****

**SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU**

**EBELİK BÖLÜMÜ**

**SİSTEM HASTALIKLARI VE EBELİK BAKIMI**

**DERSİ BAKIM PLANI**

**ÖĞRENCİ ADI-SOYADI**

**ÖĞRENCİ NUMARASI**

**……………………………………..**

**(DERSİN SORUMLU AKADEMİSYENİ)**

**Öğrenci Ebenin Adı-Soyadı: Dosya No:**

**Tarih: Hasta Adı ve Soyadı:**

**Klinik:**

**1.BİREYSEL ÖYKÜ**

**Yaş:**

**Doğum Yeri:**

**Medeni durumu:**

**Çalışma durumu:**

**Eğitimi:**

**Mesleği:**

**Ekonomik durumu:**

**Kan grubu:**

**Alerji(ilaç, besin, polen ve lateks gibi):**

**Tıbbi Tanı:**

**En önemli şikâyeti:**

**Sorunun başladığı zaman ve süresi:**

**2.MEVCUT TIBBİ VE SAĞLIK ÖYKÜ**

**Geçirdiği Hastalıklar:**

**Geçirdiği Ameliyatlar:**

**Geçirilmiş Kaza ve Yaralanmalar:**

**Kan transfüzyonu:**

**Akut ve kronik sağlık sorunu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tbc: | Hepatit B: |
| Kanser: | KKY: |
| Epilepsi: | Epilepsi: |
| Astım: | AIDS: |
| Hipertansiyon: | Tiroid: |
| Diabet: | Diğer |

**Sürekli Kullandığı İlaçlar:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı** | **Sıklık (doz)** | **Kullanım Nedeni** | **Kullanım Süresi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Alışkanlıkları ve Sıklığı (çay, sigara,, kahve, alkol, vb.):**

**Diğer:**

**3.AİLE ÖYKÜSÜ**

|  |  |
| --- | --- |
| Tbc: | Hepatit B: |
| Kanser: | KKY: |
| Epilepsi: | Epilepsi: |
| Astım: | AIDS: |
| Hipertansiyon: | Tiroid: |
| Diabet: | Diğer |

**4.EMOSYONEL SORUNLARA YÖNELİK ÖYKÜSÜ**

|  |  |
| --- | --- |
| Depresyon: | Duygu Durum Bozukluları: |
| Psikoz: | Diğer: |

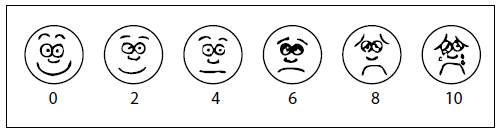
**5.DUYGUSAL YA DA FİZİKSEL ŞİDDET ÖYKÜSÜ**

**6.EBELİK ÖYKÜSÜ**

**7.GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA AKTİVİTESİ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ağrı/rahatsızlık:** | Evet ( ) | Hayır ( ) |
| **Yara iyileşmesi ile ilgili herhangi bir sorun var mı?** | Evet ( ) | Hayır ( ) |
| **Yara iyileşmesinde sorun varsa tanımlayınız:** |  |  |
| **Başlangıcı:** |  |  |
| **Lokalizasyonu:** |  |  |
| **Yayılışı:** |  |  |
| **Ağrı ile eşlik eden şikâyetler:** |  |  |
| **Ağrıyı artıran/azaltan durumlar:** |  |  |

**Ağrının şiddeti:**



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mental Durumu (Bilinci):** | Açık ( ) | Kapalı ( ) | Bulanık ( ) |

|  |
| --- |
| **Suistimal veya ihmal belirtileri:** |
| **Düşme veya kaza geçirme durumu:** |
| **Düşme veya kaza geçirme durumu:** |
| **Baston, yürüteç gibi yürümeye yardımcı araçlar:** |
| **Hasta çevreye/hastaneye oryante olma durumu:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8.FİZİK DEĞERLENDİRME**   * 1. **Vital bulguların değerlendirilmesi:**   2. **Baş değerlendirmesi:**   3. **Boyun değerlendirmesi:**   4. **Cilt değerlendirmesi:**   5. **Göğüs ve akciğerlerin değerlendirilmesi:**   6. **Kalbin değerlendirilmesi:**   7. **Memelerin değerlendirilmesi:**   8. **Abdomenin değerlendirilmesi:**   9. **Beslenmenin değerlendirilmesi:**   10. **Boşaltımın değerlendirilmesi:**   11. **Kişisel temizlik ve hijyenin değerlendirilmesi:**   12. **Kas ve iskelet sisteminin değerlendirilmesi:**   13. **Çalışma ve sosyal aktivitelerin değerlendirilmesi:**   14. **Cinselliğin değerlendirilmesi:**   15. **Uykunun değerlendirilmesi:**   16. **Zararlı alışkanlıklar (Sigara, alkol, kafein alışkanlığı (çay, kahve ve kola):**   17. **İletişimin değerlendirilmesi:** |  |  |  |

**9.MENSTRUAL/OBSTETRİK ÖYKÜ**

**Gebelik sayısı:**

**Doğum sayısı: NSD: C/S:**

**Yaşayan çocuk sayısı:**

**Çocukların yaşı:**

**Ölü doğum sayısı ve nedeni:**

**Abortus sayısı ve nedeni:**

**Küretaj sayısı ve nedeni:**

**Anomali doğum öyküsü:**

**Menarş yaşı:**

**Menstürasyon süresi:**

**Kullandığı ürün (ped, bez):**

**Cinsel aktivite:**

**Doğum kontrol yöntemi:**

**Normal olmayan vajinal akıntı, fazla miktarda kanama:**

**Menopoza girdi ise zamanı:**

**Geçirdiği jinekolojik sorunlar:**

**Menstürasyon sıklığı:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kendi kendine meme muayenesi yapıyor mu?** | Evet ( ) | Hayır ( ) |  |
| **Görüşmede soruları cevaplama durumu:** | Girişken ( ) | Çekingen ( ) | Utangaç ( ) |

**LABORATUVAR VE TANI TEST SONUÇLARI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TETKİK** | **NİÇİN YAPILDIĞI** | **SONUÇ** | **YORUM** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**HASTA İLAÇ BİLGİ FORMU**

**Tarih:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. İlaç &Dozu** |  | **Jenerik Adı:** |
| Etken Maddesi |  | |
| Sınıf/ Etki Mekanizması |  | |
| Hastadaki Endikasyon |  | |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. İlaç &Dozu** |  |
| Etken Maddesi |  |
| Sınıf/ Etki Mekanizması |  |
| Hastadaki Endikasyon |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. İlaç &Dozu** |  |
| Etken Maddesi |  |
| Sınıf/ Etki Mekanizması |  |
| Hastadaki Endikasyon |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler |  |
| **4. İlaç &Dozu** |  |
| Etken Maddesi |  |
| Sınıf/ Etki Mekanizması |  |
| Hastadaki Endikasyon |  |
| Ebenin İzlemesi Gerekenler |  |

**10. GENEL SORULAR**

Bu görüşmede benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı?

Sağlığınız, bakım, tedaviniz ve bu kurumla ilgili sormak istediğiniz bir soru var mı?

Yardım edilmesinden memnun olacağınız öncelikli sorununuz nedir?