



Özel EKOL HASTANESİ

EBELİK SÜRECİ GEBE ÖN DEĞERLENDİRME VE TANILAMA FORMU



HASTA BİLGİLERİ

HASTA ADI-SOYADI : GEBELİK HAFTASI :
ODA NO. : MESLEĞİ :
YATIŞ TARİHİ : EĞİTİM DURUMU :
YATIŞ ENDİKASYONU : HASTA YAKINI İLETİŞİM NUMARASI :

Hastaya ait barkod yapıştırmız.

HEMŞİRELİK KABUL BİLGİLERİ

Hastaneye Geliş Şekli: Yürüyerek Tekerlekli Sandalye Sedyeye Geldiği Yer: Ev Yoğun Bakım Acil Servis Diğer.....

Rh Uyumsuzluğu; Yok Var Kan Grubu: Daha Önce Kan Transfüzyonu: Yok Var
Mevcut Gebelikte : Yok Var Kan Grubu: Daha Önce Kan Transfüzyonunda Reaksiyon (varsa): Yok Var (Açıklayınız.)
Önceki Gebeliklerde: Yok Var

Alerji; Son Adet Tarihi:/...../20.....

Sürmekte Olan Enfeksiyon; İzolasyon: Yok Solunum Damlacık Temas Gravidite (Bu dahil toplam gebelik sayısı): Parite (Daha önceki doğum sayısı): Yaşayan Çocuk Sayısı:

Laboratuvar Sonuçları; HBsAg: Negatif Pozitif HCV: Negatif Pozitif Gerçekleşen Doğumlarda Yaşanan Komplikasyonlar;

Tetanoz Toksoid İmmünizasyonu; Yok Var İsteğe Bağlı Küretaj Sayısı (D&C):

Talasemi Taşıyıcılığı; Yok Var Terapötik Küretaj Öyküsü; Tanısal Küretaj Öyküsü;

Geçirilmiş Enfeksiyon Öyküsü; Önceki Gebeliklerde Düşük Sayısı / Nedenleri;

CYBE Öyküsü; Önceki Gebeliklerde Ölü Doğum Sayısı / Nedenleri;

Geçirilmiş Ameliyat Öyküsü; Önceki Gebeliklerde Yenidoğan Kaybı / Nedenleri;

Geçirilmiş Jinekolojik Ameliyat Öyküsü; Önceki Gebeliklerde Fetal Komplikasyonlar;

Anestezi Öyküsü / Şekli / Varsa Reaksiyon; Anomalili Bebek Doğurma Öyküsü;

İnfertilite Tedavisi Varlığı / Öyküsü; Önceki Gebeliklerde Çoğul Gebelik Öyküsü;

Mevcut Gebelik Durumu; Tekil Çoğul Önceki Gebeliklerde Postmatüre Doğum; Önceki Gebeliklerde Prematüre Doğum;

Ailede Kalıtsal Hastalıklar; Bir Önceki Gebeliğin Sonlanma Tarihi:/...../20.....

Anneye Ait: Yok Var(Açıklayınız.) Bir Önceki Gebelikte Gerçekleşen Doğum Şekli; Normal Doğum Sezaryen Doğum

Babaya Ait: Yok Var(Açıklayınız.) Son Bebeğin Doğum Ağırlığı:

Sigara / Alkol / Diğer Madde Bağımlılığı; Psikiyatrik Hastalıklar; Kronik Sistemik Hastalıklar;

MEVCUT GEBELİKTE MATERNAL KOMPLİKASYONLAR / RİSK FAKTÖRLERİ

İLK GELİŞ BULGULARI - Saati::.....

MEVCUT GEBELİKTE MATERNAL KOMPLİKASYONLAR / RİSK FAKTÖRLERİ		İLK GELİŞ BULGULARI - Saati::.....		
Anemi : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Açıklayınız.)	VİTAL SEMPTOMLAR	BOY:	KAN BASINCI:	NABİZ:
Vajinal Kanama : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Açıklayınız.)		KİLO:	ATEŞ:	SOLUNUM:
VTE Riski Skor : <input type="checkbox"/> Improve <input type="checkbox"/> Caprini <input type="checkbox"/> Kanama Riski		TV: cm	EFESMAN: %.....	NST:
Preeklampsi : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Açıklayınız.)		BAŞ SEVİYESİ:	POŞ: <input type="checkbox"/> Berrak <input type="checkbox"/> Mekonyumlu	KANAMA;
Eklampsi : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Açıklayınız.)				
Diyabet : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Açıklayınız.)				
Renal Hastalık : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Açıklayınız.)				
Kardiyo Vasküler Hast. : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Açıklayınız.)				
Tiroid Hastalığı : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Açıklayınız.)				
Astım : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Açıklayınız.)				
Epilepsi : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Açıklayınız.)				
Obezite Risk Faktörü : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> >30 kg/m ² VKİ:				

SİSTEM TANILAMASI

SİSTEM TANILAMASI			
Nöroloji; <input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Oryante <input type="checkbox"/> Konfüzyon <input type="checkbox"/> Laterjik <input type="checkbox"/> Stupor <input type="checkbox"/> Hemiplejik <input type="checkbox"/> Paraplejik <input type="checkbox"/> Paralizi <input type="checkbox"/> Baş dönmesi <input type="checkbox"/> Migren <input type="checkbox"/> Diğer.....	Kardiyovasküler Sistem; <input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Çarpıntı <input type="checkbox"/> Pretibial Ödem <input type="checkbox"/> Varis; <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Kalp Pili; <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Kalp Kapakçığı; <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Emasyonel; <input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Depresif <input type="checkbox"/> Anksiyöz <input type="checkbox"/> Ajite <input type="checkbox"/> Diğer.....	İşitme / Konuşma; <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Anlaşılmaz <input type="checkbox"/> Konuşamama <input type="checkbox"/> Duyuyor <input type="checkbox"/> Az Duyuyor <input type="checkbox"/> Duymuyor <input type="checkbox"/> Diğer.....
Fiziksel Durumlarını Karşılatabilme; <input type="checkbox"/> Bağımlı <input type="checkbox"/> Yarı Bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımsız	Solunum / Göğüs; <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ortopne <input type="checkbox"/> Solunum Güçlüğü <input type="checkbox"/> Balgam <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Hemoptizi <input type="checkbox"/> Yüzeysel Solunum	Uyku Düzeni; <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Uyuma Güçlüğü <input type="checkbox"/> Sedasyon ile	İşitme Cihazı; <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
GİS; <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Hematemez <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Dispepsi <input type="checkbox"/> Kolostomi Torbası <input type="checkbox"/> Dışkılama Düzeni ; günde kez	Kas/İskelet Sistemi; <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hareket Kısıtlılığı <input type="checkbox"/> Artrit <input type="checkbox"/> Kemik Deformitesi <input type="checkbox"/> Hemipleji <input type="checkbox"/> Paralizi <input type="checkbox"/> Protez; <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Deri; <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Solgun <input type="checkbox"/> Yanık <input type="checkbox"/> Ekimoz <input type="checkbox"/> Döküntü <input type="checkbox"/> Diğer.....	Ağız / Dil; <input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Aft <input type="checkbox"/> Monilya <input type="checkbox"/> Paslı Dil <input type="checkbox"/> Ağız Kokusu <input type="checkbox"/> Diş Çürüğü <input type="checkbox"/> Diş Protezi; <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Genito Üriner; <input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Sık İdrar <input type="checkbox"/> Vajinal Kanama <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Foley Sonda <input type="checkbox"/> Glob <input type="checkbox"/> İdrar Retansiyonu <input type="checkbox"/> Cinsel Sorun İfadesi ; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Belirtiniz;.....		Beslenme; <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> İştahsız <input type="checkbox"/> Yardımla <input type="checkbox"/> Kendi Kendine <input type="checkbox"/> OGS; <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Görme; <input type="checkbox"/> Görüyor <input type="checkbox"/> Görmüyor <input type="checkbox"/> Kızarıklık/Akıntı <input type="checkbox"/> Diğer..... <input type="checkbox"/> Gözlük; <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok

Doküman No

Yayın Tarihi

Revizyon No

Revizyon Tarihi

Sayfa No

DH.FR.04

12.07.2021

01

20.02.2023

1/2



Özel **EKOL HASTANESİ**
EBELİK SÜRECİ GEBE ÖN DEĞERLENDİRME VE TANILAMA FORMU



GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA ve TEMEL GÜV. İLKELERİ	ÖDEM DEĞERLENDİRME	HASTA İLAÇ BİLGİLERİ
<input type="checkbox"/> Hasta Kimliklendirme Bilekliği Kullanımı	Bölge : Tanılama: <input type="checkbox"/> +(1) <input type="checkbox"/> ++(2) <input type="checkbox"/> +++(3) <input type="checkbox"/> ++++(4)	Sürekli Kullanmak Zorunda Olduğu İlaçlar; 1- 2- 3- Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçlar; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(HB.FR.24 Formunu Doldurunuz.)
<input type="checkbox"/> Servis Tanıtımı	Bölge : Tanılama: <input type="checkbox"/> +(1) <input type="checkbox"/> ++(2) <input type="checkbox"/> +++(3) <input type="checkbox"/> ++++(4)	
<input type="checkbox"/> Hasta Odası Tanıtımı	Bölge : Tanılama: <input type="checkbox"/> +(1) <input type="checkbox"/> ++(2) <input type="checkbox"/> +++(3) <input type="checkbox"/> ++++(4)	
<input type="checkbox"/> Düşme Riski Önlemleri Alınması		
<input type="checkbox"/> Hastane Kuralları Hakkında Bilgilendirme		
<input type="checkbox"/> Acil Durum Tahliye Tanıtımı		

Hasta Kısıtlaması: Yok Var(HB.FR.30 Formunu Doldurunuz.)

Ölüm Korkusu / Ölümle İlgili Konuşma; Hayır Evet

Özel / Dini / Kültürel Gereksinimler(varsa);

İTAKİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

YAŞ	60-69 yaş	1
	70-79 yaş	2
	80 ve üstü	3
BİLİNÇ DURUMU	Bilinci kapalı.	1
	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)	2
DÜŞME HİKAYESİ	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.	3
HASTALIKLAR / KOMORBİDİTELER (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)	Hastalıklardan en fazla ikisi 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 kontinans bozukluğu var.	1
GÖRME DURUMU	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.)	2
	İleri derecede görme engeli var.	10
İLAÇ KULLANIMI	4'den 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 (Hastanın hareketlerini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV infüzyon, foley kateter, göğüs tüpü vb.)	Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var.	1
	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.	2

Toplam Puan 10'un altında ise **DÜŞÜK RİSK**, Toplam Puan 10 ve üzerinde ise **YÜKSEK RİSK** (18 Yaş altı hastalara **HARİZMİ II** Düşme Riski Ölçeği Kullanılmamalıdır.)

Değerlendirme **TOPLAM PUANI:**

GLASGOW KOMA SKALASI

Göz Açılması	Skor	Sözel Cevap	Skor	Motor Cevap	Skor
Spontan	4	Koopere / Oryante	5	Uygun	6
Sözel Uyarı	3	Dezoryante	4	Ağrı Lokalizasyonu	5
Ağrılı Uyarı	2	Yetersiz Kelimeler	3	Ağrıya Fleksiyon Yanıtı	4
Tepki Yok	1	Uygunsuz Kelimeler	2	Dekortik Fleksiyon	3
		Cevap Yok	1	Deserebre Extensiyon	2
				Tepki Yok	1

TOPLAM PUAN:

GKS Skoru: "15 - Oryante" "13-14 Konfüze" "8-13 Stupor" "3-8 Prekoma" "3 - Koma"

BESLENME DEĞERLENDİRME

Vücut Kitle İndeksi (VKİ) Hesaplaması: Vücut Ağırlığı (kg) / Boy Uzunluğunun Karesi (m²)
Hastanın Vücut Kitle İndeksi (VKİ):

➤ Vücut Kitle İndeksi (VKİ) < 20,5 kg/m² mi? Evet Hayır
➤ Hasta son üç ayda kilo kaybetti mi? Evet Hayır
➤ Son 7 gün içerisinde gıda alımında azalma oldu mu? Evet Hayır
➤ Hasta ileri derecede hasta mı? (Örneğin yoğun bakımda mı?) Evet Hayır

• Bu sorulardan biri "Evet" ile cevaplanırsa, **Esas Değerlendirmeye** devam edilir. **Esas Değerlendirme Diyetisven tarafından yapılır.**
• Bütün sorular "Hayır" ile cevaplanırsa, hastaya her hafta yeniden **Ön Değerlendirme** yapılır.

BRADEN BASINÇ YARASI RİSK TANILAMA ÖLÇEĞİ

	1	2	3	4
DUYGUSAL ALGILAMA	Tamamen Sınırlı	Çok Sınırlı	Hafif Sınırlı	Normal
NEM (Vücut Temizliği)	Sürekli Nemli	Çok Nemli	Ara sıra Nemli	Nadiren Nemli
AKTİVİTE	Yatağa Bağımlı	Sandalyeye Bağımlı	Ara sıra Yürüyor	Sık sık Yürüyor
HAREKETLİLİK	Tamamen Hareketsiz	Çok Sınırlı	Hafif Sınırlı	Sınırlama Yok
BESLENME	Kaşektik	Kısmen Yeterli	Yeterli	Çok İyi
SÜRTÜNME ve YIRTILMA	Problem	Potansiyel Problem	Problem Yok	

BASINÇ YARASI DERECELENDİRME

Risk Düzeyi	Toplam Puan	Yapılacak İşlem
Çok Riskli	12 ve altı	Basınç yarası hemşirelik bakım formu ile bakıma başlanır. 8 saat ara ile deri bütünlüğü kontrol edilir.
Riskli	13-14 puan	Basınç yarası hemşirelik bakım formu ile bakıma başlanır. 12 saat ara ile deri bütünlüğü kontrol edilir.
Az Riskli	15-16 puan	Basınç yarası hemşirelik bakım formu ile bakıma başlanır. 24 saat ara ile deri bütünlüğü kontrol edilir.

AĞRI DEĞERLENDİRME

YÜZ SKALASI	NUMERİK SKALA
Konuşamayan erişkin veya çocuk hastalarda kullanılır.	7 yaş ve üzeri bilinci açık hastalarda kullanılır.
<p>0 yok 1-2 çok az 3-4 biraz 5-6 fazla 7-8 çok fazla 9-10 şiddetli</p>	<p>Ağrı Yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dayanılmaz Ağrı</p>
Ağrı Skoru:	Ağrı Skoru:

Hastanın ağrı skoru 3'ün üzerinde ise **AĞRI DEĞERLENDİRME** ve **TAKİP FORMU** ile ağrı yönetimine başlanır.

Eğer hastanın ağrısı 3 ve 3'ün altında ise; **HEMŞİRE GÜNLÜK TEDAVİ & GÖZLEM FORMU** ile günde iki kez değerlendirilerek, takibi yapılır.

Değerlendirmeyi Yapan Hemşire Adı Soyadı / İmza:

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
DH.FR.04	12.07.2021	01	20.02.2023	2/2