

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0003
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Öğrencinin Adı-Soyadı:	Görüşme Tarihi:
Öğrencinin Numarası:	Hastane Adı:

1- TANITICI BİLGİLER

Adı-Soyadı (İlk harfleri):	Yatış tarihi:
Yaşı:	Yattığı klinik/bölüm:
Cinsiyeti: ☐ K ☐ E	Kliniğe geliş şekli:
Medeni durumu:	☐ Yürüyerek ☐ Sedye ☐ Tekerlekli sandalye
Çocuk sayısı:	☐ Diğer: _____
Eğitim durumu:	Bilginin kaynağı: ☐ Kendisi ☐ Diğer: _____
Mesleği:	Tıbbi tanı:
Çalışma durumu: ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor	
Sosyal güvencesi: ☐ Yok ☐ Var	
Yaşadığı yer:	Planlanan/yapılan işlem:
Birlikte yaşadığı kişi(ler):	
Alerjisi: ☐ Yok ☐ Var: _____	Pre-operatif : __ gün
Kan grubu:	Post-operatif : __ gün

2- SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Başvuru nedeni/şikâyeti (başladığı zaman ve ne kadar sürdüğü):
Hastalığın tanımı, belirti ve bulguları, tedavisi (kısa özet):

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0003
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

3- TIBBİ ÖYKÜSÜ

Kronik hastalıklar	☐ Yok ☐ Var (işaretleyiniz, yoksa boş bırakınız): <u>Kendisi</u> <u>Ailesi</u> Hipertansiyon ☐ H ☐ E ☐ H ☐ E _____ Diyabet ☐ H ☐ E ☐ H ☐ E _____ Kalp ve damar hastalıkları ☐ H ☐ E ☐ H ☐ E _____ KOAH/astım ☐ H ☐ E ☐ H ☐ E _____ Tiroid hastalığı ☐ H ☐ E ☐ H ☐ E _____ Psikiyatrik hastalık ☐ H ☐ E ☐ H ☐ E _____ Diğer (açıklayınız): _____
Sürekli ilaç kullanımı	☐ Yok ☐ Var (işaretleyiniz): ☐ Antihipertansif ☐ Antidiyabetik ☐ Antidepresan ☐ Hormon tedavisi ☐ Diğer (açıklayınız): _____
Geçirdiği operasyon(lar)	☐ Yok ☐ Var (açıklayınız): _____
Alışkanlıklar	☐ Yok ☐ Sigara: _____ paket/gün ☐ Alkol: _____ miktar/gün/hafta ☐ Diğer: _____
Kan transfüzyonu	☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız): _____

Jinekolojik Öykü	
Menarş yaşı:	_____
Siklus süresi:	_____
Menstruasyon düzeni:	☐ Düzenli ☐ Düzensiz _____
Günlük ped değiştirme sayısı:	_____
Dismenore varlığı:	☐ H ☐ E _____
Disparoni varlığı:	☐ H ☐ E _____
Postkoital kanama:	☐ H ☐ E _____
Premenstrual semptom varlığı:	☐ H ☐ E _____
Vulvada kaşıntı:	☐ H ☐ E _____
Anormal vajinal akıntı:	☐ H ☐ E _____
Kendi Kendine Meme Muayenesi	☐ Yapıyor ☐ Yapmıyor
Kendi kendine Vulva Muayenesi	☐ Yapıyor ☐ Yapmıyor
Anormal Kanama Öyküsü	
☐ Amenore ☐ Menoraji ☐ Metroraji ☐ Oligomenore ☐ Polimenore	
Başlangıcı:	_____ gün/hafta/ay/yıl
Süresi:	_____ gün/hafta/ay/yıl
Uygulanan tedavi:	_____
Sonuç:	_____
Jinekolojik muayene sıklığı:	_____ ay/yıl
Obstetrik Öykü	
Gravida:	Para:
Abortus:	Yaşayan:
Diğer:	
Son doğum yaşı:	
Kontraseptif Öykü	
Kullandığı yöntemler:	_____
Süresi:	_____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0003
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Bırakma nedenleri: _____

Şu anda kullandığı yöntemin: _____

Adı: _____

Süresi: _____

Yan etkileri: _____

Memnuniyeti: _____

İnfertilite Öyküsü

İnfertil süre: _____

Coitus sıklığı: _____ gün/hafta/ay/yıl

Menopoz Öyküsü

Menopoz yaşı: _____

Yaşadığı fiziksel belirtiler: _____

Yaşadığı psikolojik belirtiler: _____

Menopoz süresince hangi tetkikleri yaptırmış:

☐ Mamografi ☐ Kemik dansite ☐ Papsmear ☐ Kolonoskopi ☐ Diğer: _____

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?

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?



**LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU**

Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0003
İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
Revizyon Tarihi	24.11.2025
Revizyon No	1

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

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

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0003
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

İLAÇ KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:	İLAÇ KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:
İLAÇ KARTI İlacın Adı: Endikasyonları: Kontrendikasyonları: Ebenin İzlemesi Gerekenler:	İLAÇ 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	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):		

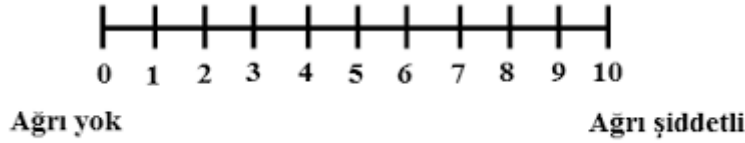
Ağrının özelliği (en iyi tanımlayan terimi seçiniz)

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.)



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					
Ürik asit					

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

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0003
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

HEMOGRAM (TAM KAN)

Tarih:

İDRAR

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	
Saat					
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0003
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

ALDIĞI-ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ

Tarih:				
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	☐ Normal ☐ Diğer: _____	
Fiziksel / zihinsel engel	☐ Yok ☐ Var: _____	
Bilinç durumu	☐ Açık ☐ Bulanık ☐ Kapalı	
Yer-zaman-kişi oryantasyonu	☐ Var ☐ Yok: _____	
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 kayıplı ☐ 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.)

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)					

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0003
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

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

2) İLETİŞİM

İletişim kurma	☐ Kurabiliyor ☐ Kuramıyor: _____
Konuşma güçlüğü	☐ Yok ☐ Var: _____
Anlama ve kavrama durumu	☐ Normal ☐ Anlamada güçlük: _____
Hastalığı/tedaviyi kabullenme	☐ Kabulleniyor ☐ Kabullenmiyor (açıklayınız): _____
İletişim kurma (aile bireyleri, oda arkadaşları, sağlık ekibi vb.)	☐ Olumlu ☐ Olumsuz (açıklayınız): _____
Bilinç durumu	☐ Tam bilinçli (uyanık, çevreyle iletişimde) ☐ Somnolans (uykulu, uyaranla kolay uyanıyor) ☐ Stupor (şiddetli uyaranla zor uyanıyor) ☐ Koma (uyandırılmıyor)
Oryantasyon (kişi-yer-zaman-durum)	☐ Tam ☐ Eksik (açıklayınız): _____
Bellek, dikkat, algı durumu	☐ Normal ☐ Hafif düzeyde bozulma ☐ Belirgin bilişsel yavaşlama / algı bozukluğu ☐ Yeni bilgileri öğrenmede zorlanıyor ☐ Uyaranları doğru değerlendirmekte zorlanıyor ☐ Diğer: _____
Duyusal işlevler (görme, işitme vb.)	☐ Normal ☐ Bozulma (açıklayınız): _____
Etkileyen faktörler	☐ İleri yaş ☐ Düşük eğitim düzeyi ☐ Travma öyküsü ☐ Nörolojik hastalık ☐ Psikiyatrik durum ☐ İlaç / alkol kullanımı ☐ Enfeksiyon ☐ Ağrı ☐ Diğer: _____

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

3) SOLUNUM

Solunum sayısı: ____/dk	☐ Normal ☐ Taşipne ☐ Bradipne
Solunum tipi	☐ Düzenli ☐ Düzensiz ☐ Yüzeysel ☐ Derin ☐ Apne
Solunum güçlüğü	☐ Yok ☐ Dispne ☐ Ortopne ☐ Diğer: _____
Solunum destek durumu	☐ Yok ☐ Oksijen tedavisi (__ lt/dk maske/nazal) ☐ Nebülizatör tedavisi ☐ Mekanik ventilasyon ☐ Diğer: _____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0003
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Solunumu etkileyen faktörler	☐ Sigara kullanımı ☐ Maruz kalınan çevresel faktörler (toz, kimyasal vb.) ☐ Akciğer hastalığı öyküsü ☐ Üst solunum yolu enfeksiyonu ☐ Travma ☐ 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 ağırlıklı)
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 Değerlendirme (sınıf): _____
Beslenmeyi etkileyen durumlar	☐ Bulantı - kusma ☐ Tat alma/koku alma değişiklikleri ☐ Yutma güçlüğü ☐ Diş - ağız problemleri ☐ Gebelik - laktasyon dönemi ☐ Malabsorpsiyon hastalıkları ☐ Diyet kısıtlaması (örn. diyabet): _____ ☐ Diğer: _____
Besin takviyesi kullanımı	☐ Yok ☐ Var (işaretleyiniz): ☐ Demir ☐ Folik asit ☐ Multivitamin ☐ Kalsiyum ☐ Omega-3 ☐ Diğer: _____
Cilt ve tırnak gözlemleri	☐ Cilt normal ☐ Soluk ☐ Kuruluk ☐ Turgor azalmış ☐ Tırnak normal ☐ Kaşık tırnak ☐ Kırılgan ☐ Saç dökülmesi ☐ Saç mat / kuru

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

5) BOŞALTIM

Mesane alışkanlıkları

Miksiyon sıklığı	___ kez/gün ☐ Normal ☐ Artmış (poliüri) ☐ Azalmış (oligüri) ☐ Yok (anüri)
İdrar yapma sırasında:	☐ Zorluk yok ☐ Zorlanma ☐ Ağrı ☐ Yanma (dizüri) ☐ Diğer: _____
İdrar kaçırma (inkontinans)	☐ Yok ☐ Stres inkontinansı ☐ Urge inkontinansı ☐ Karma ☐ Sürekli
Gece idrara çıkma (noktüri)	☐ Yok ☐ Var: ___ kez/gece
Üriner kateterizasyon	☐ Yok ☐ Var (kalıcı/aralıklı): _____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0003
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Barsak alışkanlıkları

Defekasyon sıklığı	___ kez/gün ☐ Konstipasyon ☐ Diyare ☐ Fekal inkontinans ☐ Hemoroid
Boşaltım sırasında zorlanma:	☐ Yok ☐ Var
Boşaltımı etkileyen durumlar	☐ Yetersiz sıvı alımı ☐ Liften fakir beslenme ☐ Fiziksel aktivite azlığı ☐ Gebelik ☐ İlaç kullanımı (örn. laksatif, diüretik) ☐ Nörolojik hastalıklar ☐ Mesane veya barsak cerrahisi öyküsü ☐ Diğer: _____

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

6) KİŞİSEL BAKIM**Hijyen Durumu**

Ağız ve diş bakımı	☐ Yetersiz ☐ Yeterli
Diş eti kanaması/ hassasiyeti	☐ Yok ☐ Var
Banyo yapma şekli	☐ Oturarak ☐ Ayakta ☐ Tam Bağımlı
Banyo yapma sıklığı	Gün ___ kez / Hafta ___ kez

Perine ve Menstrüal Hijyen Durumu

Boşaltım sonrası perineyi temizleme şekli	☐ Önden arkaya ☐ Arkadan öne
Enfeksiyon bulgusu (varsa)	☐ Kötü koku ☐ Akıntı ☐ Ağrı ☐ Kızarıklık ☐ Diğer _____
Hijyenik ürün kullanımı	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz): _____
Hijyenik ürünleri ne sıklıkla değiştiriyor?	___ kez/gün
Hijyenik ürün değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:	___
Menstrüasyon süresince banyo yapma durumu:	☐ Yapmıyor ☐ Yapıyor (Gün ___ kez/Hafta ___ kez)
İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı	___ kez/gün ___ kez/hafta
İç çamaşırlarının özelliği (kumaş vb.)	___
İç çamaşırlarını temizleme şekli	___

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

7) VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ

Çevre ısısına uygun giyim	☐ Evet ☐ Hayır
---------------------------	--

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

8) HAREKET ☐ Değerlendirilemedi (açıklayınız): _____

GYA yerine getirme durumu	☐ Tam bağımsız ☐ Yarı bağımlı ☐ Bağımlı
Yardımcı araç kullanımı	☐ Yok ☐ Baston ☐ Yürüteç ☐ Tekerlekli sandalye ☐ Diğer: _____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0003
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Mobilizasyon	☐ Mobil ☐ İmmobil ☐ Yardımla mobil
Hareket kısıtlılığına neden olan durum:	☐ Ortopedik problem ☐ Kas güçsüzlüğü ☐ Nörolojik hastalık ☐ Post-operatif dönem ☐ Ağrı ☐ Diğer: _____
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)
Aktiviteyi etkileyen faktörler	☐ Yorgunluk ☐ Hareket zorunluluğu/kısıtlılığı ☐ Ağrı ☐ Kas/iskelet sistemi hastalığı ☐ Kardiyopulmoner problem ☐ Diğer: _____

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

9) ÇALIŞMA VE EĞLENCE

Çalışma Durumu	☐ Çalışmıyor ☐ Hafif İş ☐ Ağır İş ☐ Vardiya ☐ Diğer: _____
Çalıştığı Ortam Riski (varsa)	☐ Uzun süre ayakta durma ☐ Ağırlık kaldırma ☐ Kimyasal maruziyet ☐ Yok
Dinlenme zamanları	☐ Yeterli ☐ Yetersiz
Boş zamanlarını değerlendirme	☐ Yeterli ☐ Yetersiz

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

10) CİNSELLİK ☐ Değerlendirilemedi (açıklayınız): _____

Bilgi Gereksinimi	☐ Yok ☐ Var (konu) _____
Cinsel yaşamda değişiklik	☐ Yok ☐ Azalma ☐ Kaçınma
Yakınma durumu	☐ Yok ☐ Ağrı ☐ Kanama ☐ Akıntı ☐ Diğer: _____
Eş ile iletişim	☐ Olumlu ☐ Olumsuz

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

11) UYKU VE DİNLENME

Uyku süresi (ortalama)	_____ saat/gece
Uyku saatleri	☐ Gece ☐ Gündüz kısa süreli (şekerleme) ☐ Gündüz düzenli
Uyku problemi	☐ Yok ☐ Var
Uykuya dalma/uyanma sorunları	☐ Yok ☐ Uykuya dalmada güçlük ☐ Uyanmada güçlük ☐ Uykuyu devam ettirmede güçlük ☐ Sık uyanma ☐ 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: _____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0003
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

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.