KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

DOĞUM KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ

**GEBE İZLEM FORMU**

|  |
| --- |
| **Öğrencinin Adı-soyadı:**  |
| **Öğrenci No:** |
| **Tarih: İzlemin yapıldığı yer:**  |

**A- KADIN VE AİLESİNE YÖNELİK SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

|  |  |
| --- | --- |
| **KADININ:**Adı Soyadı:  Yaşı:  Kan Grubu:  Eğitimi:  Mesleği:  Evlilik Süresi:  Akraba Evliliği var mı? / Derecesi:  Aile Tipi: Çekirdek Aile( ) Geniş Aile ( )Sigara: ( )Hayır ( )Bıraktım ( )Evet:...............adet/gün.Gebelikte Kontrole Gitme Durumu (sıklık): Gebeliği İsteme Durumu : Sağlık Güvence Durumu: Var ( ) Yok ( ) Adresi:  Telefonu:   | **EŞİNİN:**Yaşı:  Eğitimi:  Mesleği: Kan Grubu: Önemli bir hastalığı var mı? ( ) Hayır ( )Evet........................ Sigara: ( )Hayır ( )Bıraktım ( )Evet:...............adet/gün.Alkol: ( )Hayır ( )Bıraktım ( )Evet(miktar?):...................Babanın soy geçmişinde önemli bir sağlık sorunu var mı? ( )Hayır ( )EvetEvet ise : ( )CA ( )HT ( )DM ( )Tbc ( )Kalp Hastalığı( )Konjenital Anomali ( )Böbrek Hastalığı ( )Diğer:...............   |
| **Şikayetleri (hastanede bulunma sebebi):****TIBBİ TANISI (Varsa):****Gebelik haftası:** |

**B- GEBENİN SAĞLIK ÖYKÜSÜ**

|  |
| --- |
| Geçmişte ya da halen devam eden sağlık sorunları var mı? ( ) Hayır ( ) Evet……….( )DM ( )HT ( )KVS ( )ASTIM ( )DİĞER………..Soy geçmişinizde (anne-baba-kardeşler) önemli bir sağlık sorunu olan var mı? ( ) Hayır ( ) Evet…: ( )CA ( )HT ( )DM ( )Tbc ( )Kalp Hastalığı( )Konjenital Anomali ( )Böbrek Hastalığı ( )Diğer:............... Kimde?.......... Herhangi bir nedenle hastaneye yatmış mı? ( ) Evet ( ) Hayır |

**C- MENSTRUAL HİKAYE**

|  |
| --- |
| İlk Menarş Yaşı:.................. Siklus Süresi (kaç günde bir):.................................Menstrüel kanama süresi: .......gün, ........ped/gün.( )Amonere ( )Menoraji ( )Metroraji ( )Menometroraji( )Hipomonere ( )Oligomenore ( )Polimenore ( )İntermenstrüel kanamaPremenstrüel Sendrom (P.M.S.) öyküsü?:Dismenore öyküsü?: |

**D-OBSTETRİK ANAMNEZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Gravida :Yaşayan :Para :Abortus : ( ) Hayır ( ) Evet (ise kaç kez?)………Ölü doğum: ( ) Hayır ( ) Evet (ise kaç kez?)………Her bir gebeliğin hikayesi (aşağıdaki tabloya yazılacak): | **Gebelik öncesi kullandığı koruyucu yöntem:** **( )**RİA ( )Kondom ( )Hap ( )İğne ( )Geri Çekme ( )Diğer…**AP kullanma süresi:** |
| **Gebelik Sırası** | **Yıl** | **Gebelik planlı mı?** | **Gebeliğin Süresi** | **Doğum Şekli**  | **Doğumun Özelliği (Canlı-Ölü)** | **Doğum Aralığı** | **Komplikasyon var mı? (Annede veya çocukta)** | **Yaşayan Çocukların****Yaşı****Cinsiyeti****Doğum Yeri****Doğum Kilosu** **Sağlık Durumu** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**E-ŞU ANKİ GEBELİĞE İLİŞKİN FİZİKSEL MUAYENE**

|  |
| --- |
| S.A.T (Son adet tarihi):T.D.T (Hesaplayınız-Tahmini Doğum Tarihi):Gebelik haftası: Trimesteri:Gebelik sırasındaki kanama : ( )Olmadı ( )Oldu:............ped/günAnne çocuk hareketlerini hissedebiliyor mu?: ( )Evet ( )Hayır |
| **Vital Bulgular:**Ateş:......................°C Solunum Sayısı:........................./dkNabız Sayısı:........../dk Kan Basıncı:.............................mmHg |
| Kilo: Boy: BKİ:Gebelikte Bağışıklama : Tetanoz Aşısı:  |
| **LABORATUVAR BULGULARI**Kan Değerleri: İdrar Değerleri USG/NST:Hb:........................... Protein:..................Htc:........................... Glukoz:.................Lökosit:..................... Aseton:........................Eritrosit:......................Trombosit:...................İndirect coombs testi:…. Hbsag antijeni:………Kanda şeker (OGTT):  |
| Gebelik sırasında kullanılan ilaçlar: ( )İlaç kullanmıyor |
| İlaç Adı | Doz | Sıklık |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **LEOPOLD MANEVRALARI:** |
| 1. Manevra: | 2.Manevra: ÇKS:  Normal ( )  Taşikardi ( )  Bradikardi ( ) | 3. Manevra: | 4.Manevra: |

**F- GENEL FİZİKSEL MUAYENE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BAŞ:** | **YÜZ:** | **KULAK/BURUN:** |
| Baş ağrısı: Baş Dönmesi: Saçlarda Dökülme: Saçta Kepeklenme:Diğer:…………………. | Solukluk:Gebelik maskesi:Yüzde ödem:Diğer:………………. | Kulaklarda uğultu/çınlama:Kulaklarda akıntı:Burunda Tıkanıklık:Burunda Akıntı:Burun kanaması:Diğer:…………………. |
| **BOĞAZ:** | **GÖZLER:** | **AĞIZ VE DUDAKLAR:** |
| Hipertoidi:Tonsillerde şişlik:Adenoid şişme:Diğer:…………………. | Konjektivita solukluk:Yaşarma, iltihap,akıntı:Göz kapaklarında ödem:Diğer:…………………. | Dudak mukozasında solukluk:Aft:Dil papillalarında solukluk:Pityalizm:Diğer:…………………. |
| **DİŞLER:** | **SOLUNUM SİSTEMİ:** | **MEME:** |
| Diş hijyen alışkanlığı:Diş eti apsesi:Dişlerde çürük:Eksik diş:Diğer:…………………. | Solunum sıkıntısı:Akciğer seslerinde patoloji:Öksürük:Göğüs ağrısı:Diğer:…………………. | Memelerde duyarlılık:Memelerde şekil bozukluğu:12. haftadan sonra kolostrum:Meme uçlarının büyüklüğü:( ) Normal .. ( ) Düz ( )İçe çökükDiğer:…………………. |
| **KARIN:** | **EKSTREMİTELER:** | **GENİTOÜRİNER SİSTEM:** |
| Karında ödem:İnsizyon skarı:Gebelik izleri (linea nigra):Kaşıntı:Strialar:Diğer:…………………. | Ödem:Bacaklarda varis:Kalça çıkıklığı:Ağrı:Tromboflebit:Lordoz:Tırnaklarda solukluk:Kas krampları:Sırt ağrısı:Diğer:…………………. | Labialarda büyüme:Vajinal akıntı: Kaşıntı:Varis:Pollaküri:Noktüri:Dizüri:Diğer:…………………. |
| **GİS** | **DİĞER YAKINMALAR:** | **GEBENİN ÖZ BAKIM DAVRANIŞLARI:** |
| Mide yanması:Bulantı/Kusma:Konstipasyon:Diare:Pika/Aşerme:İştahsızlık:Hemoroid:Diğer:…………………. | Çabuk yorulma/halsizlik:Sık hastalanma:Üşüme:Diğer:…………………. | Uygun beslenme alışkanlıkları:Çiğ et yeme alışkanlığı:Uyku, dinlenme:Egzersiz:Gebelikte seyahat (Uzun yolculukları nasıl yapıyor?):Genel vücut hijyenine dikkat etme:Cinsel ilişki:X-Ray, ilaç kullanımı:Diğer:…………………. |
| **DOĞ. SONU DÜŞÜNDÜĞÜ AP YÖNTEMİ** |
| RİA ( ) Kondom ( ) Hap ( ) İğne ( ) Geri Çekme ( ) Diğer ( )………….. |

Doğum sonrası dönemde anne ve bebeğe yönelik bildiğiniz ve uyguladığınız (uygulamayı düşündüğünüz) geleneksel yöntemler var mı? Belirtiniz.

BilinenUygulanan/Uygulama düşünülen

**HER BİR TRİMESTERE GÖRE PSİKOSOSYAL UYUM DURUMLARI** (Beslenmeye dikkat etme/takipsiz ilaç kullanmama/ağır iş yapmama/fetal hareketi takip etme/düzenli kontrollere gitme/heyecan duyma/ bebek hazırlığı yapma/ebeveynliğe hazırlık/doğum öncesi bakım ve eğitim alma vb.):

**1.Trimester:**

**2.Trimester:**

**3.Trimester:**

**BAKIM PLANI FORMU**

Hastanın Adı Soyadı .................................. Öğrencinin Adı-Soyadı .........................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarih |  TANILAMA | PLANLAMA | UYGULAMA | DEĞERLENDİRME |
|  | Hemşirelik Tanısı | Amaç |  Planlanan Müdahaleler /Girişimler |
|  |  |  |  |  |  |