

KSÜ SBF
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HE309 DOĞUM KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU

Öğrencinin Adı-soyadı:	
Öğrenci No:	
Tarih:	İzlemin yapıldığı kurum ve klinik:

A- TANITICI BİLGİLER

Kadının: Adı Soyadı: Yaşı: Öğrenim Düzeyi: Çalışma Durumu ve Mesleği: Evlilik Süresi: Kan Grubu ve Rh Faktörü: Aile Tipi: Sağlık Güvence Durumu: Adresi:	Tanısı: Hastaneye Yatış Tarihi: Belirlenen Ameliyat Tarihi: Operasyon/Girişim Tarihi:
Eşinin: Yaşı: Öğrenim Düzeyi: Mesleği: Kan Grubu ve Rh Faktörü: Önemli sağlık sorunları ve kronik hastalıkları:	

B- SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Hastaneye Başvuru Nedeni: Şu Andaki Yakınmaları: Hastalığın Başlangıcı, Öyküsü ve Bu Yakınmalar Ortaya Çıktığında Neler Yaptığı: Hastanın Sorunları ve Hastalığın Algılayışı: Sürekli kullandığı ilaç var mı? ()	Evet () Hayır ()
--	---

Aliřkanlıklar:

	Hayır	Bıraktım	Evet (miktar/gün)
Sigara			
Alkol			
Diğer Maddeler			

Aile sağlık öyküsü:

	Anne Baba Kardeş	Diğer Aile Üyeleri (Büyükanne/Büyükbaba/Hala/Te yze/Dayı vb.)
Kanser		
Kalp Has.		
Böbrek Has.		
Psikiyatrik Has.		
Diğer (belirtiniz)		

➤ Üreme Sağlığına İlişkin Özgeçmiş

Geçirdiėi Hastalıklar:	
Geçirdiėi Ameliyatlar:	Tüp ligasyon () TAH-BSO () Histerektomi () Ooferektomi () Laparoskopi () Diğer ()
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Öyküsü:	
Vajinal Enfeksiyon Öyküsü:	

➤ Dış Genitaller

Vulvada Kızarıklık ()	Varis ()
Ağrı ()	Hematom ()
Koku ()	Kıllanma ()
Piruritis (Kaşıntı) ()	Laserasyon ()
Ödem ()	Diğer ()

➤ Menstrüel Öykü

Menarş yaşı:
Menstrüasyon sıklığı:
Menstrüasyon süresi:
Kanamanın miktarı (24 saatte kullanılan ped sayısı):
Kanamanın rengi ve kokusu:
()Amonere ()Menoraji ()Metroraji ()Menometroraji
()Hipomonere ()Oligomenore ()Polimenore ()İntermenstrüel kanama
Premenstrüel Sendrom (P.M.S.):
Dismenore:

Premenstrual Semptomlar

Yok	Var	Ağrı: Gerginlik: Kramp: Memelerde duyarlılık: Bu problemlerle nasıl baş ediyorsunuz?	İrritabilite: Diğer: Ödem:
-----	-----	--	----------------------------------

Menstrüel Hijyen

Menstrüasyon sırasında cinsel ilişki:		
Menstrüasyon hijyeni:		
Kullanılan malzeme (Ped/Tampon/Bez)	Değiştirme sıklığı:	
Menstrüasyon sırasında banyo yapma durumu		
Vajinal duş yapma durumu:	Hayır	Evet (sıklık belirtiniz)
Vajinal akıntının özellikleri:	Rengi Kokusu Miktarı	
Günlük ped/ara bezi kullanma durumu:	Hayır	Evet (adet/gün)
Vulva hijyeni:		
Tuvaletten önce el yıkama:	Hayır	Evet
Tuvalette yıkanma (taharetlenme):		
İç çamaşırı cinsi:	Değiştirme sıklığı:	

Anormal Kanama Öyküsü

Amenore ()	Menoraji ()	Metroraji ()
Hipomenore ()	Oligomenore ()	Polimenore ()
Başlangıcı:		
Süresi:		
Eşlik eden faktörler:		
Uygulanan tedaviler:		

➤ **Menopoz Öyküsü**

Menopoz yaşı:

Menopozal şikayetleri:

Şikayetler ile baş etme durumu:

Menopozla ilgili danışmanlık gereksinimi

Yok ()

Var ()

Varsa açıklayınız

➤ **Cinsellik**

Aktif bir cinsel hayatınız var mı?

Evet ()

Hayır ()

Cinsel aktiviteye başlama yaşıınız nedir?

Cinsel ilişki sıklığınız nedir?

Cinsel ilişki sıklığından memnun musunuz?

Evet ()

Hayır ()

Hayır ise açıklayınız

Cinsel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu?

Evet ()

Hayır ()

Cinsellik ve cinsel aktivite

Evet ()

Hayır ()

hakkında herhangi bir sorunuz var mı?

İçinde bulunduğunuz

Evet ()

Hayır ()

Durumun (Hastalık/Ameliyat/Menopoz v.b)

Evet ise açıklayınız

cinsel yaşıantınızı nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH):

(Gonore, Sifiliz, AIDS, Herpes Simplex Tip II, Şankroid vb.)

CYBH'dan korunmak için alınan önlemler:

➤ **Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına İlişkin Koruyucu Sağlık Davranışları**

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM):	Evet ()	Hayır ()
Düzenli mamografi:	Evet ()	Hayır ()
Kendi kendine vulva muayenesi (KKVM):	Evet ()	Hayır ()
Pap Smear: (ne sıklıkta, en son ne zaman)	Evet ()	Hayır ()
	Evet ise sonuç:	
HPV aşısı:	Evet ()	Hayır ()

➤ **Obstetrik Öykü**

Gravida:
Para:
Ölü Doğum Sayısı:
Abortus:
Küretaj:

Doğum/doğumlarını;

Tarih	Nerede yaptı	Kim yaptırdı	Normal Doğum	Müdahaleli Doğum

Beslenme-Metabolizma

Boy:	Beden Kitle İndeksi:	
Kilo:		
Kilo değişikliği oldu mu?	Hayır ()	Evet ()
	Açıklayınız (ne kadar?,neden?, ne zaman?)	

➤ **İştah Durumu:**

Evde:	Hastanede:	
Günlük öğün sayısı:		
Diyet yapma durumu:	Evet () Açıklayınız	Hayır ()
Ek vitamin alma durumu:	Evet ()	Hayır ()
Bulantı/Kusma:		

➤ **Günlük Tüketilen Besin Grupları**

Besin grupları	Aldığı miktar/gün
Süt ve süt ürünleri	
Et, yumurta, kuru baklagiller	
Sebze ve meyve grubu	
Ekmek ve diğer tahıl ürünleri	
Paketli/hazır ürünler	
Su tüketimi	
Sıvı tüketimi (diğer)	
Kafein tüketimi (çay, kahve, kola vb.)	
Alkol tüketimi (haftalık)	

IV Yol: Periferel ☐ Santral Yol ☐ Port ☐ Diğer ☐

IV yolun Görünümü: **Takılma Zamanı:**

Yeri :

Drenler: Yer..... Renk:Miktar

NG ☐ Yer..... Renk:Miktar

<u>Aldığı</u>	Saat/ Tarih	<u>Çıkardığı</u>	Saat/ Tarih
Oral		İdrar	
Tüple Beslenme		NG/Dren	
IV		Kusma	
		Dışkı	
Diğer		Diğer	
24 Saat Toplam		24 Saat Toplam	

Boşaltım

➤ Dışkılama alışkanlığı

Dışkılama problemleri:		
Lavman/laktasif kullanma durumu:	Evet ()	Hayır ()
Barsak sesleri (Bir dakikada kaç sefer olduğunu belirtiniz):		
Batın:	Normal ()	
	Sert ()	
	Yumuşak ()	
	Kitle ()	

➤ İdrar boşaltımı alışkanlığı

Boşaltım alışkanlığında değişiklik oldu mu?	Evet ()	Hayır ()
	Açıklayınız	
İdrar rengi ve diğer özellikleri (koku, miktar):		
İdrar yolu enfeksiyonu:	Evet ()	Hayır ()
Böbrek sorunu öyküsü:	Evet ()	Hayır ()
Sıvı kısıtlaması ya da sıvı yüklemesi var mı?	Evet ()	Hayır ()
Gaita/ İdrar boşaltımı:	Yatakta gerçekleştiriyor ()	Kolostomi ()
	Tuvalete gidiyor ()	İleostomi ()
	Üriner kateter ()	İnkontinans ()
Mesane:	Sert ()	
	Yumuşak ()	

Aktivite-Egzersiz, Kendine Bakım

Genel görünüş:		
Düzenli egzersiz:	Uygulamıyor ()	Uyguluyor ()
		Tipi:
		Sıklığı:
		Süresi:
Postür:		
Koordinasyon:		
Kas tonüsü ve gücü:		

Öz-Bakım Yeterliliği

	0	1	2	3	4
Yeme/içme					
Banyo/yıkanma					
Giyinme/çeki düzen					
Tuvalete gitme					
Yatak içi mobilite					
Yürüme gezinme					
Merdiven Çıkma					

0=Bağımsız 1=Yardımcı araçla 2=Başkalarının yardımıyla 3=Başka kişi ve araçların yardımıyla 4=Tamamen bağımlı

Aktivite toleransı

Normal ()	Çabuk yoruluyor ()	Halsiz/güçsüz ()
Son günlerde değişiklik oldumu?	Evet ()	Hayır () Açıklayınız
Göğüs, bacak/eklem, sırt ağrısı	Yok ()	Var () Açıklayınız

Uyku-Dinlenme

Normal uyku süresi:	Uyuma/ uyanma zamanı:
Uyku arasında uyanma:	Yok () Var ()
Gündüz uykusu:	Yok () Var ()
	Zamanı ve süresi:
Uyku alışkanlığında değişme: (Gürültü, ışık, soğuk/sıcak, yatak değişikliği, stres, anksiyete, ilaçlar, ağrı, diğer.....):	
Uykunuz yeterli mi?	Hayır () Evet ()
Uykuya dalmak için yapılanlar:	
Erken uyanma problemi:	Yok () Var () Açıklayınız
Bireyde uykusuzluğun etkileri:	

Kendini Algılama- Benlik Kavramı

Şu anki sağlık probleminiz sizde ne tür duygular yaratıyor?

Fiziksel sağlığınızla ilgili en önemli endişeniz/korkunuz nedir?

Bilişsel-Algisal Fonksiyonlar

İşitme güçlüğü:	Var ()	Yok ()
İşitme cihazı kullanma durumu:	Var ()	Yok ()
Görme bozukluğu:	Var ()	Yok ()
Gözlük/lens kullanma durumu:	Var ()	Yok ()
Dokunma/hissetme kaybı:	Var ()	Yok ()
Koku alma yetisi:	Normal ()	Normal değil ()
Tat alma yetisi:	Normal ()	Normal değil ()
Halüsinasyon/İlüzyon:	Var ()	Yok ()
Konsantre olma/dikkatini toplama yeteneği:		
Son zamanlarda hatırlamada sorun yaşama:	Var ()	Yok ()
Bireyin kendi bedeni hakkındaki görüşlerindeki değişiklik:	Var () Açıklayınız	Yok ()

Roller – İlişkiler

Aile içi roller:	Ebeveyn ()	Bakım verici ()
	Çocuk ()	Ev kadını ()
	Eş ()	Diğer ()
Rollerini yerine getirebilme durumu:	Evet ()	Hayır ()
		Açıklayınız
Destekleyen /yardımcı olan yakınlar:	Var ()	Yok ()

Stres - Baş etme

Son bir yıl içinde yaşanan değişiklikler:	Yok ()	Var ()
Sorunlarla baş etmek/rahatlamak için yapılanlar:		
Yaşanan sıkıntılarda destek olan kişiler:		
Hastaneye ilişkin yaşana güçlükler (ekonomik, özbakım vb.):		

Değerler – İnançlar

Sağlığınıza korumak ya da hastalandığınızda iyileşmek için yaptığınız geleneksel uygulamalar var mıdır?

Sağlığınıza korumak ya da hastalandığınızda iyileşmek için yaptığınız dini uygulamalar nelerdir?

Sistem Tanılaması

GÖZLEM VE TANI	
SOLUNUM SİSTEMİ: ☐ Dispne ☐ Öksürük ☐ Balgam ☐ Hemoptizi ☐ Trakeostomi ☐ Ortopne ☐ Normal	DERİ: ☐ Rengi ☐ Isısı ☐ Kuru ☐ Nemli ☐ Bütünlüğü bozuk ☐ Ülser ☐ Siyanoz ☐ Sarılık ☐ Kaşıntı ☐ Kızarıklık ☐ Soğukluk ☐ Terleme ☐ Kötü turgor ☐ Alerji belirtisi ☐ Skar ☐ Enfeksiyon ☐ Ödem
KARDİYOVASKÜLER SİSTEM: Ritm: ☐ Regüler ☐ İrregüler ☐ Aritmi ☐ Periferel nabızlar ☐ Ödem ☐ Varis ☐ Hipotansiyon ☐ Hipertansiyon ☐ Periferel siyanoz ☐ Göğüs ağrısı ☐ Taşikardi ☐ Bradikardi	MENTALİTE-NÖROLOJİK SİSTEM: ☐ Bilinci açık ☐ Bilinci kapalı ☐ Kooperasyon ☐ Laterjik ☐ Disoryante ☐ Ajite ☐ Afazik ☐ Uyuşma ☐ Konuşma güçlüğü ☐ Konfüzyon
GENİTO-ÜRİNER SİSTEM: ☐ Poliüri ☐ Dizüri ☐ Noktüri ☐ Hematüri	GASTRO-İNTESTİNAL SİSTEM: ☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Diyare ☐ Konstipasyon

	değerler			2. Anormal bulguların hastanın durumuyla ilişkisi
Eritrosit (RBC)				
Hemoglobin(HGB)				
Hemotokrit(HTC)				
Trombosit				
Lökosit(WBC)				
Nötrofil				
Eozinofil				
Bazofil				
Lenfosit				
Monosit				
Na+				
K+				
Cl				
HCO3				
Ca				
P				
Mg				
Kan Glukoz Düzeyi 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				
İDRAR Dansite 1.001-1.035 Ph 4.5-7.5 Lökosit 1-2 Eritrosit 0-1 Kültür/Antibiyogram				
Diğer				
CA 125 Östrojen Progesteron				

Tanı Çalışmaları

Tarih	Testin Adı	Yapılma Nedeni	Sonuç ve Yorum

LABORATUAR VE TANI ÇALIŞMALARI’na ilişkin ekleyeceğiniz bilgileri boş alana yazabilirsiniz.

İLAÇ FORMU

1. İlaç & Doz		Jenerik Adı:	
Uygulama Yolu :			
Sınıf & Etki Mekanizması :			
Hasta Bu İlacı Neden Alıyor?			
Hemşirenin İzlemesi Gerekenler:			
2. İlaç & Doz		Jenerik Adı:	
Uygulama Yolu :			
Sınıf & Etki Mekanizması :			
Hasta Bu İlacı Neden Alıyor?			
Hemşirenin İzlemesi Gerekenler:			
3. İlaç & Doz		Jenerik Adı:	
Uygulama Yolu :			
Sınıf & Etki Mekanizması :			
Hasta Bu İlacı Neden Alıyor?			
Hemşirenin İzlemesi Gerekenler:			
4. İlaç & Doz		Jenerik Adı:	
Uygulama Yolu :			
Sınıf & Etki Mekanizması :			
Hasta Bu İlacı Neden Alıyor?			
Hemşirenin İzlemesi Gerekenler:			
5. İlaç & Doz		Jenerik Adı:	
Uygulama Yolu :			
Sınıf & Etki Mekanizması :			
Hasta Bu İlacı Neden Alıyor?			
Hemşirenin İzlemesi Gerekenler:			