

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

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

1.TANITICI BİLGİLER

Adı-Soyadı (İlk harfleri):	Yatış tarihi:
Yaşı:	Yattığı klinik/bölüm:
Çocuk sayısı:	Kliniğe geliş şekli:
Eğitim durumu:	☐ Yürüyerek ☐ Tekerlekli sandalye ☐ Sedye
Mesleği:	☐ Diğer: ____
Çalışma durumu: ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor	Bilginin kaynağı: ☐ Kendisi ☐ Diğer: ____
Sosyal güvencesi: ☐ Yok ☐ Var	Tıbbi tanı/Yapılan işlem:
Alerjisi: ☐ Yok ☐ Var: ____	
Birlikte yaşadığı kişi(ler):	
Evlilik Süresi:	Post-operatif : ____ gün
Eşi ile Akrabalık Durumu:	Kan grubu:
Eşinin:	
Yaşı:	Eğitimi:
Kan grubu:	Mesleği:

2.TIBBİ ÖYKÜSÜ

Hastalık/durum	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz):																																	
	<table><tr><th></th><th>Kendisi</th><th>Ailesi</th></tr><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 colspan="3">Diğer (açıklayınız): ____</td></tr></table>		Kendisi	Ailesi	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): ____		
	Kendisi	Ailesi																																
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): ____																																	
Hastaneye yatış	☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız): ____																																	

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

OBSTETRİK ÖYKÜ

Gebelik Sayısı (G):	Yaşayan Çocuk Sayısı (L):
Parite (P):	D&C Sayısı (C):
Düşük Sayısı (A):	Diğer:

ÖNCEKİ DOĞUMLARDA/DOĞUM SONRASINDA YAŞANAN PROBLEMLER

(Aşağıdaki problemler yaşandı/yaşanmadı ise yanına işaretleyiniz)

Kanama:	☐ Yaşandı ☐ Yaşanmadı	Hipertansiyon:	☐ Yaşandı ☐ Yaşanmadı
Enfeksiyon-ateş:	☐ Yaşandı ☐ Yaşanmadı	Meme Problemleri:	☐ Yaşandı ☐ Yaşanmadı
Duygusal / Psikolojik Problemler (yaşanan problemleri işaretleyiniz)			
☐ Yalnızlık	☐ Sinirlilik	☐ Huzursuzluk	☐ Kolayca ağlama
☐ Kimsesizlik	☐ Yoğun bir üzüntü	☐ İştahsızlık	☐ Uykusuzluk
☐ Nedensiz yere gerginlik ve korku	☐ Diğer: _____		

JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

Siklus Özelliği		
Menarş Yaşı:		
Siklus Düzeni (menstrüasyon süresi, sıklığı ve kanama miktarı):		
Dismenore Öyküsü:		
Seksüel Öykü:		
PMS öyküsü:		
Kontraseptif Kullanma Öyküsü		
<u>Kullandığı Yöntem:</u>	<u>Kullanma Süresi:</u>	<u>Bırakma Nedeni:</u>
Geçirilen Enfeksiyonlar: ☐ Yok ☐ Var (açıklayınız): _____		
Alınan Tedavi:		
Tedavinin Süresi:		
Tedavinin Sonucu:		
Geçirilen Jinekolojik Girişimler: ☐ Yok ☐ Var (açıklayınız): _____		
Diğer Hastalıklar:		

3.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?

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

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?

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.

4.ANNENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Son Gebelik Aralığı: ☐ 2 yıldan az ☐ 2 yıldan fazla
Gebelik Haftası:
Doğum Yaptığı Tarih:
Doğum Şekli: ☐ Vajinal doğum ☐ C/S Endikasyonu: ____ ☐ Enstrümental doğum ☐ Epizyotomi
Doğumda İndüksiyon: ☐ Uygulandı ☐ Uygulanmadı
Doğuma İlişkin Duyguları:

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

Fiziksel Değerlendirme

Memeler

Görünümü: ☐ Simetrik ☐ Asimetrik

☐ İkisi aynı büyüklükte ☐ Sağ meme büyük ☐ Sol meme büyük

Sağ meme

Sol meme

Nodül	☐ Yok	☐ Var	☐ Yok	☐ Var
Kızarıklık	☐ Yok	☐ Var	☐ Yok	☐ Var
Dolgunluk	☐ Yok	☐ Var	☐ Yok	☐ Var
Meme ucu çatlağı	☐ Yok	☐ Var	☐ Yok	☐ Var
Meme ucu içe çökük	☐ Yok	☐ Var	☐ Yok	☐ Var
Meme ucunda ağrı	☐ Yok	☐ Var	☐ Yok	☐ Var

Sütyen:

☐ Bedenine uygun yeterli destek sağlıyor
☐ Bedenine uygun değil, yeterli destek sağlamıyor
☐ Kullanmıyor

Emzirme Davranışı

Emzirme Sıklığı:

Emzirme Süresi:

İlk Emzirme Zamanı: ☐ Doğum sonrası ilk 30 dakika içinde ☐ Doğum sonrası 30 dakikadan sonra

Emzirme Pozisyonu:

Süt salınımı: ☐ Kolostrum ☐ Normal süt ☐ Pürülan

Emzirmenin kesintiye uğraması ☐ Yok ☐ Var: ilişkili faktörler: _____

Fundusun özellikleri

Tonusu : ☐ Normal ☐ Atonik

Pozisyonu:

Kıvamı:

Seviyesi:

Loşanın özellikleri

Renk:

Miktar (ped sayısı/24 saat) :

İçerik:

Koku:

Epizyotomi: ☐ Yok ☐ Var

İnsizyon: ☐ Yok ☐ Var

Epizyotomi tipi:

☐ Median (Midline / Orta Hat)
☐ Mediolateral: ☐ Sağ (Right) ☐ Sol (Left)
☐ Lateral
☐ J-Şeklinde (J-Epizyotomi)
☐ Diğer: _____

Epizyotomi bölgesinde;

Şiddetli Ağrı: ☐ Yok ☐ Var
Akıntı: ☐ Yok ☐ Var
Kızarıklık: ☐ Yok ☐ Var
Ödem: ☐ Yok ☐ Var
Ekimoz: ☐ Yok ☐ Var

Alt Ekstremiteler:

Sağ bacak

Sol bacak

Ödem:	☐ Yok	☐ Var	☐ Yok	☐ Var
Human's belirtisi:	☐ Yok	☐ Var	☐ Yok	☐ Var
Varis:	☐ Yok	☐ Var	☐ Yok	☐ Var

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

5.TEDAVİLER

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

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:

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

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

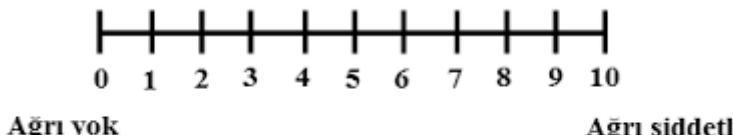
*Sıvı infüzyon dışındaki ilaçları kısaca açıklayınız.

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.)

**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					

HEMOGRAM***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 yanına açıkça belirtiniz (↓ veya ↑).

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

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

9. ALDIĞI-ÇIKARDIĞI TAKİBİ

PARENTERAL SIVI İZLEM TAKİBİ

IV İNFÜZYON					Tarih:
Sıvı Adı:					Notlar
Saat	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

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

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

10. YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yenidoğanın; Doğum Kilosu/Boy:	Doğum Haftası:
<u>YAŞAM BULGULARI</u>	
Ateş:.....	
Solunum:.....	
Kalp Hızı:.....	
Baş:	
Baş çevresi:...../cm	
Süturların arası: ☐ Normal ☐ Geniş ☐ Kapalı	
Ön fontanel: ☐ Normal ☐ Dışa doğru bombeli ve hassas ☐ Aşırı içe çökük	
Ön fontanel büyüklüğü:...../cm	
Arka fontanel: ☐ Normal ☐ Dışa doğru bombeli ve hassas ☐ Aşırı içe çökük	
Arka fontanel büyüklüğü:...../cm	
Kafa derisi: ☐ Normal ☐ Kaput suksedenum ☐ Sefal hematom	
Yüz hareketleri: ☐ Çift taraflı ☐ Tek taraflı ☐ Eşit ☐ Asimetrik	
Yüzde doğum lekesi: ☐ Var ☐ Yok	
Kaş çizgisi: ☐ Var ☐ Yok	
Kirpik çizgisi: ☐ Var ☐ Yok	
Saç çizgisi: ☐ Var ☐ Yok	
Gözler: ☐ Simetrik ☐ Asimetrik	
Göz kapakları:	
<u>Sağ göz kapağı</u>	
Normal	☐ Evet ☐ Hayır
Ödemli	☐ Evet ☐ Hayır
Akıntı	☐ Evet ☐ Hayır
<u>Sol göz kapağı</u>	
	☐ Evet ☐ Hayır
	☐ Evet ☐ Hayır
	☐ Evet ☐ Hayır
Pupiller ışık refleksi ☐ Var ☐ Yok ☐ Eşit ☐ Eşit değil	
Gözün iç dış çizgileri ile kulak kepçesinin üst kısmı:	
☐ Aynı düzeyde ☐ Aynı düzeyde değil	
Burun:	
<u>Sağ burun deliği</u>	
Kapalı	☐ Evet ☐ Hayır
Açık	☐ Evet ☐ Hayır
Akıntı	☐ Evet ☐ Hayır
<u>Sol burun deliği</u>	
	☐ Evet ☐ Hayır
	☐ Evet ☐ Hayır
	☐ Evet ☐ Hayır
Dudak: ☐ Simetrik ☐ Asimetrik	
Damak:	
<u>Alt damak</u>	
Bütün	☐ Evet ☐ Hayır
Bütün değil	☐ Evet ☐ Hayır
Diş	☐ Evet ☐ Hayır
<u>Üst damak</u>	
	☐ Evet ☐ Hayır
	☐ Evet ☐ Hayır
	☐ Evet ☐ Hayır
Dil: ☐ Hareketli ☐ Dil bağı var	
Boyun hareketi: ☐ Normal-sağa ve sola hareketli ☐ Hareketi kısıtlı	
Üst Gövde:	
Göğüs çevresi:...../cm	

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

Memeler:		
	Sağ meme	Sol meme
Dolgunluk	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok
Akıntı	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok
Meme uçları:	☐ Simetrik	☐ Asimetrik
Koltuk altı nodülü:		
	Sağ koltuk altı	Sol koltuk altı
	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok
Solunum sırasında retraksiyon: ☐ Var ☐ Yok		
Nabızlar:		
Apeks	☐ Var ☐ Yok	
Femoral	☐ Var ☐ Yok	
Dorsalis pedis	☐ Var ☐ Yok	
Brakial	☐ Var ☐ Yok	
Cilt rengi:		
☐ Tüm cilt pembe ☐ Ekstremiteler mor, vücut pembe ☐ Tüm cilt mor ☐ Tüm cilt sarı		
Aktivite sırasında cilt rengi değişikliği : ☐ Var ☐ Yok		
Ciltte döküntü: ☐ Var ☐ Yok		
Ciltte doğum lekesi: ☐ Var (yeri ve tipi)..... ☐ Yok		
Cilt: ☐ Esnek ☐ Esnek değil		
Alt Gövde		
Abdomen: ☐ Yuvarlak ve hafif şiş ☐ Aşırı şiş ve distansiyon		
Umblikal kord ve damarları: ☐ İki arter, bir ven ☐ bir arter, bir ven		
Göbek etrafında kanama: ☐ Var ☐ Yok		
Umblikal herni: ☐ Var ☐ Yok		
Dış genitaler (kız bebekler için)		
Vajinal açıklık	☐ Açık	☐ Kapalı
Renk	☐ Kırmızı	☐ Mor
Şekil	☐ Normal	☐ Anormal
Akıntı	☐ Var	☐ Yok
Kanama	☐ Var	☐ Yok
Dış genitaler (erkek bebekler için)		
Fimozis	☐ Var	☐ Yok
Epispadias	☐ Var	☐ Yok
Hipospadias	☐ Var	☐ Yok
Akıntı	☐ Var	☐ Yok
Skrotum	☐ Var	☐ Yok
Testisler	☐ Var	☐ Yok
Anüs:		
☐ Açık, mekonyumunu yaptı		
☐ Açık, mekonyumunu yapmadı (doğum sonu saat.....)		
☐ Kapalı		
Sırtta pylonidal çukur: ☐ Yok ☐ Var, kılla kaplı değil ☐ Var, kılla kaplı		
Ekstremiteler:		
	Üst ekstremiteler	Alt ekstremiteler
Simetrik	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır
Asimetrik	☐ Evet ☐ Hayır	☐ Evet ☐ Hayır

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

Ekstremitelerin hareketi					
Sağ kol	☐ Tam	☐ Tam değil	Sağ bacak	☐ Tam	☐ Tam değil
Sol kol	☐ Tam	☐ Tam değil	Sol bacak	☐ Tam	☐ Tam değil
Avuç içi çizgisi ☐ Tek ☐ Birden fazla					
Polidaktili					
Sağ el	☐ Var	☐ Yok	Sağ ayak	☐ Var	☐ Yok
Sol el	☐ Var	☐ Yok	Sol ayak	☐ Var	☐ Yok
Sindaktili					
Sağ el	☐ Var	☐ Yok			
Sol el	☐ Var	☐ Yok			
Bacak ve kalça kıvrımı: ☐ Eşit ☐ Eşit değil					
Kalça çıkığı:					
Sağ	☐ Var	☐ Yok			
Sol	☐ Var	☐ Yok			
Refleksler					
Moro	☐ Var	☐ Yok	Gövdeyi içe eğme	☐ Var	☐ Yok
El-ayak yakalama	☐ Var	☐ Yok	Derin tendon	☐ Var	☐ Yok
Tonik boyun	☐ Var	☐ Yok	Göz kırpma	☐ Var	☐ Yok
Emme-yutma	☐ Var	☐ Yok	İtme	☐ Var	☐ Yok
Adım atma ve basma	☐ Var	☐ Yok	Kaldırma	☐ Var	☐ Yok
Babinski	☐ Var	☐ Yok	Aksırma-öksürme	☐ Var	☐ Yok

11. ANNE BEBEK İLİŞKİSİ: EBEVEYN BEBEK BAĞLILIĞINDA DEĞİŞİM/RİSKİ

Bebeğini kucağına alıyor, dokunuyor	☐ Evet ☐ Hayır
Bebeğini okşuyor	☐ Evet ☐ Hayır
Bebeğiyle konuşuyor	☐ Evet ☐ Hayır
Emzirmeye istekli	☐ Evet ☐ Hayır
Bebeğiyle göz iletişimi kuruyor	☐ Evet ☐ Hayır
Bebeğine adı ile sesleniyor (adı kondu ise)	☐ Evet ☐ Hayır
Bebek bakımıyla ilgili sorular soruyor	☐ Evet ☐ Hayır
Bebeğin cinsiyetinden memnun	☐ Evet ☐ Hayır
Kendi gereksinimlerine daha fazla odaklanıyor	☐ Evet ☐ Hayır

Annenin Sosyal Destek Faktörleri:		☐ Var ☐ Yok ☐ Kısmen	
Anne Kendini Desteklenmiş Hissediyor mu?		☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değil	
Anne ve Ailesinin Bilgi Gereksinimleri			
Yenidoğan ile İlgili:			
Göz bakımı	☐ Evet ☐ Hayır	Perine bakımı	☐ Evet ☐ Hayır
Pamukçuk bakımı	☐ Evet ☐ Hayır	Pişik bakımı	☐ Evet ☐ Hayır
Konak bakımı	☐ Evet ☐ Hayır	Göbek bakımı	☐ Evet ☐ Hayır
Bebek giyimi	☐ Evet ☐ Hayır	Bebek banyosu	☐ Evet ☐ Hayır
Emzirme/biberonla besleme	☐ Evet ☐ Hayır	Bebeğin büyüme ve gelişmesi	☐ Evet ☐ Hayır
Bebeğe uyaran verilmesi	☐ Evet ☐ Hayır	Yenidoğan bebeğin özellikleri	☐ Evet ☐ Hayır
Bağışıklama	☐ Evet ☐ Hayır	Diğer (.....)	☐ Evet ☐ Hayır

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

ANNEYE İLİŞKİN DİĞER GÖZLEM VE YORUMLARINIZ:

--

12.GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE (GYA) GÖRE DEĞERLENDİRME

1) GÜVENLİ ÇEVRENİN SAĞLANMASI											
Genel görünüm ve davranış durumu	☐ Normal ☐ Diğer: _____										
Fiziksel/zihinsel engel	☐ Yok ☐ Var: _____										
Yürümde denge durumu	☐ Var ☐ Yok										
Yardımcı araç kullanımı	☐ Yok ☐ Baston ☐ Yürüteç ☐ Tekerlekli sandalye ☐ Diğer: _____										
Duyusal işlevler (görme, işitme vb.)	☐ Normal ☐ Bozulma (hangisi belirtiniz): _____										
Bilinç durumu	☐ Tam bilinçli (uyanık, çevreyle iletişimde) ☐ Somnolans (uykulu, uyaranla kolay uyanıyor) ☐ Stupor (şiddetli uyaranla 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 ☐ Uyaranları doğru değerlendirmekte zorlanıyor ☐ Diğer: _____										
Etkileyen / neden olabilecek faktörler (varsa)	<table><tr><td>☐ İleri yaş</td><td>☐ İlaç - alkol kullanımı</td></tr><tr><td>☐ Travma öyküsü</td><td>☐ Enfeksiyon / ağrı</td></tr><tr><td>☐ Görme / işitme sorunu</td><td>☐ Uygunsuz ayakkabı / giyim</td></tr><tr><td>☐ Nörolojik / psikiyatrik durum</td><td>☐ Ortam riski</td></tr><tr><td>☐ Kas güçsüzlüğü - dengesizlik</td><td>☐ Diğer: _____</td></tr></table>	☐ İleri yaş	☐ İlaç - alkol kullanımı	☐ Travma öyküsü	☐ Enfeksiyon / ağrı	☐ Görme / işitme sorunu	☐ Uygunsuz ayakkabı / giyim	☐ Nörolojik / psikiyatrik durum	☐ Ortam riski	☐ Kas güçsüzlüğü - dengesizlik	☐ Diğer: _____
☐ 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): _____										

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

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	☐ Psikotropalar ☐ 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 DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		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 (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 güçlüğü	☐ Yok ☐ Dispne ☐ Ortopne ☐ Diğer: ____ ☐ Yardımcı solunum kaslarının kullanımı
Solunum destek durumu	☐ Yok ☐ Oksijen tedavisi (____ lt/dk maske/nazal) ☐ Nebülizatör tedavisi ☐ Mekanik ventilasyon ☐ Diğer: _____
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

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

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 ☐ Kırılğan ☐ Kuruluk

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

5) BOŞALTIM

Üriner boşaltım

Miksiyon sıklığı	_____ kez/gün Hastaneye yatmadan önce:
	☐ 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: _____
Gece idrara çıkma	☐ Yok ☐ Var: _____ kez/gece
Üriner kateterizasyon	☐ Yok ☐ Var (kalıcı/aralıklı): _____
Ürostomi	☐ Yok ☐ Var

Barsak boşaltımı

Defekasyon sıklığı	_____ kez/gün Hastaneye yatmadan önce:
	☐ Normal ☐ Konstipasyon ☐ Diyare
Boşaltım sırasında:	☐ Zorluk yok ☐ Zorlanma
Stoma	☐ Yok ☐ Var (tipi, bölgesi): _____
Boşaltımı etkileyen durumlar (varsa)	☐ Yetersiz sıvı alımı ☐ Liften 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

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

☐ 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 ☐ 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: _____
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: _____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		Revizyon No	1

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: _____
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık:	☐ Yok ☐ Var : _____
Doğum sonu dönemin cinsel yaşamını etkileme durumu	☐ Hayır ☐ Evet: _____
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: _____
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 DOĞUM SONU VERİ TOPLAMA FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0004
		İlk Yayın Tarihi	11.02.2022
		Revizyon Tarihi	28.11.2025
		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	28.11.2025	Revize edilmiştir.