



**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ**

**DAHİLİ HASTALIKLAR DERSİ
BAKIM PLANI**

**ÖĞRENCİ ADI-SOYADI
ÖĞRENCİ NUMARASI**

.....
(DERSİN SORUMLU AKADEMİSYENİ)

Formun Doldurulduğu Tarih/ Saat:	
Servis:	Yatak No:
TANITICI ÖZELLİKLER	
Adı Soyadı:	Kiminle Yaşıyor:
Cinsiyeti:	Yaşadığı Şehir:
Yaşı:	Sosyal Güvencesi: () Var () Yok
Medeni Durumu:	Kan Grubu:
Eğitim Düzeyi:	ALERJİSİ: () Var () Yok () Bilinmiyor
Mesleği:	BULAŞICI HASTALIK: () Var () Yok () Bilinmiyor
Veri Toplama Kaynağı:	
HASTALIK ÖYKÜSÜ	
Yatış Tarihi/ Saati:	Geliş Şekli:
Çıkış Tarihi/ Saati:	() Yürüyerek () Sedye () Tekerlekli sandalye () Diğer
Ameliyat Tarihi:	Geldiği Yer: () Ev () Y.Bakım () Acil ()Kliniği () Diğer.....
Yatış Nedeni (Hastanın en önemli şikayeti ve ifadesi):	
Sorunun Başladığı Zaman ve Süresi:	Tıbbi Tanı:
Adli Vaka: () Evet () Hayır	
GENEL SAĞLIK ÖYKÜSÜ	
Geçirdiği hastalık/ hastalıklar:	
<u>Türü</u>	<u>Zamanı</u> <u>Sonucu</u>
.....	
.....	
Sürekli kullandığı ilaçlar:	
<u>Adı</u>	<u>Dozu (Sıklık)</u> <u>Kullanım Nedeni</u> <u>Kullanım Süresi</u>
.....	
.....	
Sürekli kullandığı: () Diş protezi () Kalp pili () Diğer..... () Yok	
SOY GEÇMİŞİ (HASTALIKLAR, ÖLÜM NEDENLERİ VS.)	
Hastalıklar: (diabet, kanser, kalp hst, inme, akciğer hst, tbc, astım, böbrek hst, epilepsi, psikiyatrik sorunlar..vb.)	
Anne:	Kardeş:
Baba:	Yakın akraba:
ALİŞKANLIKLARI	
() Sigara.....adet/ ...gün	() Alkol..... ml / ...gün /hafta/...ay
() Diğer (Madde, ilaç...vb.)	
HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ/MALZEME/ÖZEL EŞYA:	
() Yok () Var.....	

TIBBİ TANISI:
Bireyin hastaneye kabul tıbbi tanısını literatür bilgileri doğrultusunda aşağıdaki başlıklar atında kısaca açıklayınız.
Hastalığın Tanımı:
Belirti-Bulgular:
Tedavisi:
Komplikasyonları:

BİREYİN TEMEL LABORATUAR DEĞERLERİ

Laboratuvar Testleri	Normal Değerler	Hastanın Değerleri	Anormal Değerlerin Nedeni
WBC			
RBC			
Hct			
Hb			
Trombositler PLATELET			
BUN			
Kreatin			
Na			
INR PT APTT	uygunsa		
DİĞER TESTLER			
İdrar Testi			
HGA1c			

İLAC TEDAVİSİ ALERJİLERİ:

İlacın Ticari İsmi	İlacın Kullanım Dozu	İlacın Uygulama Yolu	İlacın Kullanım Nedeni	İlacın Yan Etkileri

YAŞAM AKTİVİTELERİ (YAŞAM MODELİ)

1.GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE SÜRDÜRME AKTİVİTESİ

OBJEKTİF

1. Mental Durumu: Bilinci: () Açık () Bulanık () Kapalı
2. Duyu Organları:
- Görme:
- İşitme:
- Dokunma:
- Koklama:
- Tat Alma:
3. Enfeksiyon riski:
Enfeksiyon riski: Hayır () Evet () Tanımlayınız.....

4. Ağrı	
Ağrının yeri	Ağrının şiddeti
Ağrının niteliği	
Sızlama ()	Gerilme () Keskin ()
Künt ()	Zonklama () Sıkıştırma ()
Yanma ()	Acıma ()

Ağrının Başlangıcı:
Ağrının Süresi:
Ağrının Yayılışı:
Ağrıya eşlik eden şikayetler/yakınmalar:
Ağrıyı azaltan faktörler:
Ağrıyı arttıran faktörler:
Yara iyileşmesi ile ilgili herhangi bir sorunu var mı? () Hayır () Evet, Tanımlayınız:

5. Düşme Riski		
DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (HENDRİCH II)		
Konfüzyon / Dezoryantasyon/ Oryantasyon Bozukluğu	☐	4 puan
Semptomatik / Depresyon	☐	2 puan
Boşaltım İhtiyacında Sorun	☐	1 puan
Baş Dönmesi	☐	1 puan
Cinsiyet (erkek)		1 puan
Sandalyeden kalkma testi* (tek seçenek işaretlenecek)		
• Kollarını kullanmadan kalkabiliyor	☐	0 puan
• Kalmak için sandalye kolunu kullanıyor ve tek denemede kalkabiliyor	☐	1 puan
• Kalmak için sandalye kolunu kullanıyor ancak birden fazla deneme ile kalkabiliyor	☐	3 puan
• Yardım almadan kalkamıyor	☐	4 puan

Antiepileptik Grubu İlaç Kullanımı (Karbamezepin, Tegretol, Phenytoin, Eptantoin, Valporik Asit, Depakin, Pimidon, Mysoline, Lamotrigin, Lamictal, Phenobarbital, Luminal, Exhosuximid, Petimid)	☐	2 puan
Benzodiazepin Grubu İlaç Kullanımı (Alprazolam, Xanax, Buspiran, Buston, Chlordiazepoxid, Librium, Clonazepam, Rivotril, Clorazepatdipotasyum, Tranxilane, Diazepam, Diazem, Lorazepam, Rivotril, Midazolam, Dormicum, Oxazepam, Serapax)	☐	1 puan

TOPLAM PUAN		
RİSK ÖLÇÜMÜ	PUANLAMA	YAPILMASI GEREKEN FAALİYETLER
Risk yok	0-4	Haftada bir kez düşme riskini yeniden değerlendirin.
Yüksek Risk	5 ve üzeri	Her gün düşme riskini yeniden Değerlendirin. Düşme olaylarını önlemeye yönelik ebelik girişimlerini uygulayın.

	TESPİT EDİCİ GEREKSİNİMİ	
Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	Var ()Yok ()	“Var” ise kısıtlama altındaki bireye uygun ebelik girişimlerini uygulayın.

İZOLASYON

Gereksinim var mı?	☐ Var ☐ Yok	“Var” ise izolasyon uygulanan bireye uygun hemşirelik girişimlerini uygulayın.
Varsa izolasyon şekli	☐ Temas ☐ Sıkı temas ☐ Damlacık ☐ Solunum ☐ Diğer	

TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ				
☐ Hasta bilekliği takıldı	Oksijen sistemi	☐ Açık	☐ Kapalı	
☐ Hasta ünitesi tanıtıldı	Pencereler	☐ Açık	☐ Kapalı	
☐ Yatak kenarlıkları yukarıda	Yatak frenleri	☐ Açık	☐ Kapalı	
☐ Yatak başı düzeni sağlandı	Refakatçi gereksinimi	☐ Var	☐ Yok	

SUBJEKTİF

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

.....

1. İLETİŞİM

OBJEKTİF
İletişim şekline göre birey: () İçe dönük () Dışa Dönük () İyimser () Karamsar () Kendisi ile barışık
Kullandığı dil (lisanı):
İletişim kurabilmek için yardıma gereksinimi var mı? () Hayır () Evet, Tanımlayınız:
Görüşme sırasında herhangi bir konuşma sorunu fark ettiniz mi? () Hayır () Evet, Tanımlayınız:
Hasta, yakınları ile iletişim kuruyor mu? () Hayır () Evet, Tanımlayınız:
Hasta, sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kuruyor mu? () Hayır () Evet, Tanımlayınız:
Birey sorulan sorulara uygun yanıtlar veriyor mu? () Hayır () Evet, Tanımlayınız:
Birey iletişim sırasında göz teması kuruyor mu? () Hayır () Evet, Tanımlayınız:
SUBJEKTİF
Hasta bireyin iletişim aktivitesine ilişkin soru/sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

2. SOLUNUM

OBJEKTİF					
Solunum hızı: .../dk					
Abdominal ()	Diyafragmatik ()	Eforlu ()	Eforsuz ()	Özel Pozisyon:	
Derinliği: ()Yüzeyel () Derin					
Yardımcı solunum kaslarının kullanımı:					
Solunum ritmi:					
Normal solunumunu sürdürebiliyor mu?					
() Hayır					
() Evet, Tanımlayınız:					
Geçmişte solunumla ilgili herhangi bir problemi mevcut mu?					
() Hayır					
()Evet, tanımlayınız:					
Öksürük:					
() Hayır					
()Evet, tanımlayınız:					
Balgam çıkarıyor mu?					
() Hayır					
()Evet, tanımlayınız:					
Göğüs ağrısı:					
() Hayır					
()Evet, tanımlayınız:					
Siyanoz:					
() Hayır					
()Evet, tanımlayınız:					
Hemoptizi:					
() Hayır					
()Evet, tanımlayınız:					
Solunum türü:					
() Apne	() Bradipne	() Takipne	() Hiperpne	() Hipopne	() Hiperventilasyon
() Kusmual Solunum	() Cheyne-Stokes Solunum	() Dispne	() Hipoksi	()	() Anoksi
KARDİYOVASKÜLER SİSTEM					
Nabız hızı:/dk		() Radyal		() Apikal	
Nabız ritmi: () Düzenli () Düzensiz					
Kan Basıncı:mmHg					
SUBJEKTİF					
Hasta bireyin solunum aktivitesine ilişkin öksürük, solunum sıkıntısı vb. gibi soru/sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz:					

3. BESLENME

OBJEKTİF					
Boy:.....cm		Kilo:.....kg		Beden Kitle İndeksi (BKİ):	
☐ Kaşektik		☐ Normal		☐ Obez	☐ Morbid Obez
Günlük öğün sayısı:					
Son 6 ayda kilo aldı mı?					
☐ Evet, belirtiniz:					
☐ Hayır					
☐ Bilinmiyor					
İştahını nasıl tanımlıyor?					
☐ İyi ☐ Yetersiz ☐ Kötü					
Herhangi bir diyet sınırlaması var mı? (Hastanın kendisinin uyguladığı / Hekimin önerdiği):					
☐ Hayır		☐ Evet, tanımlayınız:			
Bir günde ortalama ne kadar sıvı alıyor?					
Su:.....bardak/gün					
Diğer:					
Aşağıdaki durumlarla ilgili bir sorunu var mı?					
Bulantı: ☐ Hayır ☐ Evet, Tanımlayınız:					
Kusma: ☐ Hayır ☐ Evet, Tanımlayınız:					
Yutma: ☐ Hayır ☐ Evet, Tanımlayınız:					
Çiğneme: ☐ Hayır ☐ Evet, Tanımlayınız:					
Beslenme aktivitesini etkileyebilecek herhangi bir inancı var mı?					
☐ Hayır ☐ Evet, Tanımlayınız:					
Beslenme Şekli:					
☐ Oral. ☐ Enteral ☐ Parenteral					
Beslenmeyi Engelleleyen Faktörler					
☐ Oral	☐	☐ Yutma	☐ Bilinç	☐ Fiziksel	☐ Diğer
Lezyonlar	Ameliyat	güçlüğü	durumu	güçsüzlük	
SUBJEKTİF					
Hasta bireyin beslenme aktivitesini etkileyen/alışkanlığını/tercihlerini etkileyen faktörleri kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.....					

4. BOŞALTIM

OBJEKTİF								
Bağırsak Boşaltımı								
Boşaltım gereksinimini fark etme: ☐ Hayır ☐ Evet								
Boşaltım aciliyetinde değişim: ☐ Hayır ☐ Evet								
Miktarda herhangi bir değişim: ☐ Hayır ☐ Evet								
Dışkılama alışkanlığında değişim oldu mu? ☐ Hayır ☐ Evet								
Dışkının özelliği								
Sıklık (Kez/gün):								
İçerik: ☐ Katı ☐ Yumuşak ☐ Sıvı								
Renk: ☐ Kahverengi ☐ Siyah ☐ Sarı ☐ Yeşil ☐ Beyaz/kil. ☐ Kırmızı								
Kıvamı: ☐ Şekli ☐ Sulu. ☐ Sert								
Kokusu: ☐ Keskin. ☐ Diğer								
Bağırsak boşaltımına ilişkin hasta bireyin yaşadığı sorunlar: ☐ Kan ☐ Parazit ☐ Ağrı ☐ Mukus								
Normal boşaltımı sürdürmek için yaptığınız uygulamalar: ☐ Ilık su içme ☐ Egzersiz ☐ Diğer.....								
Bağırsak boşaltımı için kullanılan boşaltım yardımcıları:								
☐ Yok ☐ Kolostomi ☐ Sürgü. ☐ Laksatif kullanma ☐ Lavman uygulama								
☐ Konstipasyon ☐ Diyare ☐ Distansiyon								
İdrar Boşaltımı:								
Boşaltım gereksinimini fark etme: ☐ Hayır ☐ Evet								
Miktarda herhangi bir değişim: ☐ Artma ☐ Azalma								
İdrarın Özelliği								
Sıklık (Kez/gün):								
Görünümü: ☐ Berrak ☐ Bulanık								
☐ Anüri	☐ Dizüri	☐ Noktüri	☐ Hematüri	☐ Poliüri	☐ Oligüri	☐ Pollaküri	☐ İnkontinans	☐ Üriner retansiyon
İdrar boşaltımını gerçekleştirmek için kullandığı yardımcılar:								
☐ Ürostomi	☐ İdrar sondası	☐ Kondom kateter	☐ Sürgü/ördek	☐ Diüretik ilaçlar	☐ Mesane irigasyonu	☐ TAK		
SUBJEKTİF								
Bağırsak Boşaltımı:								
Hasta bireyin bağırsak boşaltım alışkanlığındaki değişimi, karşılaştığı sorunları kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz...								
İdrar Boşaltımı:								
Bireyin idrar boşaltımı alışkanlığındaki değişimi, karşılaştığı sorunları kendi ifadeleri ile tırnak içinde (“ ”) gösteriniz								
.....								

5. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME

OBJEKTİF						
Hijyen Alışkanlıkları						
Banyo: Sıklık: Kullanılan Ürün: Sorum: ()Hayır....()Evet, Tanımlayınız:						
Ağız Temizliği: Sıklık: Kullanılan Ürün: Sorum: ()Hayır....()Evet, Tanımlayınız:						
Giyinme/Soyunmada zorluk çekiyor mu? ()Hayır....()Evet, Tanımlayınız:						
Deri Muayenesi						
() Sıcak	() Soğuk	() Nemli	() Kuru			
() Turgor normal	() Dehidrate	() Diğer				
() Basınç ülseri	() Ödem	() Kızarıklık	() Diğer			
Mukoz Mebran						
Ağız						
() Nemli	() Kuru	() Beyaz	() Soluk	() Pembe	() Kırmızı	() Siyanoze
() Diş çürüğü	() Diş dolgusu	() Diş protezi				

BASINÇ YARASI RİSK FAKTÖRLERİ			
☐ Obezite	☐ Odem	☐ Steroid kullanımı	☐ Travma
☐ Beslenme bozukluğu	☐ Anemi	☐ Hipertermi	☐ Anoreksia
☐ Diyabet	☐ Hipotansiyon	☐ Hipotermi	☐ Serabro Vasküler
☐ Yaşlılık	☐ Tüp ile beslenme	☐ Yatağa bağımlılık	☐ Olay
☐ Zayıflık	☐ Hareket kısıtlılığı	☐ Büyük ameliyat	☐ Periferik vasküler hastalık

BASINÇ YARASI RİSKİNİ DEĞERLENDİRME (NORTON SKALASI)										
Fiziksel durum	Puan	Mental durum	Puan	Aktivite	Puan	Mobilite	Puan	İnkontinans Üriner/Fekal	Puan	TOPLAM
İyi	4	Açık/ Uyanık	4	Yürüyor	4	Tam	4	Yok	4	
Orta	3	Apatik-İlgisiz	3	Yardımla yürüyor	3	Sınırlı	3	Bazen	3	
Kötü	2	Konfüze	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok sınırlı	2	Genellikle idrar	2	
Çok kötü	1	Stupor	1	Yatağa bağımlı	1	Hareketsiz	1	İdrar ve gaita	1	
RİSK ÖLÇÜMÜ			PUANLAMA			YAPILMASI GEREKEN FAALİYETLER				
Risk yok			12 ve üzeri			Haftada bir kez basınç yarası riskini yeniden değerlendirin. Basınç yarasını önlemeye yönelik girişimlere devam edin.				
Yüksek Risk			1-11			Hergün basınç yarası riskini yeniden değerlendirin. . Basınç yarasını önlemeye yönelik girişimlere devam edin.				

SUBJEKTİF

Hasta bireyin kişisel temizlik ve giyinme aktivitesine ilişkin alışkanlıklarındaki değişimi, soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.....

6. BEDEN SICAKLIĞININ KONTROLÜ

OBJEKTİF
Ortam sıcaklığı tercihi: () tercihi: () Normal () Soğuk
Sıcaklık:..... C; () Oral () Rektal () Aksiller () Timpanik. () Temporal
SUBJEKTİF
Hasta bireyin beden sıcaklığını kontrolü aktivitesine ilişkin, bireysel tercihlerini, soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

7. HAREKET

OBJEKTİF
Genel yaşam tarzınız: () Aktif () Sedanter (Sakin)
Harekette zorlanma: () Hayır () Evet, tanımlayınız (zamanı, yeri):
Hareket etmesini engelleyen herhangi bir fiziksel engeli var mı? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Hareketine yardımcı araç/gereç kullanıyor mu?
() Yürüyüş kemeri () Kaydırma tahtası () Kaldıraç () Kum torbaları () Walker
() Trapez () Çengel () Trokanter rulolar () Koltuk değneği
Ekstremitte Kaybı: () Hayır () Evet, yeri:
Denge: () Normal () Ayakta duramama () Sendeleme
Postür: () Normal () Kifoz. () Lordoz () Diğer
Hareket sırasında güvenlik önlemlerinin (yatak kenarlığı, tespit ediciler vb.) alınmasına gereksinim var mı? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Dinlenme sırasında basınç bölgelerinin desteklenmesi gerekir mi? () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Tremor: () Hayır () Evet, tanımlayınız:
Paralizi varlığı: () Hayır () Evet, yeri:
Fizik tedavi alıyor mu? () Hayır () Evet, yeri:
SUBJEKTİF
Hasta bireyin hareket aktivitesine ilişkin, değişimi, soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak yazarak (“ ”) içinde belirtiniz.

8. ÇALIŞMA VE EĞLENCE

OBJEKTİF
Gelir gider durumu: ☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Geliri giderinden fazla
Çalışma durumu:saat/gün
Boş zamanlarını değerlendirme biçimi:
Son bir aydır sağlık sorununa bağlı olarak günlük işleri aksadı mı? (Ev, iş, Çalışma hayatı): ☐ Hayır ☐ Biraz ☐ Evet
Son bir aydır fiziksel sağlığı ve ruhsal sorunları sosyal aktivitelerini/hobilerini engelledi mi? ☐ Hayır ☐ Evet, Tanımlayınız:
SUBJEKTİF
Hasta bireyin çalışma ve eğlenme aktivitesine ilişkin, çalışma durumu, gelir durumu, boş zamanlarını değerlendirme durumu vb.gibi değişimi, soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak yazarak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

9. CİNSELLİĞİ İFADE ETME

OBJEKTİF			
Görüşmede soruları cevaplama durumu:			
☐ Girişken	☐ Çekingen	☐ Utangaç	☐ Saldırgan
Doğurganlığı planlama yöntemi:			
☐ Kullanmıyorum	☐ Kombine oral kontraseptif (Doğum kontrol hapi)	☐ Kondom	☐ Diğer
☐ Rahim içi araç	☐ Tüplerin bağlanması	☐ Vazektomi	
KADIN		ERKEK	
Menstruasyon siklusü:		Kendi kendinize testis muayenesi yapıyor musunuz?	
☐ Düzenli	☐ Düzensiz	Sıklığı:	☐ Hayır ☐ Evet, sıklığı:
Kullandığı ürünün (ped, bez vb.) gün içindeki sayısı:			
Menstruasyon sırasında yaşanan sorunlar:		Üriner boşaltım ile ilgili sorunuz var mı?	
☐ Dismenore	☐ Amenore	☐ Hipermenore	☐ Hayır ☐ Evet, tanımlayınız:
☐ Metroraji	☐ Menoraji	☐ Hipomenore	
Menopoza Girdi mi? ☐ Hayır ☐ Evet, yılı:			
SUBJEKTİF			
Hasta bireyin cinselliği ifade etme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”)			

10.UYKU VE DİNLENME

OBJEKTİF				
Genel Uyku alışkanlıkları:				
Gece:.....st/gün		Gündüz:.....st/gün		
Uykuyu sağlamak için kullandığı metodlar:				
☐ süt içme	☐ müzik dinleme	☐ kitap okuma	☐ sessiz ortam	☐ TV seyretme
Hastanede kalışı süresince uyku hijyeni ile ilgili bir değişiklik oldu mu?				
☐ Uykuya dalmada güçlük		☐ Sabah çok erken uyanma		
☐ Uyku saatinde gecikme		☐ Sık sık uyanma		
☐ Uykusuzluk		☐ Dinlenememe		
Bireyin uykusunu etkileyen faktörler var mı?				
☐ Ağrı		☐ Hareket güçlüğü	☐ Sık idrara çıkma	
☐ Korku		☐ Stres	☐ Kaygı	
☐ Gürültü		☐ Işık	☐ Isı	
☐ Hastanede kahvaltı saatleri		☐ Tedavi Saatleri	☐ Tedavi için kullanılan araç- gereçler	
SUBJEKTİF				
Hasta bireyin uyku ve dinlenme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını, etkileyen faktörleri kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz				

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	BAĞIMLI*	YARI BAĞIMLI**	BAĞIMSIZ***
1.GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE SÜRDÜRME			
2. İLETİŞİM			
3. SOLUNUM			
4. BESLENME			
5. BOŞALTIM			
6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME			
7. BEDEN SICAKLIĞININ KONTROLÜ			
8. HAREKET			
9. ÇALIŞMA VE EĞLENCE			
10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME			
11. UYKU VE DİNLENME			

*Bağımlı: hasta birey yaşam aktivitesinin gerçekleştirilmesinde, tamamında yardım gereksinimi duymaktadır.

**Yarı bağımlı: hasta birey yaşam aktivitesini başka birinin desteği ve yardımcı araç gereç kullanarak yerine getirir.

***Bağımsız: hasta birey yaşam aktivitesinin tamamını bağımsız olarak kendi başına yerine getirir.

EBELİK TANILARI

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

EBE GÖZLEM RAPORU (5P)
(Yapılan işlemler kaydedilir)

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih	Saat	Notlar	Paraf

EBELİK BAKIM PLANI

TARİH	EBELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (-dı, -di)	DEĞERLENDİRME
	Etiyolojik Faktör (Sebep)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	AMAÇ (-mek, -mak)	Ebelik Girişimleri (-ecek, -acak)		