**Öğrencinin Adı Soyadı: Bakım Planı Puanı:**

**Öğrenci Numarası: Form Teslim Tarihi:**

**İmza:**

**TANITICI BİLGİLER**

Adı–Soyadı : Medeni Durum:

Yaş:  Eğitimi:

Çalışma Durumu: Eşinin Yaşı:

Hastaneye Yatış Tarihi:

Yatış Yapılan Klinik: 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: □ Sedye:□ |
| **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** |

 Öğretim Elemanının Adı- Soyadı- İmzası

***3- BOŞALTIM ŞEKLİ***

|  |
| --- |
| **Üriner Boşaltım:**Mesane alışkanlığı: : ( )Normal ( )Dizüri ( ) Hematüri  ( )Noktüri ( )Retansiyon ( )Sıkışma\Kaçırmaİnkontinans: ( )Var ( )Yokİdrar yolu enfeksiyonu: ( )Var ( )Yokİ**drar 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...................**Tuvalete Çıkma Sıklığı :** İdrar……….. Defekasyn: …………….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 ( )HayırHastalık\Gebelik, öz bakım becerilerini etkiledi mi?: ( )Evet ( )HayırHastalık\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 ( )HayırSağlık elemanları ile iletişimde bulunuyor mu? ( )Evet ( )HayırSözlü-sözsüz iletişimde uyumsuzluk var mı? ( )Evet ( )HayırAilenin-sosyal çevresinin desteği var mı? ( )Evet ( )HayırAilede 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 duyusu**Sıcağı/soğuğu/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: 0 (yok) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (çok fazla) **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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 **Şu anda gebelik var mı?** Evet: □ Hayır: □ **Planlı Gebelik mi?:** Evet: □ Hayır: □ **S.A.T.: M.D.T: Gebelik haftası:** **Antenatal İzlem Sıklığı(**Kaç haftada bir ve toplam kaç kez**):**  **POSTPARTUM DÖNEMDEKi KADINLAR İÇİN;**   Doğum şekli: Normal ( ) Sezaryen( ) Müdahaleli ( ) **Bebeğin:** Doğum Tarihi- Saati: Cinsiyeti: Bebeğin kilosu:  Boyu: Kan Grubu......................... **Annenin:** **İlk Mobilizasyon zamanı:** **Bebeğin durumu:** Sağlıklı ( ) Ex ( ) Yenidoğan ünitesinde ( ) Tanısı:…………. **İlk emzirme Zamanı:** **Uterus İnvolüsyonu: Konumu: Sert/Yumuşak:** **Loşia Kontrolü: Rengi: Pıhtı Durumu:**  **Uterus masajı:**  **Sütur 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 genitaller: (vulvada kızarıklık, ağrı, koku, piruritis, 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 **Menapoz durumu** ( ) Var (Yaşı:……) ( ) Yok**Menapoz Şikayetleri**:…………………… **KÜRETAJ OPERASYONU GEÇİREN KADINLAR İÇİN;** Kürtaj endikasyonu:  Kanama Kontrolü bulguları: |

***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 ..................................... ( ) YokHastalandığınız durumlarda evde, geleneksel olarak kullandığınız iyileştirme yöntemleri nelerdir?:............................ |

**EBELİK RAPORU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **SAAT** | **NOTLAR** | **İMZA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EĞİTİM GEREKSİNİM KONULARI (Ayrıntıları ayrı bir sayfada veriniz)** |
| **1.****2.****3.****4.** | **5.****6.****7.****8.** |
| **EBELİK TANILARI** |
| **1.****2.****3.****4.** | **5.****6.****7.****8.** |

 **FİZİKSEL ÖLÇÜMLER:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Şu anki:** | **Kilo: Boy:** | **BKİ:** |
| **Tarih\Saat** | **Vücut Isısı** | **Nabız** | **Solunum** | **Kan Basıncı** | **FKH** | **Ödem** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **LABORATUVAR BULGULARI:** |

**İLAÇ KULLANIMI VE TEDAVİ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sürekli Kullandığı İlaçlar** | **Dozu ve Sıklığı** | **Saatleri** | **Verilme Yolu** | **NOTLAR** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **İlaç tedavisi** | **Dozu ve Sıklığı** | **Saatleri** | **Verilme Yolu** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**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** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Toplam** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Denge** |  |

**EBELİK BAKIM PLANI**

 **Tarih:**

|  |  |
| --- | --- |
| □ Mevcut Tanı □ Potansiyel Tanı □ Olası tanı | SAAT |
| Fonksiyonel Sağlık Örüntüsüne Göre Sınıflandırması: |  |
| **Ebelik Tanısı** |   |  |
| Etyolojik Faktörler |  |  |
| Tanımlayıcı kriterler: |  |  |
| Amaç |  |  |
|  Ebelik Girişimleri | *
*
*
*
*
*
*
*
*
 |  |
| Değerlendirme | *
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| □ Mevcut Tanı □ Potansiyel Tanı □ Olası tanı | SAAT |
| Fonksiyonel Sağlık Örüntüsüne Göre Sınıflandırması: |  |
| **Tanı** |   |  |
| Etyolojik Faktörler |  |  |
| Tanımlayıcı kriterler: |  |  |
| Amaç |  |  |
| Ebelik Girişimleri | *
*
*
*
*
*
*
*
*
 |  |
| Değerlendirme | *
 |  |