                                  | Alkol ( )                                        |
| Diyet ( )                                                                   | Diğer ( )                                        |
| <b>Herhangi bir maddeye (ilaç, besin polen vb.) karşı alerjiniz var mı?</b> |                                                  |
| <input type="checkbox"/> Hayır                                              | <input type="checkbox"/> Evet (Açıklayınız)..... |

## C-FİZİKSEL MUAYENE

### Yaşam Bulguları

| Tarih | Ateş | Nabız | Solunum | Kan Basıncı |
|-------|------|-------|---------|-------------|
|       |      |       |         |             |
|       |      |       |         |             |

### Memeler

|         |                            |
|---------|----------------------------|
| Görünüm | ( ) Simetrik ( ) Asimetrik |
| Nodül   | ( ) Var ( ) Yok            |

|                                                          |                                |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Menarş Yaşı                                              |                                |
| Menstrual Siklus                                         | Süresi .....ve Sıklığı : ..... |
| Menstruasyonda kullandığınız ped özellikleri             |                                |
| Menstruasyonda kullandığınız pedi değiştirme sıklığınız: |                                |
| Menstruasyon sırasında hijyen ve banyo alışkanlığınız:   |                                |
| Menstruasyon sırasında cinsel ilişki:                    |                                |
| Taharetlenme Şekliniz:                                   |                                |

|                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Menopoz Yaşınız:</b>                                                  |  |
| <b>Menopozal dönemde yaşadığınız fiziksel değişiklikler/sorunlar:</b>    |  |
| <b>Menopozal dönemde yaşadığınız psikososyal değişiklikler/sorunlar:</b> |  |

**Son bir yıldır üreme sağlığı ile ilgili olarak aşağıdaki yakınmaları yaşama durumunuzu ve yakınmanın süresini belirtiniz.**

|     |                                      | Açıklama |     |                              | Açıklama |
|-----|--------------------------------------|----------|-----|------------------------------|----------|
| ( ) | Yakınma Yaşamıyorum                  |          | ( ) | Cinsel İlişki Sırasında Ağrı |          |
| ( ) | Perine Bölgesinde Lezyon / Kitle     |          | ( ) | Vajinismus                   |          |
| ( ) | Perine Bölgesinde Kaşıntı            |          | ( ) | Cinsel İstekte Azalma        |          |
| ( ) | Anormal Akıntı                       |          | ( ) | Post Koital Kanama / Ağrı    |          |
| ( ) | Pelvik İnflamatuvar Hastalık         |          | ( ) | İnfertilite                  |          |
| ( ) | Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon      |          | ( ) | Premenstrual Şikayetler      |          |
| ( ) | Menopoza Bağlı Vazomotor Şikayetler  |          | ( ) | Dismenore                    |          |
| ( ) | Osteoporoz                           |          | ( ) | Metroraji                    |          |
| ( ) | Postmenopozal Kanama                 |          | ( ) | Menoraji/Hipermenore         |          |
| ( ) | İnkontinans                          |          | ( ) | Oligomenore                  |          |
| ( ) | Desensus-Prolapsusa Bağlı Şikayetler |          | ( ) | Polimenore                   |          |
| ( ) | Pelvik Ağrı                          |          | ( ) | Hipomenore                   |          |

#### **Beslenme Durumu**

|                                                           |                  |                  |
|-----------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| <b>Kilo:.....</b>                                         | <b>Boy:.....</b> | <b>BKİ:.....</b> |
| <b>Günlük yaşamınızda 1 günde kaç öğün beslenirsiniz?</b> |                  |                  |

|                                                                                                      |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
|                                                                                                      |                                      |
| <b>Hastalığınız /sağlık sorununuz nedeniyle beslenmenizde herhangi bir değişiklik/sorun oldu mu?</b> |                                      |
| ( ) Hayır                                                                                            | ( ) Evet (Nedenini açıklayınız)..... |

**Üriner boşaltımla ilgili aşağıdaki yakınmaları yaşama durumunuzu ve yakınmanın süresini belirtiniz.**

|                                  |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|
| ( ) Ağrı.....                    | ( ) Güçlük.....             |
| ( ) Yanma .....                  | ( ) Damla damla idrar ..... |
| ( ) İdrarı tutamama.....         | ( ) Gece idrara çıkma.....  |
| ( ) Sık idrara çıkma.....        | ( ) İdrarda bulanıklık..... |
| ( ) İdrar kokusunda değişim..... | ( ) Diğer.....              |
| ( ) Hematüri.....                |                             |

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

|                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| ( ) Yakınma yaşamıyor.....  | ( ) Karında kramp.....     |
| ( ) Bağırsakta parazit..... | ( ) Aşırı barsak gazı..... |
| ( ) Rektumda kanama.....    | ( ) Kabızlık.....          |
| ( ) İshal.....              | ( ) Diğer                  |

**Uyku / Dinlenme**

|                                                                     |          |
|---------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Günde kaç saat uyursunuz?.....</b>                               |          |
| <b>Uykudan sonra kendinizi dinlenmiş olarak hissediyor musunuz?</b> |          |
| ( ) Hayır nedenini açıklayınız.....                                 | ( ) Evet |

**Alt Ekstremiteler**

|                               | Sağ Bacak |         | Sol Bacak |         |
|-------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|
| <b>Tromboflebit Belirtisi</b> | ( ) Var   | ( ) Yok | ( ) Var   | ( ) Yok |
| <b>Ödem</b>                   | ( ) Var   | ( ) Yok | ( ) Var   | ( ) Yok |
| <b>Varis</b>                  | ( ) Var   | ( ) Yok | ( ) Var   | ( ) Yok |

**Hemşirenin Gözlem ve Yorumları:**

|                   |
|-------------------|
| <b>İLAÇ FORMU</b> |
|-------------------|

| İlacın adı | Uygulama şekli/Dozu | İlacın kullanılma nedeni<br>Etken madde<br>Etki mekanizması | Hemşirenin dikkat etmesi gerekenler |
|------------|---------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|            |                     |                                                             |                                     |
|            |                     |                                                             |                                     |
|            |                     |                                                             |                                     |
|            |                     |                                                             |                                     |
|            |                     |                                                             |                                     |