

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERSİ
HASTA TANITIM FORMU

Öğrenci Ebenin	Uygulama Yeri	Uygulama Haftası
Adı Soyadı :	Ünitesi :	Tarihi :

Çocuğun	Annenin Adı Soyadı :
Adı Soyadı :	Yaşı :
Cinsiyeti :	Eğitim Durumu :
Yaşı :	Mesleği :
TIBBİ TANI :	Sağlık Durumu :
Allejisi :	Yaşayan Çocuk Sayısı :
	Akraba Evliliği :
	Ailede Kalıtsal/ Kronik Hastalıklar:

Hastalık Öyküsü (Başlangıç zamanı, şikâyetleri, şekli (akut / kronik) belirtilerin niteliği, yoğunluğu, sıklığı, lokalizasyonu, süresi, arttıran / azaltan faktörler):

FİZİKSEL ÖLÇÜMLER

Çocuğun (Bu kısım 2 yaşına kadar olan çocuklar için doldurulacaktır)

Doğumdaki Tartısı :	Şu Andaki Tartısı :	Persentil:
Boy Uzunluğu :	Boy Uzunluğu :	Persentil:
Baş Çevresi :	Baş Çevresi :	Persentil:
Doğum Şekli : <input type="checkbox"/> Sezaryen <input type="checkbox"/> Normal	Göğüs Çevresi :	
	Karın Çevresi :	
	Fontanel :	Açık () Kapalı ()

BAĞIMLILIK DURUMU: Bağımsız () Yarı Bağımlı () Bağımlı ()

SİSTEMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Genel Görünüm	Aktif <input type="checkbox"/>	Hipoaktif <input type="checkbox"/>	Huzursuz/ağlamalı <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>				
BAŞ	Travma <input type="checkbox"/>	Baş ağrısı <input type="checkbox"/>	Konak <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>				
GÖZLER	Kızarıklık <input type="checkbox"/>	Akıntı <input type="checkbox"/>	Görme Bozukluğu <input type="checkbox"/>	Şaşılık <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>			
KULAKLAR	Akıntı <input type="checkbox"/>	Çınlama <input type="checkbox"/>	Ağrı <input type="checkbox"/>	İşitme Sorunu <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>			
BURUN	Akıntı <input type="checkbox"/>	Konjesyon <input type="checkbox"/>	Kanama <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>				
AĞIZ	Diş çürüğü <input type="checkbox"/>	Lezyon <input type="checkbox"/>	Kötü Ağız Hijyeni <input type="checkbox"/>	Pamukçuk <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>			
KONUŞMA	Konuşma Problemi <input type="checkbox"/>		Kekemelik <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>				
BOĞAZ	Ağrı <input type="checkbox"/>	Tonsilit <input type="checkbox"/>	Yutma Güçlüğü <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>				
BOYUN	Sertlik <input type="checkbox"/>	Kitle <input type="checkbox"/>	Duyarlık <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>				
SOLUNUM	Öksürük <input type="checkbox"/>	Balgam <input type="checkbox"/>	Hırıltı <input type="checkbox"/>	Dispne <input type="checkbox"/>	Ağrı <input type="checkbox"/>	Hemoptizi <input type="checkbox"/>	Taşipne <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>
DERİ	Kızarıklık <input type="checkbox"/>	Kuruluk <input type="checkbox"/>	Kaşıntı <input type="checkbox"/>	Siyanoz <input type="checkbox"/>	Sarılık <input type="checkbox"/>	Solukluk <input type="checkbox"/>	Pişik <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>
GİS	İştahsızlık <input type="checkbox"/>	Ağrı <input type="checkbox"/>	Diyare <input type="checkbox"/>	Konstipasyon <input type="checkbox"/>	Bulantı-Kusma <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>		

GÜS	Kaşıntı <input type="checkbox"/>	Hematüri <input type="checkbox"/>	İnkontinans <input type="checkbox"/>	Anüri <input type="checkbox"/>	Poliüri <input type="checkbox"/>	Enürezis <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>
KAS-İSKELET	Ağrı <input type="checkbox"/>	Hareket Sınırlılığı <input type="checkbox"/>	Kırık <input type="checkbox"/>	Ödem <input type="checkbox"/>	Bası Yarası <input type="checkbox"/>	Kızarıklık <input type="checkbox"/>	Sorun Yok <input type="checkbox"/>
NÖROLOJİK	Konvülsiyon <input type="checkbox"/>		Duyu Kaybı <input type="checkbox"/>	Titreme <input type="checkbox"/>	Letarji <input type="checkbox"/>		Sorun Yok <input type="checkbox"/>
ENDOKRİN	Büyüme Değişiklik <input type="checkbox"/>		İştahın artması <input type="checkbox"/>		Enerji Düzeyinde Değişiklik <input type="checkbox"/>		Sorun Yok <input type="checkbox"/>

HAYATİ BELİRTİLERİ

Vücut Isısı :

Nabız :

Solunum :

Tansiyon :

O₂ Saturasyonu:

Motor-Mental Gelişimi:(0-2 yaş grubu için doldurulacaktır)

MOTOR BECERİLER			
Gözleriyle objeyi takip		Emekleme	
Başını tutma		Yürüme	
Eşya yakalama		Kelime Söyleme	
Sağa-Sola Dönme		Kaşık Tutma	
Destekli Oturma		Gündüz İdrarını Söyleme	
Desteksiz Oturma			

NOT: (Ayına/ yaşına uygun olmayan gelişim sorunları var ise belirtiniz):

.....

Çocuğun ayına uygun yapılan AŞILARINI işaretleyiniz.

AŞILAR	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	9.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	48.ayın sonu	13 yaş
Hepatit B	I	II			III						
BCG			I								
DaBT-İpa Hib			I	II	III			R			
KPA			I	II			R				
KKK						ID*	I			II	
DaBT-İPA										R	
OPA					I			II			
Td											R
Hep-A								I	II		
Su Çiçeği							I				

NOT (Yapılmamış/ tablo dışında yapılmış olan aşılardan varsa nedeni ile birlikte belirtiniz)

ID* Riskli bölgelerde 9-11. Ayda ilave bir doz kızamık içeren aşı (K veya KKK) uygulanacaktır.

.....

LABORATUAR BULGULARI (En son yapılanlar ve öncelikli/ doğrudan hastalığı ile ilgili olanlar yazılacaktır)

Tarih:

Parametre	Hastadaki Mevcut Değerler	Referans Aralıkları
Tam İdrar Tahlili		
Renk (.....)	Protein (.....)	Diğer (.....)
Dansite(.....)	Glukoz (.....)	
pH (.....)	Eritrosit (.....)	

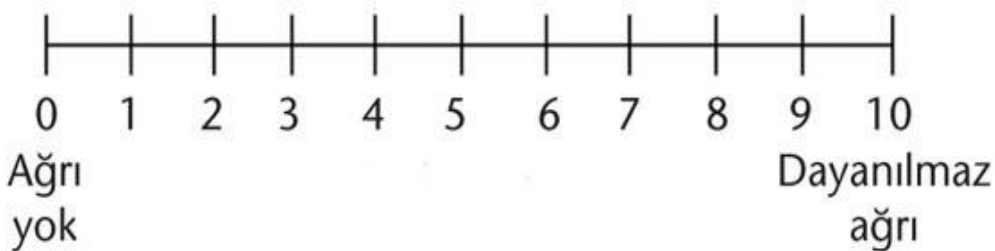
HOSPİTALİZASYON SÜRECİNİN ÇOCUĞA ETKİSİ

ÖNCESİ	HASTANEDE YATIŞ SÜRESİNCE
Beslenmeye yönelik etkisi: Sorun Yok <input type="checkbox"/> Sorun Var <input type="checkbox"/> Sorun var ise açıklayınız	Beslenmeye yönelik etkisi: Ağızdan <input type="checkbox"/> Nazogastrik <input type="checkbox"/> Anne Sütü <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Ek Gıda <input type="checkbox"/> Çocuk nasıl besleniyor: Kendi kendine <input type="checkbox"/> Başkasının yardımıyla <input type="checkbox"/> Özel Diyet/ Ek vitamin: Beslenme içeriği (Neler Yiyor?).....
Boşaltıma yönelik etkisi: Sorun Yok <input type="checkbox"/> Sorun Var <input type="checkbox"/> Sorun var ise açıklayınız	Boşaltıma yönelik etkisi: Tuvalete çıkma sıklığı (gün) : İdrar..... Dışkı Tuvalet alışkanlığı ile ilgili problem nelerdir?
Uykuya yönelik etkisi : Sorun Yok <input type="checkbox"/> Sorun Var <input type="checkbox"/> Sorun var ise açıklayınız	Uykuya yönelik etkisi : Gündüz uyku süresi/saat (.....) Gece uyku süresi/saat (.....) Uyku sorunları
Davranışlarına yönelik etkisi: Sorun Yok <input type="checkbox"/> Sorun Var <input type="checkbox"/> Sorun var ise açıklayınız	Davranışlarına yönelik etkisi (Reglasyon) tırnak yeme <input type="checkbox"/> toprak yeme (pika) <input type="checkbox"/> tik <input type="checkbox"/> mastürbasyon <input type="checkbox"/> kekemelik <input type="checkbox"/> korku <input type="checkbox"/> enürezis <input type="checkbox"/> enkoprezis <input type="checkbox"/> ihmal-istismara yönelik belirtiler <input type="checkbox"/>

0-5 yaş Wong Baker Yüzler Ağrı Değerlendirme Ölçeği Ağrıyı Değerlendirme Saati:



Okul Çağı Çocuk Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası Ağrıyı Değerlendirme Saati:



İLAÇ BİLGİSİ (Hastanın kullandığı ilaçlara ilişkin bilgiler: etken madde, endikasyon, kontrendikasyon, yan etkiler, ilaç besin etkileşimi vb.)

HASTALIK BİLGİSİ (Hastanın tanısına ilişkin bilgilendirme: tanım, belirtiler, komplikasyonlar, tedavi vb.)

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
ÇOCUK VE AİLE EĞİTİM FORMU

AİLE EĞİTİMİ:
Hastane kuralları:

Çocukluk döneminde beslenme:

Büyüme ve gelişme:

Hijyen kuralları:

Aşlar:

Taburculuk:

Diğer

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ

Hastanın Adı Soyadı:

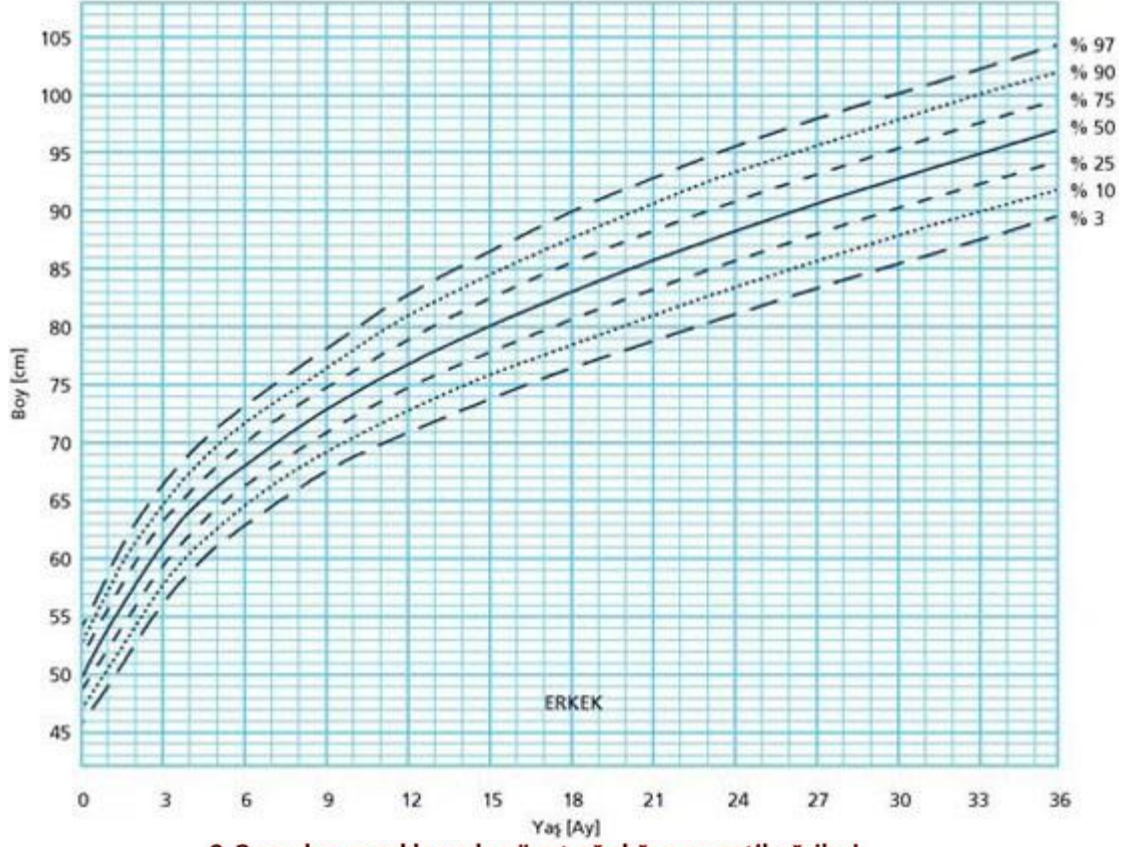
Bölümü:

Tarih:

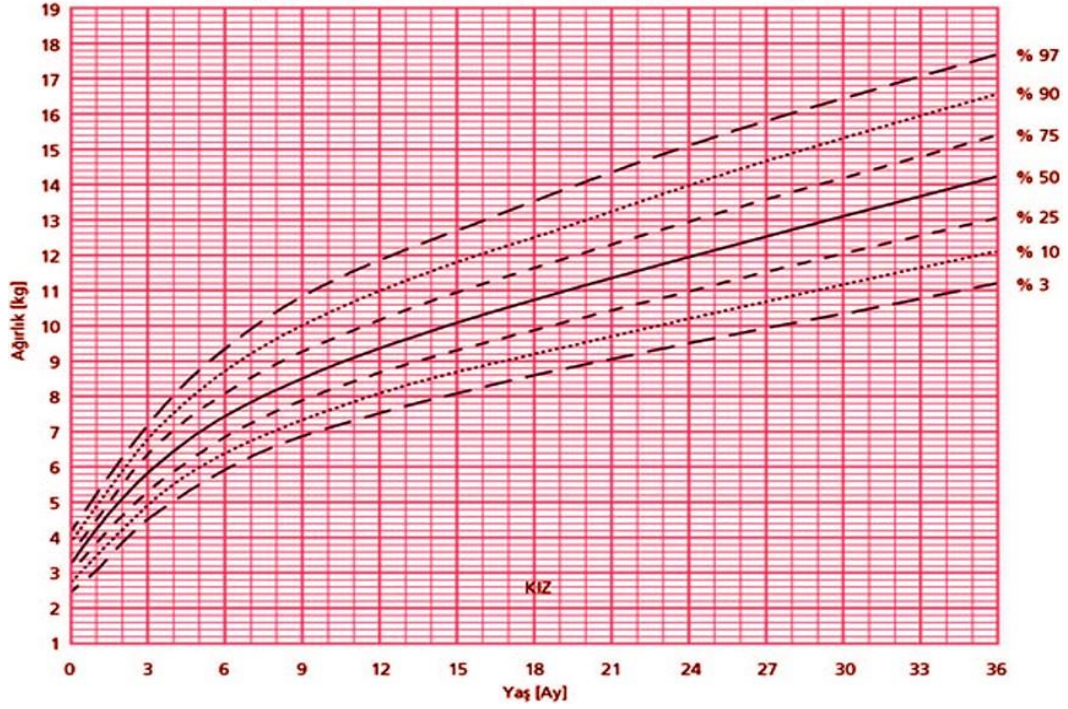
HASTA İZLEM FORMU

Saat	GİRİŞİMLER / BAKIM UYGULAMALARI	İmza

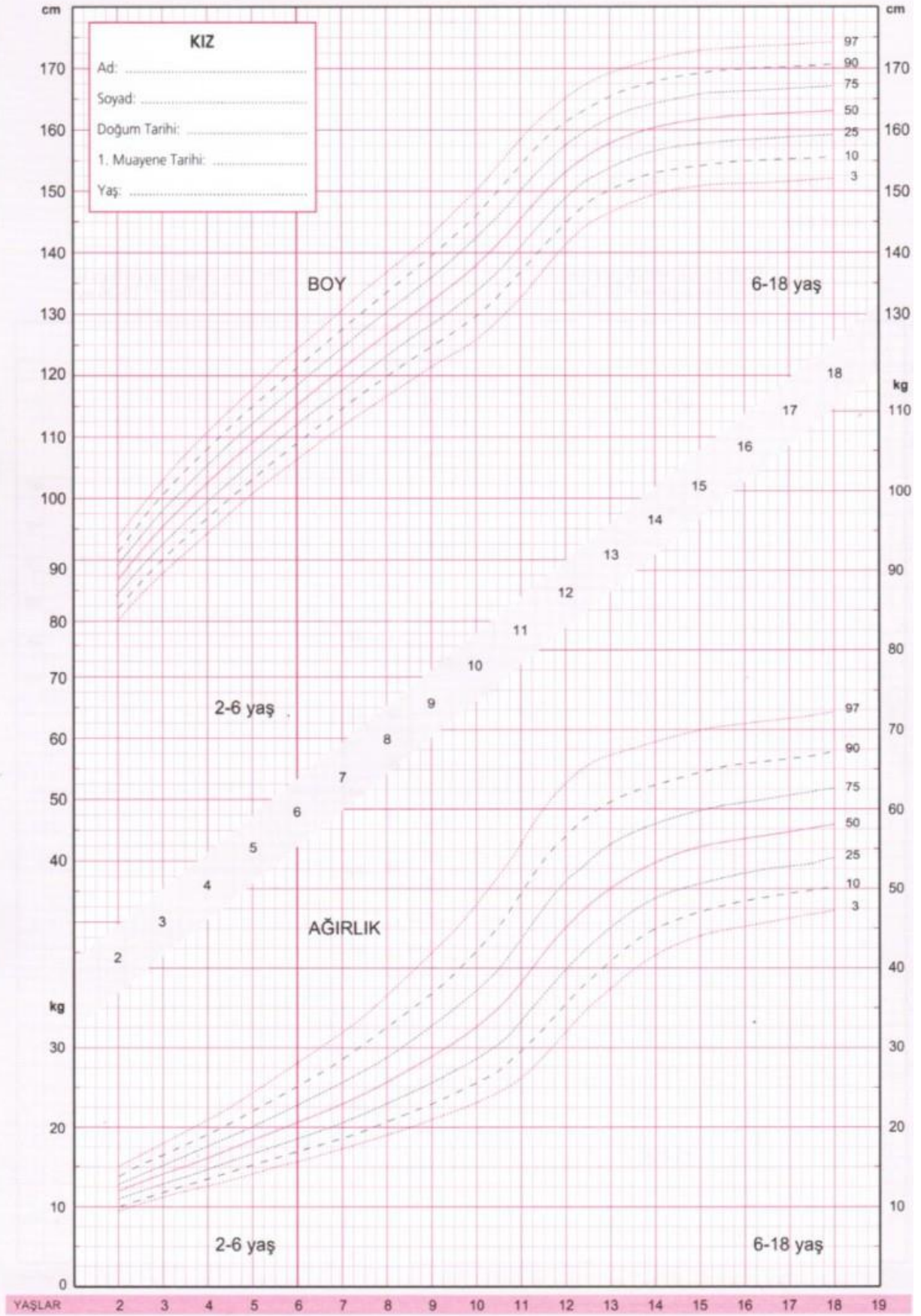
0-3 yaş erkek çocuklarında boy uzunluğu persentil eğrileri



0-3 yaş kız çocuklarında vücut ağırlığı persentil eğrileri

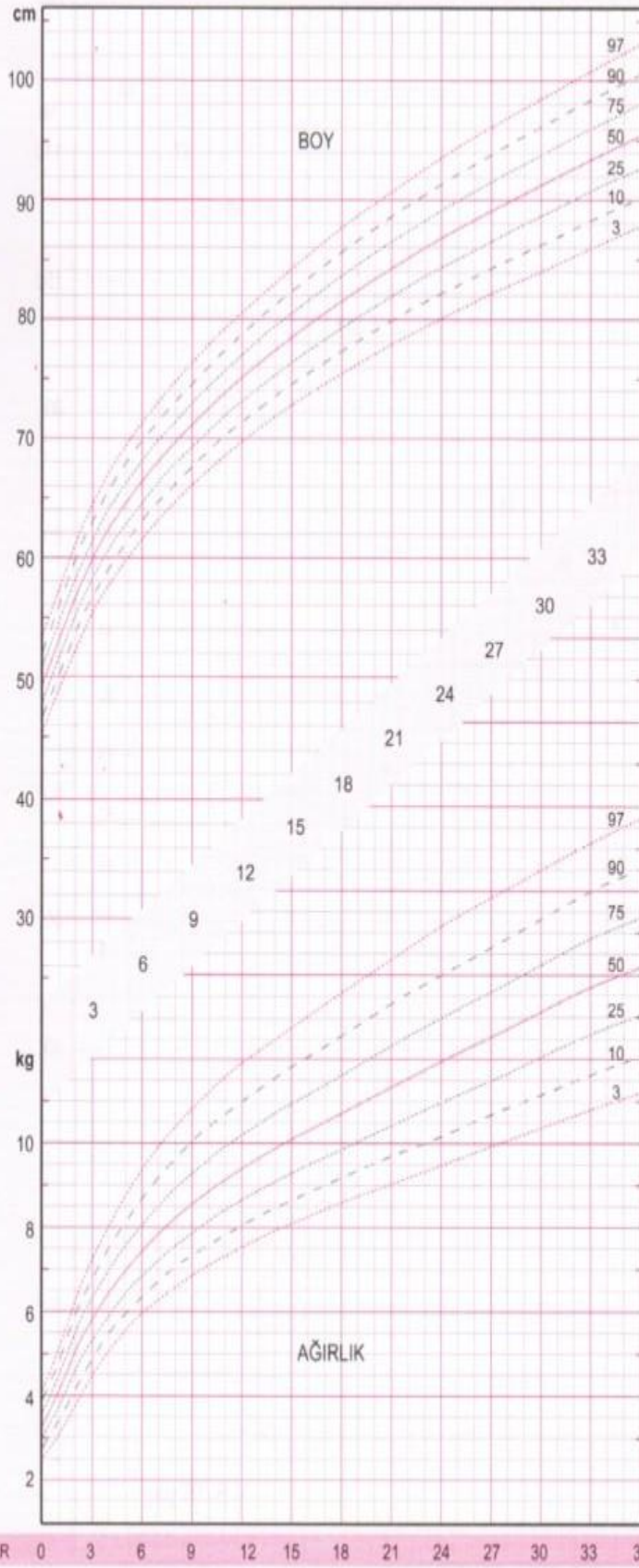


Türk Çocuklarının Persentil Büyüme Eğrileri* (2-18 yaş)

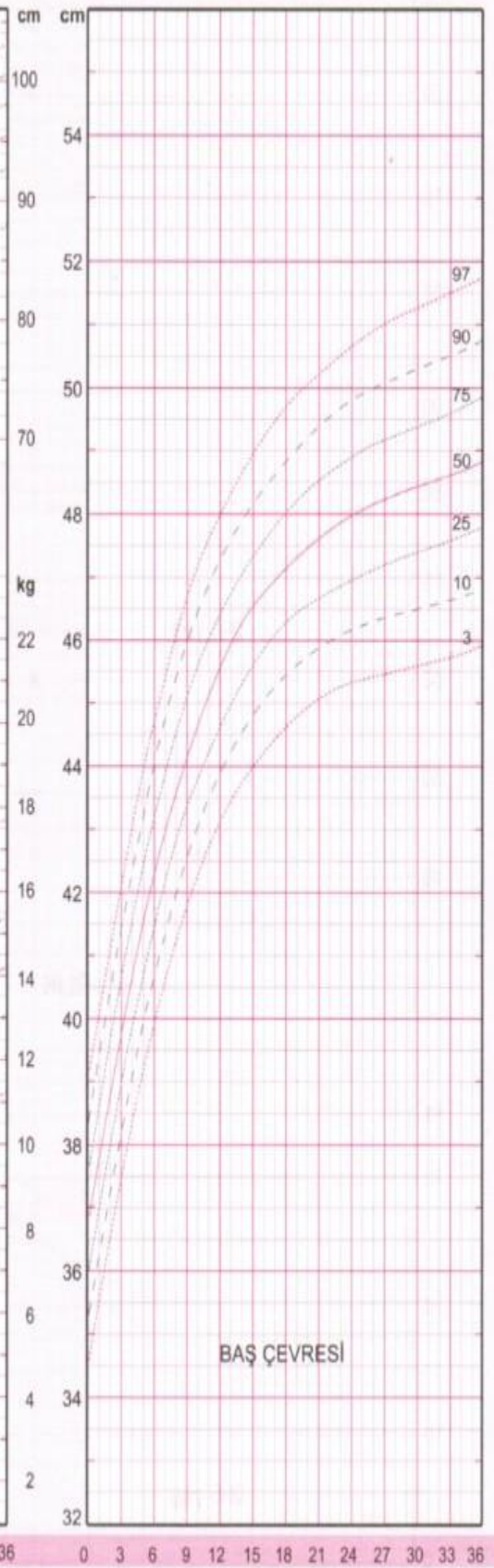


* Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F.
Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri.
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51:1-14. Tüm hakları saklıdır.

Türk çocuklarının persentil büyüme eğrileri* (0-36 ay)



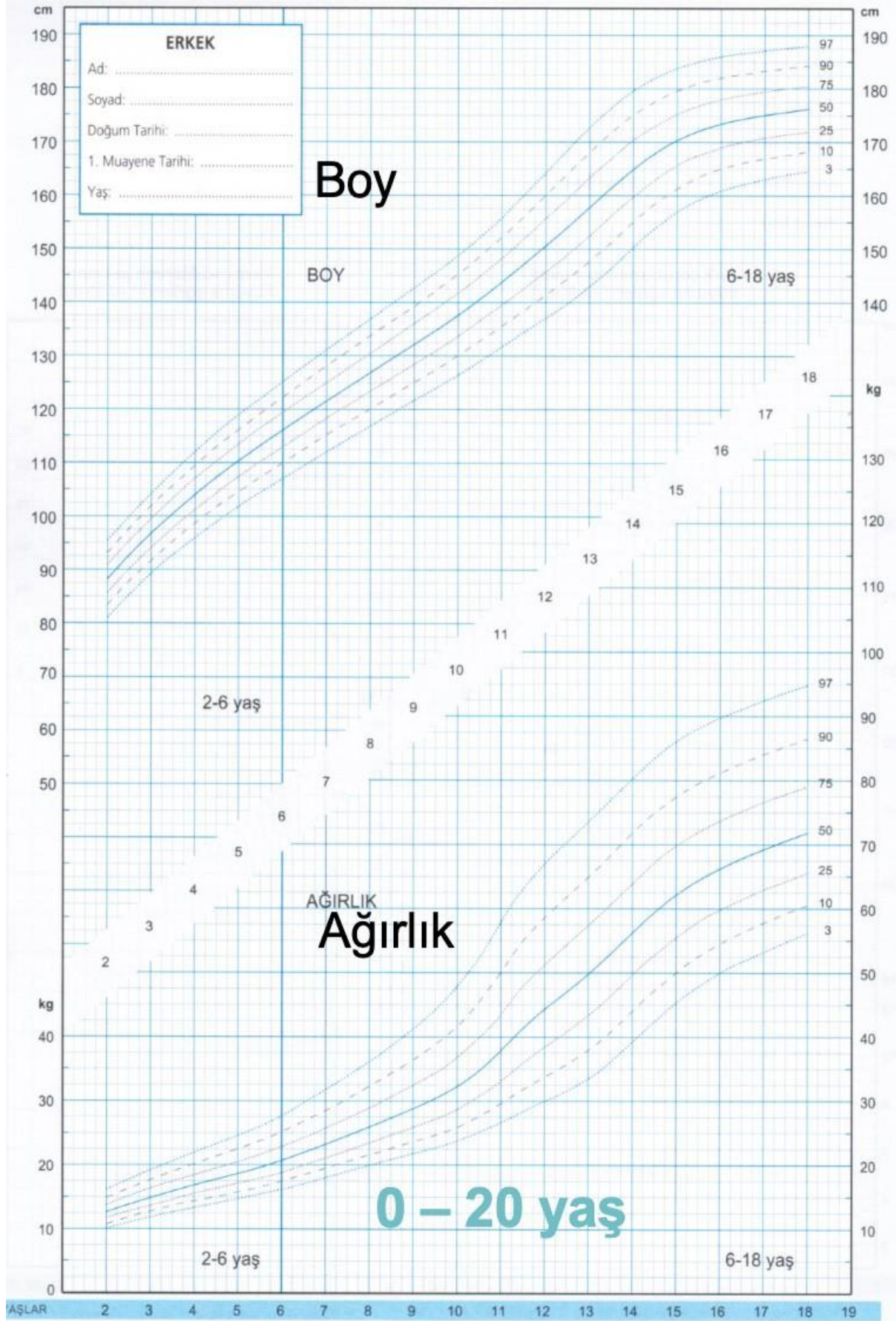
Türk çocuklarının persentil büyüme eğrileri** (0-36 ay)



* Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51:1-14. Tüm hakları saklıdır.

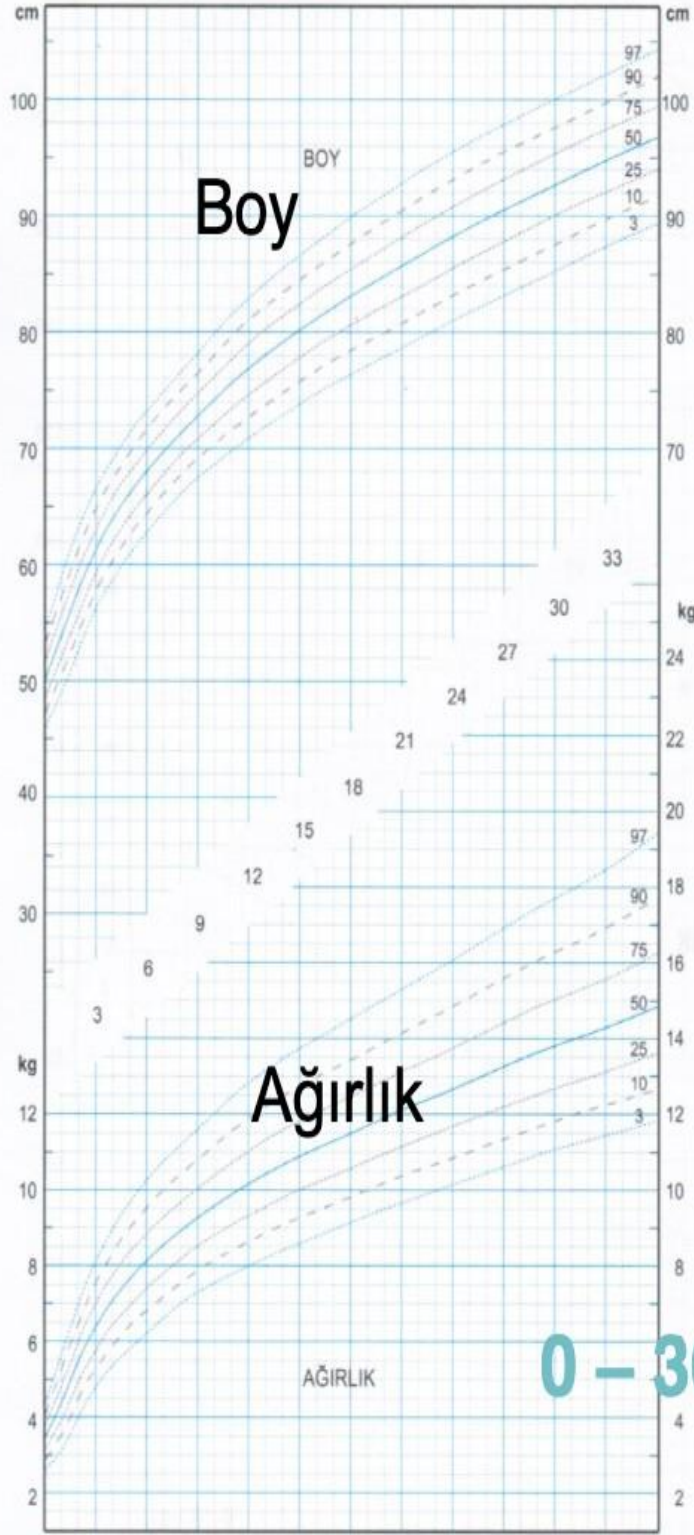
** Gökçay G, Furman A, Neyzi O. Growth references for Turkish children aged 0 to 5 years. Child: Care, Health and Development (2008). © 2010 Çocuk Sağlığı Derneği. Tüm hakları saklıdır.

Türk Çocuklarının Persentil Büyüme Eğrileri* (2-18 yaş)



* Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F.
Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri.
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51:1-14. Tüm hakları saklıdır.

Türk çocuklarının persentil büyüme eğrileri* (0-36 ay)



Türk çocuklarının persentil büyüme eğrileri** (0-36 ay)



* Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51:1-14. Tüm hakları saklıdır.

** Gökçay G, Furman A, Neyzi O. Growth references for Turkish children aged 0 to 5 years. Child: Care, Health and Development (2008). © 2010 Çocuk Sağlığı Derneği. Tüm hakları saklıdır.

EBELİK BAKIM PLANI

Tarih:

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

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

<input type="checkbox"/> Mevcut Tanı	<input type="checkbox"/> Potansiyel Tanı	<input type="checkbox"/> Olası tanı
Fonksiyonel Sağlık Örüntüsüne Göre Sınıflandırması:		
Ebelik Tanısı		

Etyolojik Faktörler	
Tanımlayıcı kriterler:	
Amaç	
Ebelik Girişimleri	
Değerlendirme	

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