|  |
| --- |
| **Öğrencinin Adı Soyadı:****Öğrenci No:**Veri Toplama Tarihi: |

|  |  |
| --- | --- |
| A-TANITICI BİLGİLER |  |
| Adı-Soyadı: | Görüşme tarihi: |
| Yaşı: | Hastaneye tarihi: |
| Eğitimi: | Evlilik süresi: |
| Eşinin eğitimi: | Hemşire: |
|     grubu: | Tıbbi tanı: |

B-GEÇMİŞ TIBBÎ, OBSTRTRİK JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

|  |
| --- |
| Mevcut sağlık sorununun ortaya çıkışı ve tedavi süreci ile ilgili öyküsü (Hasta, hasta dosyası vb.) |
|  |
| Aldığı Tedavi | Beklenen Etkiler | Yan etkiler |
|  |  |  |

Laboratuar Bulguları

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarih | Hgb | Htc | Wbc | Plt | Diğer (İdrar vb.) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Geçmiş Tıbbi öyküsü

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Kalp Hastalığı | ( ) Hipertansiyon |
| ( ) Diyabet | ( ) Diğer |

Obstetrik öykü: G P A Y

|  |
| --- |
| Önceden Geçirdiği Jinekolojik Operasyonlar / Girişjmler, Açıklayınız, |
| ( )Tupligasyon | ( ) Cryo |
| ( )Histerektomi | ( ) Sezeryan  |
| ( )Ooferektomi |  ( ) Koterizasyon |
| ( )Laparoskopi | ( ) Diğer  |

|  |
| --- |
| **Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanıyor musunuz?** |
| ( ) Hayır | ( )Evet (Açıklayınız) |
| **Kullandığınız bu yöntemlerle İlgili herhangi bir problem yaşıyor musunuz?** |
| ( ) Hayır | ( ) Evet (Açıklayınız), |
| **Sağlık Davranışları** | Evet | Hayır |
| Pap smear | ( ) | ( ) |
| Kendi Kendine Meme Muayenesi | ( ) | ( ) |
| Kendi Kendine Vulva Muayenesi | ( ) | ( ) |
| Mamografi | ( ) | ( ) |
| **Sağlığınızı -Etkileyen Olumsuz Alışkanlıklarınız** |
| Sigara ( ) Alkol ( ) Diyet ( ) Diğer ( ) |
| **Herhangi bir maddeye (ilaç, besin. polen vb.) karşı alerjiniz Var mı?** |
| ( ) Hayır ( ) 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 kullandığımız ped özellikleri |  |
| Menstruasyonda kullandığınız pedi değiştirme sıklığınız |  |
| Menstrunsyon sırasında hijyen ve banyo alışkanlığınız |  |
| Menstruasyon sırasında cinsel ilişki |  |
| Taharetlenme Şekliniz |  |
| Menopoz Yaşınız: |  |
| Menopozal dönemde yaşadığınız Fiziksel değişiklikler/sorunlar: |  |
| Menopozal dönemde yaşadığınız psikososyal değişiklikler/ sorunlar |  |

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 İnflamatuar hastalık  |  |  | İnfertilite |  |
|  | Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon |  |  | Premenstrual Şikayetler |  |
|  | Menopoza bağlı vazomotor şikayetler |  |  | Dismenore |  |
|  | Osteoporoz |  |  |  Metroraji |  |
|  | Postmenopozal Kanama |  |  | Menoraji/ Hipemenore |  |
|  | İnkontinans |  |  | Oligomenore |  |
|  | Desensus-prolapsusa bağlı şikayetler |  |  | Polimenore |  |
|  | Pelvik Ağı |  |  | Hipomenore |  |

**Beslenme Durumu**

|  |
| --- |
|  Kilo: Boy: BKİ: |
| Günlük yaşamınızda 1 günde kaç öğün beslenirsiniz? |
| Hastalığınız/ sağlık sorununuz nedeniyle beslenmenizde herhangi bir değişiklik/sorun oldu mu? |
| ( ) Hayır ( ) Evet (Nedenini açıklayınız) |

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) yakınma yaşamıyor | () karında kramp |
| ( ) bağırsakta parazit | () aşırı barsak gazı |
| ( ) rektumda kanama. | () kabızlık |
| ( ) ishal | () Diğer |

Uyku / Dinlenme

|  |  |
| --- | --- |
| Günde kaç saat uyuyorsunuz? |  |
| Uykudan sonra kendinizi iyi dinlenmiş olarak hissediyor musunuz? |
| ( ) Hayır nedenini açıklayınız | ( ) Evet |

Alt Ektremiteler

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sağ Bacak |  | Sol Bacak |  |
| Tromboflebit Belirtisi | ( ) var | ( ) Yok | ( ) Var | ( ) Yok |
| Ödem | ( ) Var | ( ) Yok | ( ) var | ( ) Yok |
| Varis | ( ) Var | ( ) Yok | ( ) Var | ( ) yok |

Hemşirenin Gözlem ve Yorumları:

Öğrenci Ebe Yorumu:

|  |  |
| --- | --- |
| HASTANIN ADI SOYADI: | YATAK NO: |
| TARİH | SAAT | NOTLAR | İMZA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Yaşam Aktivitesi/ Öncelik Sırası** | **Tanılama** | **Planlama** | **Uygulama** | **Değerlendirme** |
| Semptom(Tanımlayıcı Kriterler) | Etiyoloji(İlişkili Faktörler) | Amaç | Planlanan Girişimler | (+/-) | Subjektif ve Objektif Sonuçlar |
|  |  |  |  |  |  |
| Ebelik Tanısını yazılırken; **Etiyolojik faktör** bağlı/ilişkin/ilişkili **Ebelik Tanısı** “şeklinde ifade edilmelidir. | Ebelik Tanısı |

\*Not: • Ebelik Tanıları’ nda mevcut tanıları birincil, olası (....... Riski) tanıları ikincil olarak ele alınız. • Ebelik Tanıları NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Hemşirelik Tanıları El Kitabı’nızdaki şekilde olacaktır.) • Bu sayfaları çoğaltarak bakım sürecini yürütünüz.