

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

3- TIBBİ ÖYKÜSÜ

Hastalık/durum	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz): <table><thead><tr><th></th><th><u>Kendisi</u></th><th><u>Ailesi</u></th></tr></thead><tbody><tr><td>Kalp ve damar</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td>Hipertansiyon</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td>Diyabet</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td>Solunum (astım/KOAH)</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td>Kanser</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td>Tiroid</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td>Psikiyatrik/nörolojik</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td>Bulaşıcı (cinsel vb.)</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td>Kalıtsal/doğuştan</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td>Diğer (açıklayınız): _____</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		<u>Kendisi</u>	<u>Ailesi</u>	Kalp ve damar	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____	Hipertansiyon	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____	Diyabet	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____	Solunum (astım/KOAH)	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____	Kanser	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____	Tiroid	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____	Psikiyatrik/nörolojik	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____	Bulaşıcı (cinsel vb.)	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____	Kalıtsal/doğuştan	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____	Diğer (açıklayınız): _____		
	<u>Kendisi</u>	<u>Ailesi</u>																																
Kalp ve damar	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____																																
Hipertansiyon	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____																																
Diyabet	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____																																
Solunum (astım/KOAH)	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____																																
Kanser	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____																																
Tiroid	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____																																
Psikiyatrik/nörolojik	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____																																
Bulaşıcı (cinsel vb.)	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____																																
Kalıtsal/doğuştan	☐ H ☐ E	☐ H ☐ E _____																																
Diğer (açıklayınız): _____																																		
Sürekli ilaç kullanımı	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz): ☐ Antihipertansif ☐ Antidiyabetik ☐ Antidepresan ☐ Hormon tedavisi ☐ Diğer (açıklayınız): _____																																	
Geçirdiği operasyon(lar)	☐ Yok ☐ Var (açıklayınız): _____																																	
Alışkanlıklar	☐ Yok ☐ Sigara: _____ adet/gün ☐ Alkol: _____ sıklık ☐ Diğer: _____																																	
Kan transfüzyonu	☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız): _____																																	

4- PSİKOSOSYAL VE BİREYSEL UYUM DURUMU

1) SAĞLIK ALGISI VE YÖNETİMİ

Yaşadığı bu durum/hastalık kendisi için ne ifade ediyor? Kendisini hasta hissettiğinde ilk olarak ne yapıyor? Sağlığı ile ilgili kararları nasıl alıyor? Sağlığını etkilediğini düşündüğü başlıca faktör (yaşam tarzı, genetik yatkınlık vb.) nedir?

2) KENDİNİ ALGILAMA VE BENLİK KAVRAMI

Kendisini nasıl biri olarak tanımlıyor (beden imajı, beden algısı, özsaygı düzeyi ve kimlik anlayışı vb.)? Bu durum/hastalık kendisine bakışını nasıl etkiledi? Beden imajında değişiklik var mı?



LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR VERİ
TOPLAMA FORMU

Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
Revizyon Tarihi	24.11.2025
Revizyon No	1

3) ROL VE İLİŞKİLER

Aile içinde ve sosyal çevrede üstlendiği roller (anne, çocuk, bakım veren vb.) neler? Bu durum/hastalık rollerini nasıl etkiledi? Sosyal destek durumu nedir?

4) STRESLE BAŞ ETME

Bu durum/hastalık kendisi için stresli bir durum mu? Eğer evetse, en çok zorlayan ya da strese sokan faktörler neler? Son zamanlarda yaşadığı önemli bir stresör var mı? Stresle baş etme yöntemleri (aile, arkadaşlar, sosyal çevre, ibadet/dua, profesyonel yardım vb.) neler?

5) DEĞERLER VE İNANÇLAR

(Bu hastalık/durum, değerlerini ve inançlarını nasıl etkiledi? Sağlıkla ilgili karar alırken neleri göz önünde bulunduruyor ve bunu etkileyen değerler (aile, inanç, toplum vb.) neler? Geleneksel veya kültürel uygulamaları var mı?)

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

5- TEDAVİLER

İLACIN ADI, FORMU (UYGULAMA YOLU)	ETKEN MADDESİ	DOZU	TEDAVİ PLANI	VERİLME NEDENİ

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

İLACIN ADI, FORMU (UYGULAMA YOLU)	ETKEN MADDESİ	DOZU	TEDAVİ PLANI	VERİLME NEDENİ

İLAC KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:	İLAC KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:
İLAC KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:	İLAC KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:
İLAC KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:	İLAC KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:

*Sıvı infüzyon dışındaki ilaçları kısaca açıklayınız.

6- YAŞAMSAL BULGULAR

Tarih/Saat	sPO ₂ (%)	Solunum/dk	Ateş (°C)	Kan Basıncı (mmHg)	Nabız/dk

*Anormal bulguların neler olduğunu yanına açıkça belirtiniz (↓ veya ↑).

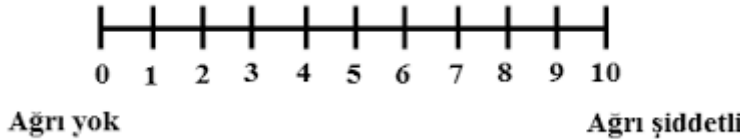
AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ağrı: ☐ Yok ☐ Var (açıklayınız)		Başlangıç zamanı:	
Yeri:		Tipi	☐ Akut ☐ Kronik
Nedeni:		Sıklığı	☐ Sürekli ☐ Aralıklı
Şiddeti (kullanılan ağrı skalasına göre):			
Ağrının özelliği (en iyi tanımlayan terimi seçiniz)			
Niteliği	() Keskin () Batıcı () Yanıcı () Saplanıcı () Künt () Kolik () Diğer: _____		
Başlatan ve arttıran etmenler	() Stres () Pozisyon () Gürültü () Tanı ve tedavi girişimleri () Diğer: _____		

NUMERİK SKALA

(7 yaş ve üzeri çocuklarda, erişkin ve bilinci açık hastalarda kullanılır.)

Visüel Analog Skala (VAS)



YÜZ SKALASI

(İletişim kurulamayan, konuşamayan hastalarda kullanılır.)





LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR VERİ
TOPLAMA FORMU

Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
Revizyon Tarihi	24.11.2025
Revizyon No	1

7- LABORATUVAR BULGULARI

BİYOKİMYA

Tarih:

Parametre	Referans Aralığı	Değer (Birim)	Parametre	Referans Aralığı	Değer (Birim)
Üre (BUN)			Sodyum (Na)		
Kreatinin			Potasyum (K)		
eGFR			Klor (Cl)		
AST (SGOT)			Kalsiyum (Ca)		
ALT (SGPT)			Magnezyum (Mg)		
ALP			Fosfor (P)		
GGT			Glikoz (Açlık)		
Total Bilirubin			HbA1c (varsa)		
Direkt Bilirubin			Total Kolesterol		
Albumin			LDL Kolesterol		
Total protein			HDL Kolesterol		
CRP			Trigliserid		
TSH			Ferritin		
LDH			Beta hCG		
Ürik asit					

*Anormal bulguların neler olduğunu yanına açıkça belirtiniz (↓ veya ↑).

HEMOGRAM (TAM KAN)

Tarih:

Parametre	Referans Aralığı	Değer (Birim)	Parametre	Normal Değer	Değer (Birim)
Hemoglobin (Hb)			Renk		
Hematokrit (Hct)			Görünüm		
Eritrosit (RBC)			Dansite		
Lökosit (WBC)			pH		
Trombosit (PLT)			Protein		
Nötrofil (%)			Glikoz		
Lenfosit (%)			Keton		
Monosit (%)			Lökosit		
Eozinofil (%)			Eritrosit		
Bazofil (%)			Epitel hücresi		

*Anormal bulguların neler olduğunu açıkça belirtiniz (↓ veya ↑).

8- DİĞER TETKİKLER (Ultrasonografi, tomografi, MR, biyopsi vb.)

9- ALDIĞI-ÇIKARDIĞI TAKİBİ

PARENTERAL SIVI İZLEM TAKİBİ

IV İNFÜZYON			Tarih:		Notlar
Sıvı Adı:	Giden Sıvı	Şişe Seviyesi	Giden Sıvı	Şişe Seviyesi	
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					

ALDIĞI-ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ

SAAT	ALDIĞI		ÇIKARDIĞI	
	ORAL/ NG	IV İNFÜZYON	İDRAR	DİĞER*
08:00				
09:00				
10:00				
11:00				
12:00				
13:00				
14:00				
15:00				
16:00				
TOPLAM				
GENEL TOPLAM				
			BALANS:	

*DEFEKASYON, NG, DREN, KUSMA

10- GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE (GYA) GÖRE DEĞERLENDİRME

1) GÜVENLİ ÇEVRENİN SAĞLANMASI	
Genel görünüm ve davranış durumu	☐ Normal ☐ Diğer: _____
Fiziksel/zihinsel engel	☐ Yok ☐ Var: _____
Yürümede denge durumu	☐ Var ☐ Yok
Yardımcı araç kullanımı	☐ Yok ☐ Baston ☐ Yürüteç ☐ Tekerlekli sandalye ☐ Diğer: _____



LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR VERİ
TOPLAMA FORMU

Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
Revizyon Tarihi	24.11.2025
Revizyon No	1

Duyusal işlevler (görme, işitme vb.)	☐ Normal ☐ Bozulma (hangisi belirtiniz): _____
---	--

GLASKOW KOMA SKALASI

GÖZ AÇMA (E)		MOTOR YANIT (M)		VERBAL YANIT (V)	
Spontan	4	Komutlara uyuyor	6	Oryante	5
Sözel uyarılarla	3	Ağrılı uyarıyı lokalize ediyor	5	Konfüzyonel	4
Ağrılı uyarılarla	2	Uyarıdan kaçınma (Normal fleksiyon)	4	Uygunsuz kelimeler	3
Yanıt yok	1	Global fleksör yanıt (Anormal fleksiyon)	3	Anlamsız sesler	2
		Global ekstansör yanıt	2	Yanıt yok	1
		Yanıt yok	1		

Toplam Puan Değerlendirme

☐ 3-8 Puan	Anlamlı nörolojik hasar (Derin koma ya da ölüm)
☐ 9-12 Puan	Orta dereceli nörolojik hasar
☐ 13-14 Puan	Hafif nörolojik hasar

Bilinç durumu	☐ Tam bilinçli (uyanık, çevreyle iletişimde) ☐ Somnolans (uykulu, uyarılarla kolay uyanıyor) ☐ Stupor (şiddetli uyarılarla zor uyanıyor) ☐ Koma (uyandırılmıyor)
Oryantasyon (kişi-yer-zaman-durum)	☐ Var ☐ Yok (açıklayınız): _____
Bellek, dikkat, algı durumu	☐ Normal ☐ Hafif düzeyde bozulma ☐ Belirgin bilişsel yavaşlama / algı bozukluğu ☐ Yeni bilgileri öğrenmede zorlanıyor ☐ Uyarıları doğru değerlendirmekte zorlanıyor ☐ Diğer: _____
Etkileyen / neden olabilecek faktörler (varsa)	☐ İleri yaş ☐ İlaç - alkol kullanımı ☐ Travma öyküsü ☐ Enfeksiyon / ağrı ☐ Görme / işitme sorunu ☐ Uygunsuz ayakkabı / giyim ☐ Nörolojik / psikiyatrik durum ☐ Ortam riski ☐ Kas güçsüzlüğü - dengesizlik ☐ Diğer: _____
Düşme öyküsü	☐ Yok ☐ Var (sayısı): _____
Basınç yarası	☐ Yok ☐ Var (yeri/durumu): _____



İTAKİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

(Yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.)

Değerlendirme Gerekçesi:

☐ İlk Değerlendirme ☐ Post-Op Dönem ☐ Hasta Düşmesi ☐ Bölüm Değişikliği ☐ Durum Değişikliği

PARAMETRELER	RİSK FAKTÖRLERİ	PUAN
YAŞ	60-69	1
	70-79	2
	80 ve üstü	3
BİLİNÇ DURUMU	Bilinci kapalı.	1
	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.).	2
DÜŞME HİKAYESİ HASTALIKLAR / KOMORBİDİTELER*	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.	3
	Hastalıklardan en fazla 2'si bulunmaktadır.	1
	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır.	2
HAREKET KABİLİYETİ	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	5
	Ayakta/yürürken denge bozukluğu var.	10
	Baş dönmesi var.	2
BOŞALTIM İHTİYACI	Üriner/fekal inkontinans bozukluğu var.	1
GÖRME DURUMU	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.).	2
	İleri derecede görme engeli var.	10
İLAÇ KULLANIMI**	4'ten fazla ilaç kullanımı var.	2
	Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.	2
	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.	3
EKİPMAN KULLANIMI***	Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var.	1
	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.	2
TOPLAM PUAN		
☐ DÜŞÜK RİSK	0-9 puan arasında (Haftada 1 değerlendirilir)	
☐ YÜKSEK RİSK	10 puan üzerinde (Her gün değerlendirilir, "Düşme Riski Yüksek Hasta Figürü" kullanılır)	

BİLGİLENDİRME TABLOSU

* Hastalıklar	☐ Hipotansiyon ☐ Vertigo ☐ Serebrovasküler hastalık ☐ Parkinson hastalığı ☐ Uzun kaybı ☐ Nöbet ☐ Artrit ☐ Osteoporoz ☐ Kırıklar
** İlaçlar	☐ Psikotropikler ☐ Antikoagülanlar ☐ Nöroleptikler ☐ Diüretikler/ Laksatifler ☐ Antidiyabetikler ☐ Narkotikler ☐ Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) ☐ Narkotik Analjezik ☐ Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar ☐ Benzodiazepinler
*** Ekipmanlar	Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman (örn. IV infüzyon, foley katater, göğüs tüpü vb.)



LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR VERİ
TOPLAMA FORMU

Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
Revizyon Tarihi	24.11.2025
Revizyon No	1

BRADEN BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

	1	2	3	4	PUAN
Duygusal Algılama	Tamamen sınırlı	Çok sınırlı	Biraz sınırlı	Bozulma yok	
Nem/İslaklık	Sürekli ıslak	Sıklıkla ıslak	Ara sıra ıslak	Nadiren ıslak	
Aktivite	Yatağa bağımlı	Sandalyeye oturabilir	Ara sıra yürür	Yürür	
Hareket	Tamamen hareketsiz	Çok sınırlı	Biraz sınırlı	Sınır yok (Hareketli)	
Beslenme	Çok yetersiz	Kısmen yeterli	Yeterli	Çok iyi	
Sürtünme ve Yırtılma	Problem var	Problem olabilir	Problem yok		
TOPLAM PUAN					
☐ RİSK YOK (19-23) ☐ DÜŞÜK RİSK (15-18) ☐ ORTA RİSK (13-14) ☐ YÜKSEK RİSK (≥ 12)					

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

2) İLETİŞİM

İletişim kurma	☐ Kurabiliyor ☐ Kuramıyor: _____
Konuşma gücü	☐ Yok ☐ Var: _____
Anlama ve kavrama durumu	☐ Normal ☐ Anlamada güçlük: _____
Hastalığı/tedaviyi kabullenme	☐ Kabulleniyor ☐ Kabullenmiyor (açıklayınız): _____
İletişim (aile bireyleri, oda arkadaşları, sağlık ekibi vb.)	☐ Olumlu ☐ Olumsuz (açıklayınız): _____
İletişimi engelleyen durumlar (varsa)	

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

3) SOLUNUM

Solunum sayısı: ____/dk	☐ Normal ☐ Taşipne ☐ Bradipne
Solunum şekli	☐ Düzenli ☐ Düzensiz ☐ Yüzeysel ☐ Derin ☐ Bradipne ☐ Taşipne ☐ Apne ☐ Biot ☐ Kussmaul ☐ Cheyne-Stokes ☐ Diğer: ____
Solunum gücü	☐ Yok ☐ Dispne ☐ Ortopne ☐ Diğer: ____ ☐ Yardımcı solunum kaslarının kullanımı
Solunum destek durumu	☐ Yok ☐ Oksijen tedavisi (____ lt/dk maske/nazal) ☐ Nebülizatör tedavisi ☐ Mekanik ventilasyon ☐ Diğer: _____



LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR VERİ
TOPLAMA FORMU

Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
Revizyon Tarihi	24.11.2025
Revizyon No	1

Solunumu etkileyen durumlar (varsa)	☐ Tütün ürünlerine maruziyet (aktif/pasif) ☐ Çevresel faktörlere maruziyet (toz, kimyasal vb.) ☐ Akciğer hastalığı öyküsü (KOAH, astım vb.) ☐ Üst solunum yolu enfeksiyonu ☐ Travma (toraks, hava yolu vb.) ☐ Kanama veya anemi durumu ☐ Psikososyal faktörler (kaygı, stres vb.) ☐ Diğer: _____
-------------------------------------	---

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

4) BESLENME VE METABOLİK DURUM

Öğün sayısı	____ kez/gün
Beslenme düzeni	☐ Düzenli ☐ Düzensiz
Öğün içeriği	☐ Dengeli ☐ Dengesiz ☐ Tek yönlü: ☐ Karbonhidrat ☐ Protein ☐ Yağ
Beslenme biçimi	☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral
Sıvı alımı (ortalama/gün)	☐ Yeterli (1500-2500 ml) ☐ Az ☐ Fazla
İştah durumu	☐ Normal ☐ Artmış (polifaji) ☐ Azalmış ☐ Değişken
Diyeti	☐ Normal (R3) ☐ Yumuşak (R2) ☐ Sulu (R1) ☐ Özel diyet (varsa): _____
Vücut ölçüleri	Kilo: ____ kg Boy: ____ cm BKİ: ____ kg/m ² ☐ Zayıf ☐ Normal ☐ Fazla kilolu ☐ Obez (I/II) ☐ Morbid obez
Beslenmeyi etkileyen durumlar (varsa)	☐ Bulantı / kusma ☐ Tat / koku alma değişiklikleri ☐ Yutma güçlüğü ☐ Ağız - diş problemleri ☐ Malabsorpsiyon ☐ Gebelik - laktasyon ☐ Diyet kısıtlaması (örn. diyabet): _____ ☐ Psikiyatrik bozukluk (örn. depresyon): _____ ☐ Nöropsikolojik hastalık (örn. demans): _____ ☐ Diğer: _____
Besin takviyesi kullanımı	☐ Yok ☐ Var (işaretleyiniz): ☐ Demir ☐ Folik asit ☐ Multivitamin ☐ Kalsiyum ☐ Omega-3 ☐ Diğer: _____
Cilt ve tırnak gözlemleri	☐ Cilt normal ☐ Tırnak normal ☐ Saç dökülmesi ☐ Turgor azalmış ☐ Kaşık tırnak ☐ Saç mat/kuru ☐ Soluk ☐ Kırılgan ☐ Kuruluk

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

5) BOŞALTIM

Üriner boşaltım

Miksiyon sıklığı	____ kez/gün <i>Hastaneye yatmadan önce:</i>
	☐ Normal ☐ Poliüri ☐ Oligüri ☐ Yok (anüri)
İdrar sırasında:	☐ Zorluk yok ☐ Zorlanma: ☐ Ağrı ☐ Yanma (dizüri) ☐ Diğer: ____
İdrar kaçırma (inkontinans)	☐ Yok ☐ Var (tipi): ☐ Stres ☐ Urge ☐ Karma ☐ Sürekli ☐ Noktüri ☐ Diğer: _____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Gece idrara çıkma	☐ Yok ☐ Var: ___ kez/gece
Üriner kateterizasyon	☐ Yok ☐ Var (kalıcı/aralıklı): _____
Ürostomi	☐ Yok ☐ Var

Barsak boşaltımı	
Defekasyon sıklığı	___ kez/gün <i>Hastaneye yatmadan önce:</i>
	☐ Normal ☐ Konstipasyon ☐ Diyare
Boşaltım sırasında:	☐ Zorluk yok ☐ Zorlanma
Stoma	☐ Yok ☐ Var (tipi, bölgesi): _____
Boşaltımı etkileyen durumlar (varsa)	☐ Yetersiz sıvı alımı ☐ Liftten fakir beslenme ☐ Fiziksel aktivite azlığı / immobilité ☐ Gebelik / postpartum dönem ☐ İlaç kullanımı (örn. laksatif, diüretik) ☐ Nörolojik hastalıklar (örn. Parkinson) ☐ Mesane veya barsak cerrahisi öyküsü ☐ Fekal inkontinans ☐ Hemoroid / anal fissür ☐ Diğer: _____

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

6) KİŞİSEL BAKIM	
Kişisel bakım durumu	☐ Bağımsız ☐ Yarı bağımlı ☐ Tam bağımlı
Genel hijyen durumu	☐ İyi ☐ Orta ☐ Yetersiz
Saç bakımı	☐ Normal ☐ Diğer: ___
El-yüz temizliği	☐ Normal ☐ Diğer: ___
Tırnak temizliği	☐ Normal ☐ Diğer: ___
Ağız - diş bakımı	☐ Normal ☐ Diğer: ___
Perine hijyeni	☐ Normal ☐ Diğer: ___
Vücut banyosu	☐ Normal ☐ Diğer: ___

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

7) VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ	
Vücut sıcaklığı: ___°C	☐ Normal ☐ Hiperpreksi ☐ Hipertermi ☐ Hipotermi
Çevre ısısına uygun giyim	☐ Evet ☐ Hayır
Derinin durumu	☐ Sıcak ☐ Soğuk ☐ Nemli ☐ Kuru ☐ Terli
Titreme / üşüme	☐ Yok ☐ Var: ___
Vücut sıcaklığını etkileyen durumlar (varsa)	

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

8) HAREKET	
Mobilizasyon	☐ Mobil ☐ İmmobil ☐ Yardımla mobil
Hareket kısıtlılığının neden olan durum	☐ Ortopedik problem ☐ Kas güçsüzlüğü ☐ Nörolojik hastalık ☐ Post-operatif dönem ☐ Ağrı ☐ Diğer: _____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Egzersiz alışkanlığı	☐ Yapmıyor ☐ Ara sıra (<3 gün/hf) ☐ Düzenli (≥3 gün/hf)
Egzersiz türü	☐ Yürüyüş ☐ Hafif egzersiz ☐ Diğer: _____
Aktivite düzeyi	☐ Yüksek (aktif yaşam tarzı) ☐ Orta (günlük aktiviteleri sürdürebiliyor) ☐ Düşük (aktivite kısıtlı, sedanter yaşam) ☐ Çok düşük (çoğunlukla yatakta)
Hareket ve aktiviteyi etkileyen durumlar (varsa)	☐ Yorgunluk ☐ Ağrı ☐ Hareket zorunluluğu/kısıtlılığı ☐ Kas/iskelet sistemi hastalığı ☐ Kardiyopulmoner problem ☐ Diğer: _____

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

9) ÇALIŞMA VE EĞLENCE

Çalışma durumu	☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor (mesleği): _____
Gelir durumu	☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere denk ☐ Gelir giderden fazla
Boş zamanlarını değerlendirme biçimi	
Çalışma ve eğlence durumunu etkileyen durumlar (varsa)	

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

10) CİNSELLİK

Cinselliğini nasıl ifade ediyor?	
Cinselliğini ifade etme biçimi	☐ Açıkça ifade ediyor ☐ İfade etmekte zorlanıyor ☐ İfade etmiyor
Cinselliği etkileyen durumlar (varsa)	☐ Hastalık / tanı ☐ Cerrahi girişim ☐ İlaç kullanımı ☐ Ağrı / fiziksel kısıtlılık ☐ Psikolojik durum (anksiyete, depresyon vb.) ☐ Sosyal / kültürel etkenler ☐ Diğer: _____
Gereksinim / destek durumu	☐ Bilgi / danışmanlık ihtiyacı var ☐ İfade gereksinimi yok / kapalı ☐ Yönlendirme gerekli (psikososyal destek, danışmanlık vb.)

Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.

11) UYKU VE DİNLENME

Uyku süresi (ortalama)	_____ saat/gece <i>Hastaneye yatmadan önce:</i>
Uyku saatleri	☐ Gece ☐ Gündüz kısa süreli (şekerleme) ☐ Gündüz düzenli
Uyku problemi	☐ Yok ☐ Var: _____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0002
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Uykuya dalma/uyanma sorunları	☐ Yok ☐ Uykuya dalmada güçlük ☐ Uyanmada güçlük ☐ Sık uyanma ☐ Uykuyu devam ettirmede güçlük ☐ Diğer: _____
Uyku destekleyici alışkanlıklar	☐ Yok ☐ TV seyretme ☐ Kitap okuma ☐ Sıcak içecek tüketme ☐ İlaç ☐ Diğer: _____
Uyku kalitesini tanımlama	☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü
Uyku kalitesini etkileyen durumlar	☐ Stres / kaygı ☐ Ağrı ☐ İdrar/defekasyon ihtiyacı ☐ Pozisyon zorluğu ☐ Gürültü / çevresel faktörler ☐ İlaç kullanımı ☐ Diğer: _____
Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.	
12) ÖLÜM (Sadece ilgili durum gözlemlendiğinde veya birey/yakını tarafından ifade edildiğinde doldurulacaktır.)	
Yaşam ve ölüm ile ilgili inançlar	☐ Dini / spiritüel inanışlara sahip ☐ Kaygı / korku ifade ediyor ☐ İfade etmiyor ☐ Diğer: _____
Yas evreleri	☐ Şok ☐ Kızgınlık ☐ Pazarlık ☐ Depresyon ☐ Kabullenme
Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.	

REVİZYON BİLGİLERİ

Revizyon No	Revizyon Tarihi	Revizyon Açıklaması
0	-	İlk yayın.
1	24.11.2025	Revize edilmiştir.