

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

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

1- TANITICI BİLGİLER

Çocuğun Adı-Soyadı (İlk harfleri):	Hastaneye Yatış Tarihi:
Yaşı (Ay/Yıl):	Yattığı klinik/bölüm:
Cinsiyeti: ☐ K ☐ E	Kliniğe geliş şekli:
Sosyal Güvencesi: ☐ Yok ☐ Var: _____	☐ Yürüyerek ☐ Sedye ☐ Tekerlekli sandalye
Tıbbi Tanı:	☐ Diğer: _____
Yaşadığı Yer:	Bilginin Kaynağı: ☐ Ebeveyn ☐ Çocuk ☐ Diğer: _____
Birlikte yaşadığı kişi(ler):	Planlanan/yapılan işlem:
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 (kısaca özet):

3- TIBBİ ÖYKÜSÜ VE AİLE BİLGİLERİ

Kronik hastalıklar	☐ Yok ☐ Var (işaretleyiniz):																								
	<table><tr><td></td><td><u>Kendisi</u></td><td><u>Ailesi</u></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>Kalp ve damar hastalıkları</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td>KOAH/astım</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td>Tiroid hastalığı</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td>Psikiyatrik hastalık</td><td>☐ H ☐ E</td><td>☐ H ☐ E _____</td></tr><tr><td colspan="3">Diğer (açıklayınız):</td></tr></table>		<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):		
	<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, yoksa boş bırakınız):																								
Hastaneye yatış öyküsü	☐ Yok ☐ Var (açıklayınız): _____																								
Geçirdiği hastalık, operasyon, kaza veya yaralanmalar	☐ Yok ☐ Var (açıklayınız): _____																								
Kan transfüzyonu	☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız): _____																								

3.1- Doğum ve Gelişim Öyküsü (0-2 yaş)

Gestasyon yaşı:	
Doğum Şekli:	☐ Normal ☐ Sezaryen ☐ Enstrümantal doğum
Doğum Kilosu:	
Doğumda ağlama:	☐ Evet ☐ Hayır

3.2- Gelişim Basamakları (Ay)

Beceri	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	18	24
Gülümseme													
Başını tutma													
Eşya yakalama													
Destekli oturma													
Desteksiz oturma													
Yürüme													
Kelime söyleme													
Kaşık tutma													

Not: Ayına ya da yaşına uygun olmayan gelişim sorunları varsa belirtiniz: _____

3.3-Kuramcılara ve Yaş Dönemi Özelliklerine Göre Değerlendirme (Yaş dönemi özellikleri yönünden)

Freud'a göre: Oral dönem: 0-1 yaş Anal dönem: 1-3 yaş Fallik dönem: 4-6 yaş Latent dönemi: 7-11 yaş Genital dönem: 12-18 yaş	
--	--

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Ericson'a göre:

Temel güvene karşı güvensizlik: 0-18 ay
Özerkliğe karşı utanç ve şüphe: 1,5-3 yaş
Girişimciliğe karşı suçluluk duygusu: 3-6 yaş
Çalışkanlığa karşı yetersizlik duygusu: 6-11 yaş
Kimlik kazanmaya karşı kimlik karmaşası: 12-21 yaş

Piaget'e göre:

Duyusal-motor evre: 0-2 yaş
İşlem öncesi evre: 2-7 yaş
Somut işlemler evresi: 7-11 yaş
Soyut işlemler evresi: 11 yaş ve sonrası

3.4- Aşılar

Rutin aşı takviminde olan aşıları tam mı?	☐ Hayır (nedenini yazınız): _____ ☐ Evet
Rutin aşı takviminde olmayan özel aşılarından uygulanan aşı var mı?	☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız): _____

3.5- Aile Bilgileri ve İlişki Biçimi

Anne Yaşı / Eğitim / Meslek:	
Baba Yaşı / Eğitim / Meslek:	
Aile Tipi:	☐ Çekirdek ☐ Geniş ☐ Parçalanmış ☐ Diğer: ____
Akraba evliliği:	☐ Yok ☐ Var
Birlikte yaşadığı kişiler:	
Ailenin çocuk sayısı:	
Her iki ebeveyn çalışıyorsa çocuğa kim bakıyor?	
Ailenin aylık ekonomik geliri:	☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
Ebeveynler arasındaki iletişim şekli	
Çocuk ve ebeveynler arasındaki iletişim şekli	

Kardeş Bilgileri

Ad (İlk harf)	Yaş	Cinsiyet	Öğrenim Durumu	Herhangi bir hastalığı var mı ? Varsa yazınız.

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

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?

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.

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

5- FİZİK MUAYENE

(Değerlendirme: Aldığınız Ölçümlerin Yanına Normalse **N**, Düşükse **D**,Yüksekse **Y** olarak yazınız)

Fiziksel Ölçüler		
Doğum kilosu:	Şu anki kilosu:	Persentil:
Doğumdaki boy uzunluğu:	Şu anki boyu:	Persentil:
Doğumdaki baş çevresi:	Şu anki baş çevresi:	Persentil:
Göğüs çevresi:		
Postür/yürüyüş		
Baş-Boyun		
Fontaneller:	Kafa derisi:	Gözler/göz kapakları:
Boyun:	Saçlar:	Görme fonksiyonu:
Kulaklar		
Anatomisi:	İşitme fonksiyonu:	
Ağız/Damak		
Ağız /dudaklar:	Dişler :	Damak/dil :
Göğüs		
Göğüs kafesi :	Akciğerler :	Kalp :
Abdomen		
Batın/göbek :	Barsaklar:	İngiunal bölge:
Sırt/Ekstremite		
Sırt/vertebralar:	Eller ve parmaklar:	Ayaklar:
Alt ekstremiteler/eklemler:		
Perine		
Genitaller:	Anüs:	
Nörolojik değerlendirme:		
Bilinç:	Pupil :	Refleksler :

6- TEDAVİLER

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

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

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

*Sıvı infüzyon dışındaki ilaçları kısaca açıklayınız.

7- YAŞAMSAL BULGULAR

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

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

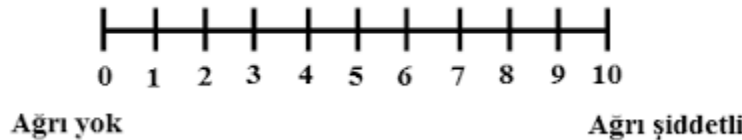
AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ

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

(3-7 yaş grubu çocuklarda, iletişim kurulamayan, konuşamayan hastalarda kullanılır.)



FLACC ÖLÇEĞİ (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
(2 aydan 7 yaşına kadar olan bebek ve çocuklarda kullanılır.)

Gözlenen Davranış	0	1	2
Yüz	Nötr	Ara sıra buruşma	Sürekli ağlama / diş sıkma
Bacaklar	Rahat	Gergin	Tekmeleme / kasılma
Aktivite	Sakin	Huzursuz	Yay gibi gerilme
Ağlama	Yok	İnleme	Sürekli ağlama
Teselli edilebilirlik	Rahat	Ara sıra teselli olur	Teselli edilemez
Toplam Puan			

0 puan → Ağrı yok
1-3 puan → Hafif düzeyde ağrı
4-6 puan → Orta düzeyde ağrı
7-10 puan → Şiddetli düzeyde ağrı

NIPS ÖLÇEĞİ (Neonatal Infant Pain Scale - Yenidoğan Ağrı Ölçeği)

Değerlendirme Alanı	0	1	2
Yüz ifadesi	Rahat	Grimace	
Ağlama	Yok	İnleme	Şiddetli ağlama
Solunum paterni	Normal	Hızlı / düzensiz	
Kolların hareketi	Rahat	Gerilmiş	
Kolların hareketi	Rahat	Gerilmiş	
Bacakların hareketi	Rahat	Gerilmiş	
Uyanıklık düzeyi	Uyuyor / sakın	Huzursuz	

Toplam Puan
0-2 puan → Ağrı yok
3-4 puan → Hafif düzeyde ağrı
≥5 puan → Şiddetli düzeyde ağrı

8- 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)		

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

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 ↑).

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 ↑).

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

10- 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 ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

ALDIĞI-ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ

SAAT	ALDIĞI		Tarih:	
	ORAL/ NG	IV İNFÜZYON	İDRAR	ÇIKARDIĞI
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

11- 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): _____	

HARİZMİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ		
ÇOCUK HASTALARDA (0-18 YAŞ) DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME FORMU		
Değerlendirme zamanı:		
☐ İlk Değerlendirme ☐ Post-Operatif Dönem ☐ Hasta Düşmesi ☐ Bölüm Değişikliği ☐ Durum Değişikliği		
PARAMETRELER	RİSK FAKTÖRLERİ	PUAN
YAŞ	0-3 yaş	4
	4-7 yaş	3
	8-11 yaş	2
	12-18 yaş	1
DÜŞME ÖYKÜSÜ	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.	2

HASTALIKLAR (Epilepsi, Mental Retardasyon, Konvülsiyon, Denge Bozukluğu, Kooperasyon Bozukluğu, Solunum Hastalıkları, Senkop/Baş Dönmesi, Ajitasyon)	Hastalıklardan 1 veya 2 tanesi bulunmaktadır.	1
	Hastalıklardan 3 veya daha fazlası bulunmaktadır.	2
GÖRME DURUMU	Görme durumu zayıf (gözlük kullanıyor vb.)	2
	İleri derecede görme engeli var	10
İLAÇ (Hiptonikler, Barbitüratlar, Nöroleptikler, Antidepresanlar, Sedatifler, Antihipertansifler)	Son 1 hafta içinde 1 veya daha fazla riskli ilaç kullanımı var.	2
EKİPMAN VARLIĞI (IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Katater, Dren, Perfüzyör, Pacemaker vb.)	Hastaya bağlı 2 veya daha fazla bakım ekipmanı var.	2
YÜRÜME VE DENGİ (Yürüteç, Koltuk Değneği, Kişi Desteği vb.)	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe ihtiyacı var.	10
SEDASYON/ANESTEZİ	Hasta post-op/sedasyon/anestezi ilk 24 saatlik dönemde	3
	Hasta post-op/sedasyon/anestezi ilk 48 saatlik dönemde	1
MENTAL DURUM	Oryantasyon bozuk (konfüze, disoryante, deliryum vb.)	3
YAŞAM BULGULARI	Unstabil	3
DİĞER	Hasta uygun yatakta yatırılmıyor	2
	Ailenin düşme riski konusunda eğitim/bilgilendirme ihtiyacı var.	2
RİSK BELİRLEME TABLOSU	TOPLAM PUAN	
Düşük Risk	0-9 Puan Arasında	
Yüksek Risk	10 Puan Üzerinde	
NOT: (Hastanın düşme riski ile ilgili yukarıda bulunmayan önemli bir durumu varsa belirtiniz.		
NOT: *Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir. *Harizmi Düşme Riski Ölçeği yalnızca çocuk (0-18 yaş arası) yatan hastalarda kullanılır. *Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır		

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

2) İLETİŞİM

İletişim kurma	☐ Kurabiliyor	☐ Kuramıyor: _____
Yaşına göre dil gelişimi	☐ Uygun	☐ Uygun değil
Konuşma güçlüğü	☐ Yok	☐ Var: _____
Anlama ve kavrama durumu	☐ Normal	☐ Anlamada güçlük: _____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

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, uyarılarla kolay uyanıyor) ☐ Stupor (şiddetli uyarılarla 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 ☐ Uyarıları 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: _____
Solunumu etkileyen faktörler	☐ Tütün ve ürünlerine maruziyet (aktif/pasif) ☐ Maruz kalınan çevresel faktörler (toz, kimyasal vb.) ☐ Akciğer hastalığı öyküsü ☐ Üst solunum yolu enfeksiyonu ☐ Travma ☐ Diğer: _____

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

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): _____
Kilo değişimi	☐ Yok ☐ Var (nedenini açıklayınız) _____
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 ☐ Kırılğan ☐ Saç dökülmesi ☐ Saç mat / kuru

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

5) BOŞALTIM

Tuvalet eğitimi (ileri yaş grubu çocuklarda boş bırakılabilir)

Tuvalet eğitimi verilmiş mi?	
Verildiyse kaç yaşında verilmiş?	

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 ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		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 ☐ Liftten 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

Günlük banyo/silme işlemi:	☐ Uygulandı ☐ Uygulanmadı
Banyo şekli:	☐ Tam banyo ☐ Bölgesel temizlik
Cilt durumu:	☐ Temiz ☐ Kirli ☐ Kızarıklık ☐ Döküntülü
Cilt bütünlüğü:	☐ Korunmuş ☐ Bozulmuş
Pişik/tahriş varlığı:	☐ Var ☐ Yok (Varsa yeri: _____)

Ağız ve Göz Bakımı

Ağız bakımı yapıldı mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Mukozalar:	☐ Nemli ☐ Kuru ☐ Lezyonlu
Dudaklar:	☐ Normal ☐ Kurumuş ☐ Çatlak
Göz çevresi temizliği:	☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı
Akıntı/irritasyon durumu:	☐ Yok ☐ Var

Saç ve Tırnak Bakımı

Saç/saç derisi durumu:	☐ Temiz ☐ Kirli ☐ Pullanma/kepek ☐ Lezyon
Saç/tırnak bakımı yapıldı mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Tırnak durumu:	☐ Uygun kesilmiş ☐ Uzun ☐ Kirli

Deri Bakımı

Deride kuruluk/nemlilik:	☐ Normal ☐ Kuru ☐ Aşırı nemli
Deri bütünlüğü:	☐ Sağlam ☐ Bozulmuş
Bası riski bulunan bölgeler:	☐ Yok ☐ Var (Belirtiniz: _____)
Cilt bakımı uygulandı mı?	☐ Evet ☐ Hayır

El, Yüz ve Perine Bakımı

El-yüz temizliği sağlandı mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Perine temizliği:	☐ Temiz ☐ Kirli
Bezin değiştirilme sıklığı:	☐ Her 3 saatte ☐ Kirlenince ☐ Yetersiz
Pişik/irritasyon gözlemlendi mi?	☐ Evet ☐ Hayır

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Giyinme ve Konfor	
Giysi durumu:	☐ Temiz ☐ Kirli ☐ Uygun kalınlıkta ☐ Fazla ☐ Yetersiz
Giysi değişimi yapıldı mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Yatak takımı durumu:	☐ Temiz ☐ Kirli
Konfor durumu:	☐ Rahat ☐ Huzursuz ☐ Aşırı terleme
Aile Katılımı ve Eğitim	
Bakıma aile katıldı mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Aileye kişisel bakım konusunda eğitim verildi mi?	☐ Evet ☐ Hayır
Ailenin bakım becerisi:	☐ Yeterli ☐ Kısmen yeterli ☐ Yetersiz
Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.	
7) VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ	
Ölçüm bilgileri	
Ölçüm zamanı:	☐ Sabah ☐ Öğle ☐ Akşam ☐ Gece
Ölçüm yöntemi:	☐ Aksiller ☐ Rektal ☐ Timpanik ☐ Alın (temassız)
Ölçülen sıcaklık değeri:	_____ °C
Normal değer aralığına göre değerlendirme:	☐ Normal ☐ Hipotermi ☐ Hipertermi
Klinik Bulgular	
Cilt sıcaklığı	☐ Soğuk ☐ Ilık ☐ Sıcak
Cilt rengi:	☐ Soluk ☐ Normal ☐ Kızarıklık ☐ Siyanoze
Terleme durumu:	☐ Yok ☐ Hafif ☐ Aşırı
El-ayak ısı farkı:	☐ Yok ☐ Var
Davranış durumu:	☐ Huzurlu ☐ Huzursuz/İrritabl ☐ Letarjik
Çevresel Faktörler	
Ortam ısı:	_____ °C
Kullanılan ısıtıcı sistemi:	☐ Radyant ısıtıcı ☐ Kuvöz ☐ Oda ısısı ☐ Diğer: _____
Isı kaybını artıran durumlar (açıklık, ıslak bez, uzun muayene vb.):	☐ Var ☐ Yok
Bebeğin giyimi	☐ Uygun ☐ Fazla ☐ Yetersiz
Fizyolojik Risk Faktörleri	
Prematürite (GA < 37 hf):	☐ Evet ☐ Hayır
Düşük doğum ağırlığı (<2500 g):	☐ Evet ☐ Hayır
Enfeksiyon bulguları:	☐ Var ☐ Yok
Nörolojik bozukluk / hipotoni:	☐ Var ☐ Yok
Sıvı kaybı (ishal, kusma, terleme):	☐ Var ☐ Yok
Bu bölümle ilgili koyduğunuz tanıların ad(lar)ını yazınız.	

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

8) HAREKET

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

Oyun-Eğlence

Yaşa uygun oyun/aktivite süresi:	☐ Yeterli ☐ Yetersiz
Oyuncak seçimi:	☐ Güvenli ve yaşa uygun ☐ Uygunsuz / tehlikeli
Etkileşimli oyun (ebeveyn/çocuk) gözlemlendi mi?	☐ Evet ☐ Hayır
Sosyal oyun / paylaşım davranışı (yaş uygun) gözlemlendi mi?	☐ Evet ☐ Hayır
Aile / bakım veren oyun ve öğrenme etkinliklerine katılıyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır
Aile çocukla etkin oyun ve etkileşim konusunda bilgilendirildi mi?	☐ Evet ☐ Hayır

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

10) CİNSELLİK

Cinsel kimliğinin gelişimsel aşamaya uygunluğu	
Yaşa uygun cinsel merak duygusu	☐ Yok ☐ Var (açıklayınız) _____
Cinsel içerikli uygunsuz davranış gözlemlendi mi?	☐ Evet ☐ Hayır
Kendi bedenine yönelik sağlıklı farkındalık gelişmiş mi?	☐ Evet ☐ Hayır

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

Ailenin değerleri ve inançlarının cinsel kimlik üzerine etkisi	
Ebeveyn / bakım veren cinsel gelişim hakkında bilgilendirildi mi?	☐ Evet ☐ Hayır
Masturbasyon durumu	☐ Yok ☐ Var
Menstruasyon durumu	☐ Yok ☐ Var

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

11) UYKU VE DİNLENME

Uyku süresi (ortalama)	_____ saat/gece. _____ saat/gündüz
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 ☐ Korkular ☐ 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 ☐ Uyurgezerlik ☐ 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.

	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ ÇOCUK VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	LHÜ-EBE-FRM-0008
		İlk Yayın Tarihi	15.02.2022
		Revizyon Tarihi	24.11.2025
		Revizyon No	1

REVİZYON BİLGİLERİ

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