

|                |               |                  |
|----------------|---------------|------------------|
| Oğrenci Ebenin | Uygulama Yeri | Uygulama Haftası |
| Adı Soyadı :   | Unitesi :     | Tarihi :         |

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (2P)<br>Çocuğun<br>Adı Soyadı:<br>Cinsiyeti :<br>Yaşı :<br>TIBBİ TANİ:<br>Alerjisi : | Annenin / Babanın Adı Soyadı:<br>Yaşı :<br>Eğitim Durumu :<br>Mesleği :<br>Sağlık Durumu :<br>Yaşayan Çocuk Sayısı:<br>Akraba Evliliği :<br>Ailede Kalıtsal/ Kronik Hastalıklar: |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(2P) Hastalık Öyküsü (Başlangıç zamanı, şikâyetleri, şekli ( akut /kronik ) belirtilerin niteliği, yoğunluğu, sıklığı, lokalizasyonu, süresi, arttıran / azaltan faktörler):

#### FİZİKSEL ÖLÇÜMLER (3P)

Çocuğun (Bu kısım 2 yaşına kadar olan çocuklar için doldurulacaktır)

|                        |                     |                                                              |
|------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------|
| Doğumdaki Tartısı :    | Şu Andaki Tartısı : | Persentil:                                                   |
| Boy Uzunluğu :         | Boy Uzunluğu :      | Persentil:                                                   |
| Baş Çevresi :          | Baş Çevresi :       |                                                              |
| Persentil: Doğum Şekli |                     | : <input type="checkbox"/> Sezaryen <input type="checkbox"/> |
| Normal Göğüs Çevresi : | Karın Çevresi :     |                                                              |
|                        | Fontanel :          | Açık ( ) Kapalı ( )                                          |

**BAĞIMLILIK DURUMU:** Bağımsız ( ) Yarı Bağımlı ( ) Bağımlı ( )

**SİSTEMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ (5P)**

|                      |                                                  |                                            |                                                   |                                               |                                               |
|----------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Genel Görünüm</b> | <b>Aktif</b> <input type="checkbox"/>            | <b>Hipoaktif</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Huzursuz/ağlamalı</b> <input type="checkbox"/> | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/>     |                                               |
| <b>BAŞ</b>           | <b>Travma</b> <input type="checkbox"/>           | <b>Baş ağrısı</b> <input type="checkbox"/> | <b>Konak</b> <input type="checkbox"/>             | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/>     |                                               |
| <b>GOZLER</b>        | <b>Kızarıklık</b> <input type="checkbox"/>       | <b>Akıntı</b> <input type="checkbox"/>     | <b>Görme Bozukluğu</b> <input type="checkbox"/>   | <b>Şaşılık</b> <input type="checkbox"/>       | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/>     |
| <b>KULAKLAR</b>      | <b>Akıntı</b> <input type="checkbox"/>           | <b>Çınlama</b> <input type="checkbox"/>    | <b>Ağrı</b> <input type="checkbox"/>              | <b>İşitme Sorunu</b> <input type="checkbox"/> | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/>     |
| <b>BURUN</b>         | <b>Akıntı</b> <input type="checkbox"/>           | <b>Konjesyon</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Kanama</b> <input type="checkbox"/>            | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/>     |                                               |
| <b>AGIZ</b>          | <b>Diş çürüğü</b> <input type="checkbox"/>       | <b>Lezyon</b> <input type="checkbox"/>     | <b>Kötü Ağız Hijyeni</b> <input type="checkbox"/> | <b>Pamukçuk</b> <input type="checkbox"/>      | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/>     |
| <b>KONUŞMA</b>       | <b>Konuşma Problemi</b> <input type="checkbox"/> |                                            | <b>Kekemelik</b> <input type="checkbox"/>         | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/>     |                                               |
| <b>BOGAZ</b>         | <b>Ağrı</b> <input type="checkbox"/>             | <b>Tonsilit</b> <input type="checkbox"/>   | <b>Yutma Güçlüğü</b> <input type="checkbox"/>     | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/>     |                                               |
| <b>BOYUN</b>         | <b>Sertlik</b> <input type="checkbox"/>          | <b>Kitle</b> <input type="checkbox"/>      | <b>Duyarlık</b> <input type="checkbox"/>          | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/>     |                                               |
| <b>SOLUNUM</b>       | <b>Öksürük</b> <input type="checkbox"/>          | <b>Balgam</b> <input type="checkbox"/>     | <b>Hırıltı</b> <input type="checkbox"/>           | <b>Dispne</b> <input type="checkbox"/>        | <b>Ağrı</b> <input type="checkbox"/>          |
|                      |                                                  |                                            |                                                   | <b>Hemoptizi</b> <input type="checkbox"/>     | <b>Taşipne</b> <input type="checkbox"/>       |
| <b>DERİ</b>          | <b>Kızarıklık</b> <input type="checkbox"/>       | <b>Kuruluk</b> <input type="checkbox"/>    | <b>Kaşınma</b> <input type="checkbox"/>           | <b>Siyanoz</b> <input type="checkbox"/>       | <b>Sarıklık</b> <input type="checkbox"/>      |
|                      |                                                  |                                            |                                                   | <b>Solukluk</b> <input type="checkbox"/>      | <b>Pişik</b> <input type="checkbox"/>         |
| <b>GİS</b>           | <b>İştahsızlık</b> <input type="checkbox"/>      | <b>Ağrı</b> <input type="checkbox"/>       | <b>Diyare</b> <input type="checkbox"/>            | <b>Konstipasyon</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Bulantı-Kusma</b> <input type="checkbox"/> |
|                      |                                                  |                                            |                                                   |                                               | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/>     |

|                    |                                                   |                                                     |                                                 |                                         |                                                             |                                            |                                           |
|--------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>GUS</b>         | <b>Kaşınma</b> <input type="checkbox"/>           | <b>Hematüri</b> <input type="checkbox"/>            | <b>İnkontinans</b> <input type="checkbox"/>     | <b>Anüri</b> <input type="checkbox"/>   | <b>Poliüri</b> <input type="checkbox"/>                     | <b>Enürezis</b> <input type="checkbox"/>   | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>KAS-İSKELET</b> | <b>Ağrı</b> <input type="checkbox"/>              | <b>Hareket Sınırlılığı</b> <input type="checkbox"/> | <b>Kırık</b> <input type="checkbox"/>           | <b>Ödem</b> <input type="checkbox"/>    | <b>Bası Yarası</b> <input type="checkbox"/>                 | <b>Kızarıklık</b> <input type="checkbox"/> | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>NOROLOJİK</b>   | <b>Konvülsiyon</b> <input type="checkbox"/>       |                                                     | <b>Duyu Kaybı</b> <input type="checkbox"/>      | <b>Titreme</b> <input type="checkbox"/> | <b>Letarji</b> <input type="checkbox"/>                     | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/>  |                                           |
| <b>ENDOKRİN</b>    | <b>Büyüme Değişiklik</b> <input type="checkbox"/> |                                                     | <b>İştahın artması</b> <input type="checkbox"/> |                                         | <b>Enerji Düzeyinde Değişiklik</b> <input type="checkbox"/> |                                            | <b>Sorun Yok</b> <input type="checkbox"/> |

**HAYATİ BELİRTİLERİ (2P)**

**Vücut Isısı :**      **Nabız :**      **Solunum :**      **Tansiyon :**      **O2**

|                                                                                 |  |                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|
| <b>Satürasyonu: Motor-Mental Gelişimi: Motor-Semboller doldurulacaktır (3P)</b> |  |                        |  |
| Gözleriyle objeyi takip                                                         |  | Emekleme               |  |
| Başını tutma                                                                    |  | Yürüme                 |  |
| Eşya yakalama                                                                   |  | Kelime Söyleme         |  |
| Sağa-Sola Dönme                                                                 |  | Kaşık Tutma            |  |
| Destekli Oturma                                                                 |  | Gündüz drarını Söyleme |  |
| Desteksiz Oturma                                                                |  |                        |  |

**NOT:** (Ayına/ yaşına uygun olmayan gelişim sorunları var ise belirtiniz):

.....

## Çocuğun ayına uygun yapılan AŞILARINI işaretleyiniz. (5P)

| AŞILAR        | Doğumda | 1.ayın sonu | 2.ayın sonu | 4.ayın sonu | 6.ayın sonu | 9.ayın sonu | 12.ayın sonu | 18.ayın sonu | 24.ayın sonu | 48.ayın sonu | 13 yaş |
|---------------|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------|
| Hepatit B     | I       | II          |             |             | III         |             |              |              |              |              |        |
| BCG           |         |             | I           |             |             |             |              |              |              |              |        |
| DaBT-İpa Hib  |         |             | I           | II          | III         |             |              | R            |              |              |        |
| KPA           |         |             | I           | II          |             |             | R            |              |              |              |        |
| KKK           |         |             |             |             |             | ID*         | I            |              |              | II           |        |
| DaB T-İPA OPA |         |             |             |             |             |             |              |              |              | R            |        |
| Td            |         |             |             |             | I           |             |              | II           |              |              | R      |
| Hep-A         |         |             |             |             |             |             |              | I            | II           |              |        |
| Su Çiçeği     |         |             |             |             |             |             | I            |              |              |              |        |

NOT (Yapılmamış/ tablo dışında yapılmış olan aşıları varsa nedeni ile birlikte belirtiniz)

ID\* Riskli bölgelerde 9-11. Ayda ilave bir doz kızamık içeren aşı (K veya KKK) uygulanacaktır.

**LABORATUAR BULGULARI** (En son yapılanlar ve öncelikli/ doğrudan hastalığı ile ilgili olanlar yazılacaktır)  
(4P)

Tarih:

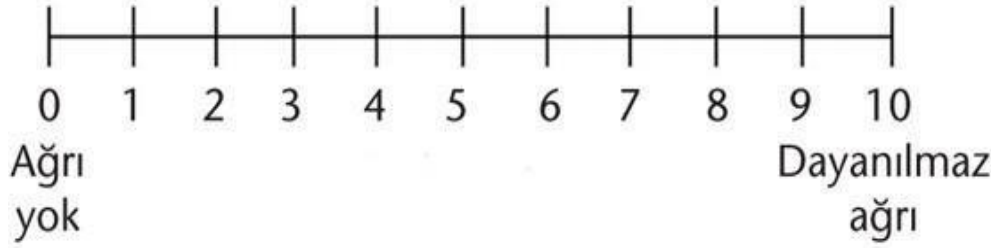
| Parametre                | Hastadaki Mevcut Değerler | Referans Aralıkları |
|--------------------------|---------------------------|---------------------|
|                          |                           |                     |
|                          |                           |                     |
|                          |                           |                     |
|                          |                           |                     |
|                          |                           |                     |
|                          |                           |                     |
| <b>Tam İdrar Tahlili</b> |                           |                     |
|                          |                           |                     |
| Renk (.....)             | Protein (.....)           | Diğer (.....)       |
| Dansite(.....)           | Glukoz (.....)            |                     |
| pH (.....)               | Eritrosit (.....)         |                     |



(2P) 0-5 yaş Wong Baker Yüzler Ağrı  
Değerlendirme Ölçeği Ağrısı  
Değerlendirme Saati:



(2P) Okul Çağı Çocuk Sayısal Ağrı  
Değerlendirme Skalası Ağrısı  
Değerlendirme Saati:



(4P) İLAÇ BİLGİSİ (Hastanın kullandığı ilaçlara ilişkin bilgiler:  
etken madde, endikasyon, kontrendikasyon, yan etkiler, ilaç besin  
etkileşimi vb.)

(4P) HASTALIK BİLGİSİ (Hastanın tanısına ilişkin bilgilendirme: tanım, belirtiler, komplikasyonlar, tedavi vb.)

**AİLE EĞİTİMİ:**  
**Hastane kuralları:**

**Çocukluk döneminde beslenme:**

**Büyüme ve gelişme:**

**Hijyen kuralları:**

**Aşılar:**

**Taburculuk:**

**Diğer**

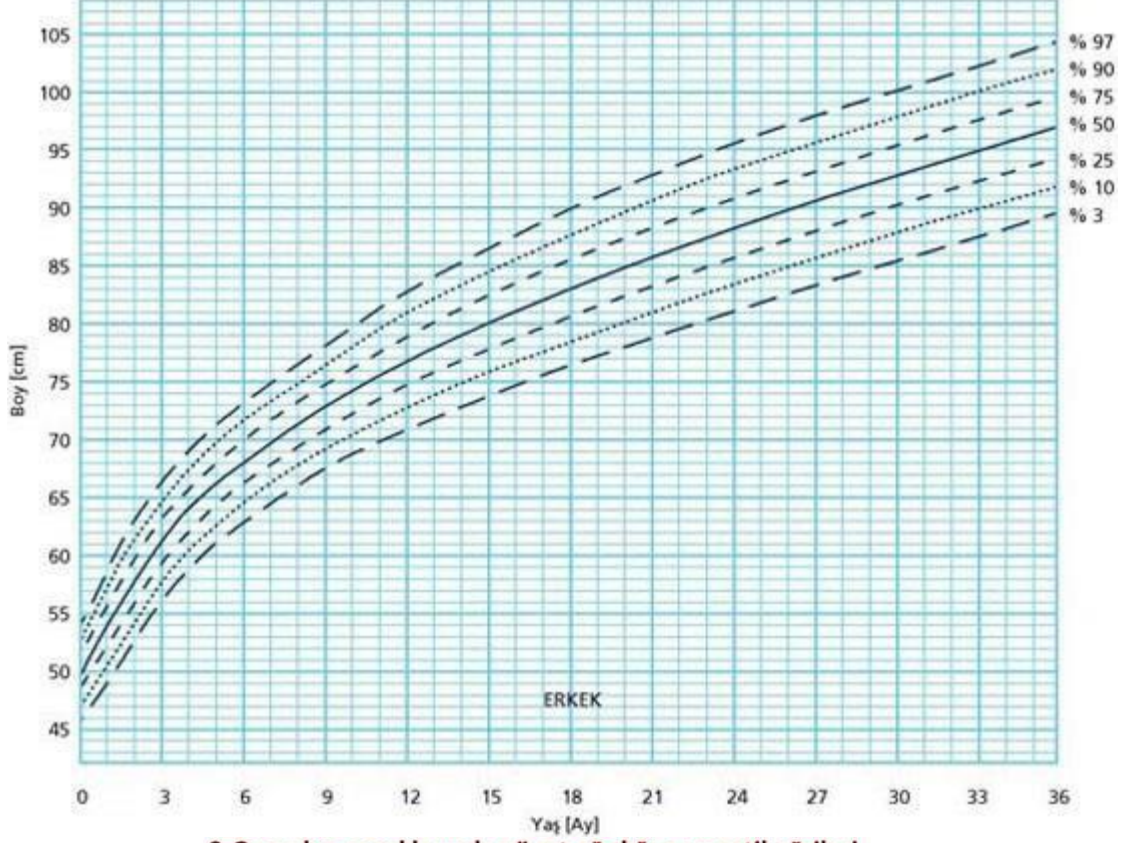
**Tarih:**

### EBE GÖZLEM FORMU(5p)

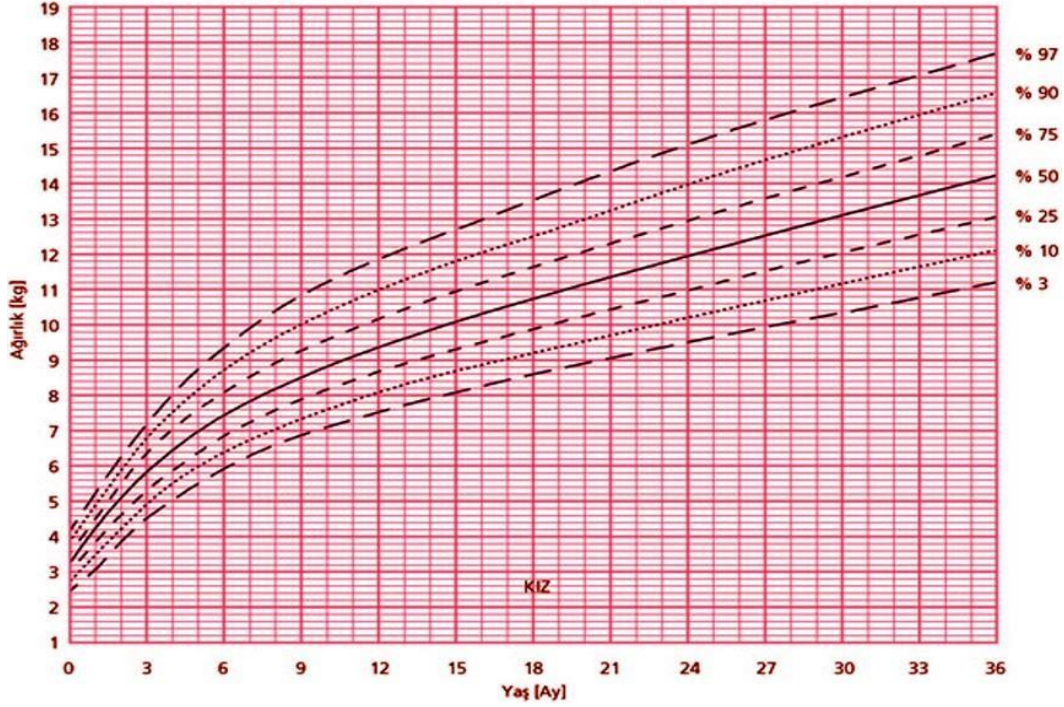
**Hastanın bölüme kabul edildiği saat, dakika:**[illegible]

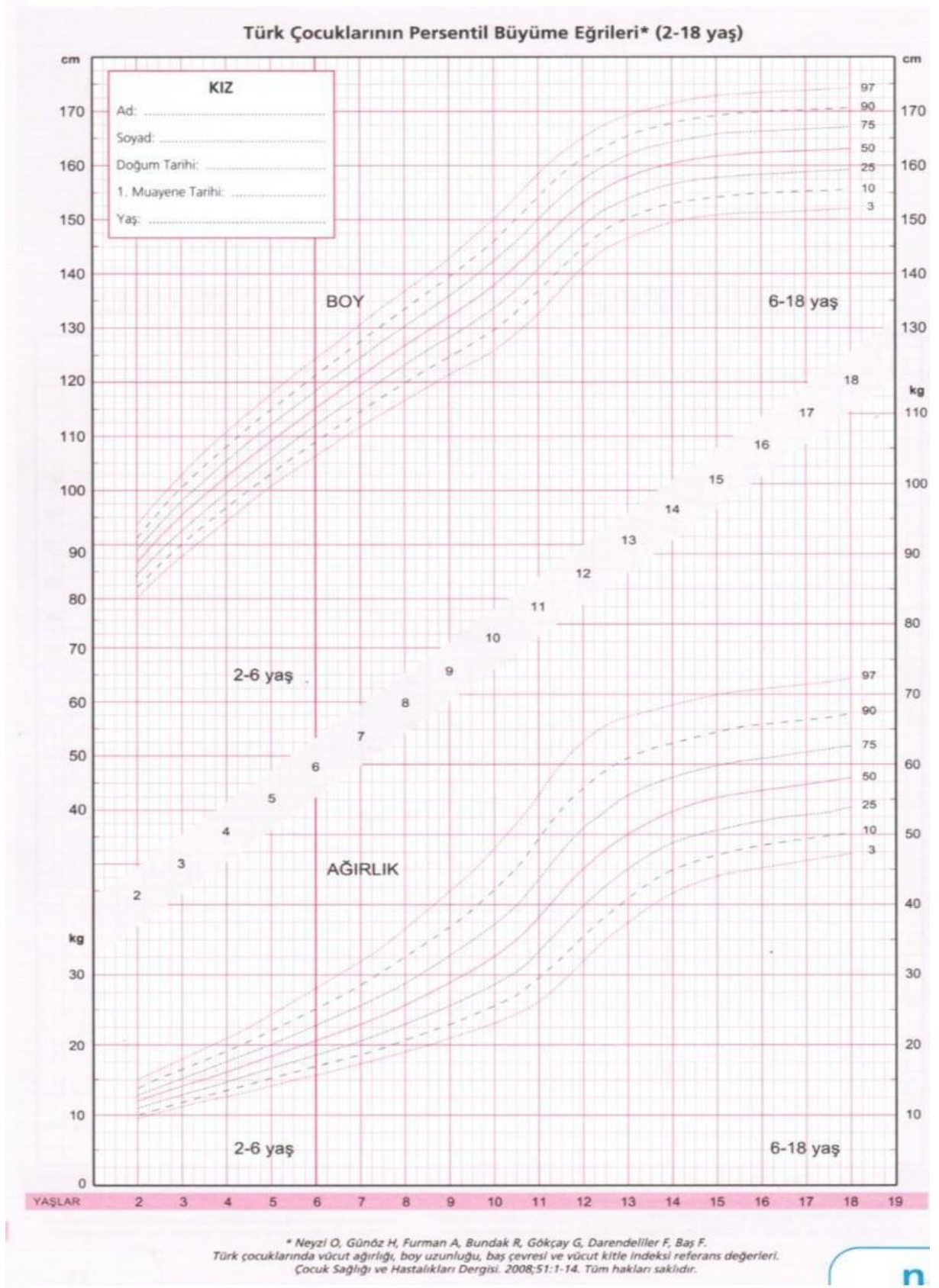


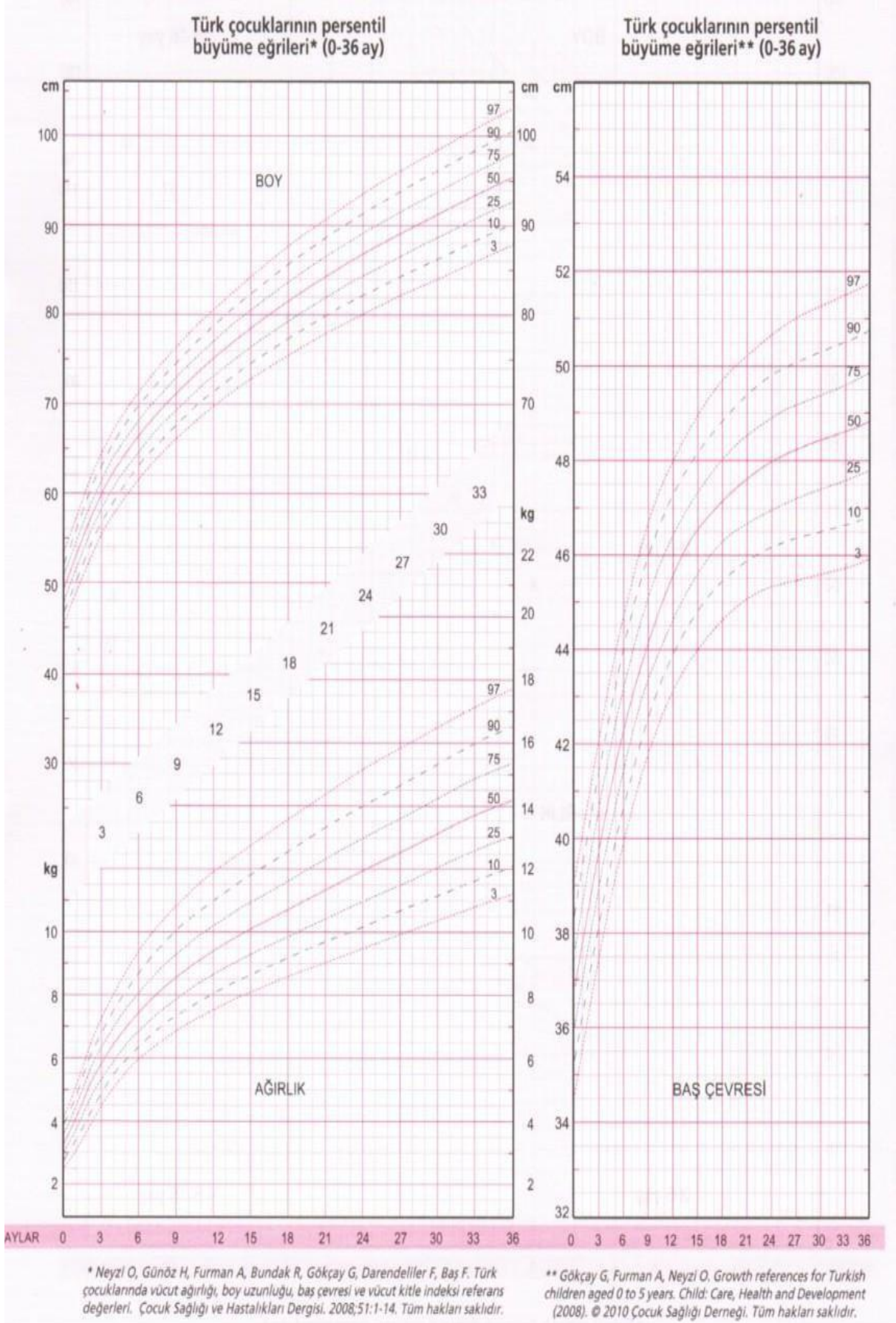
0-3 yaş erkek çocuklarında boy uzunluğu persentil eğrileri

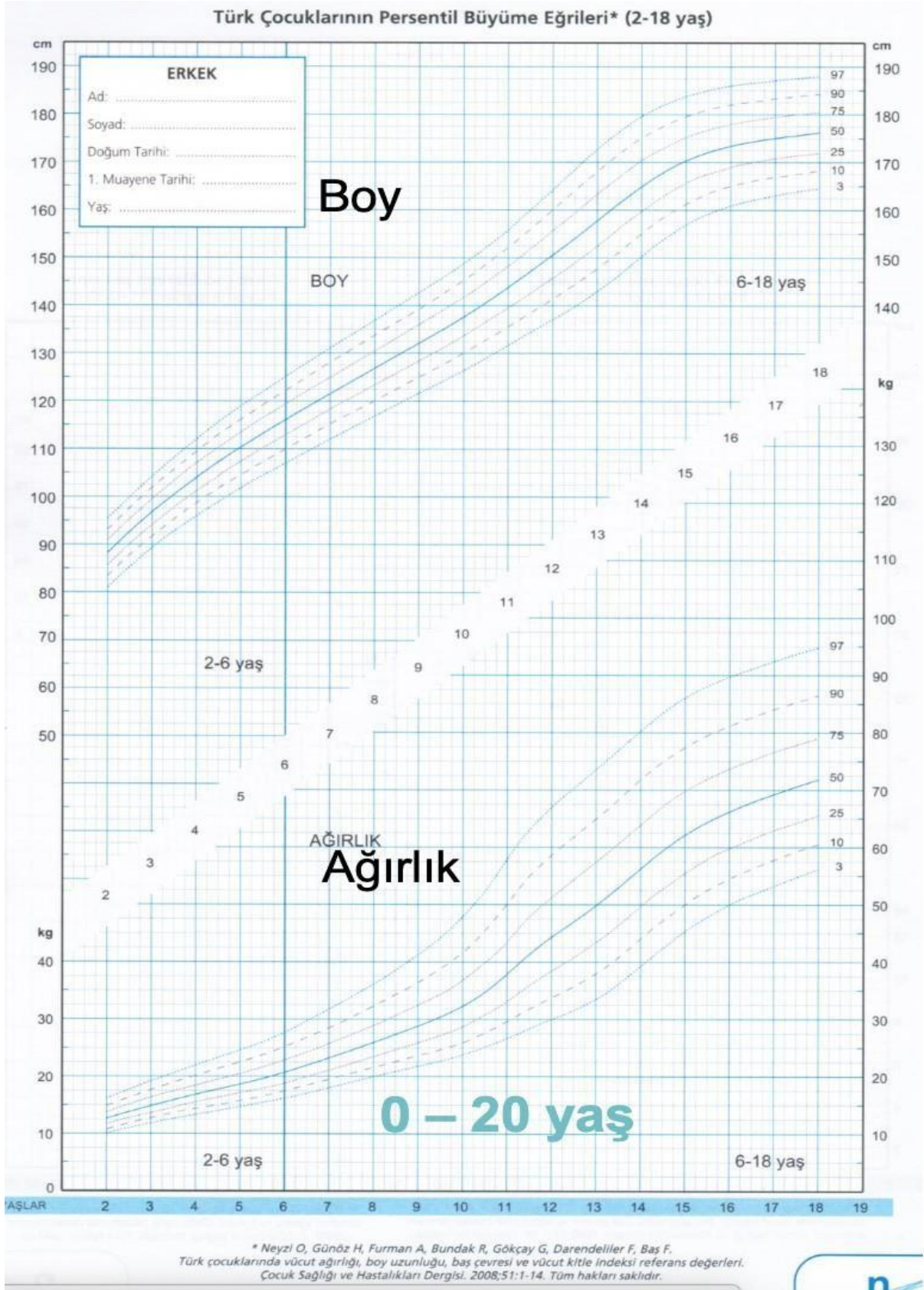


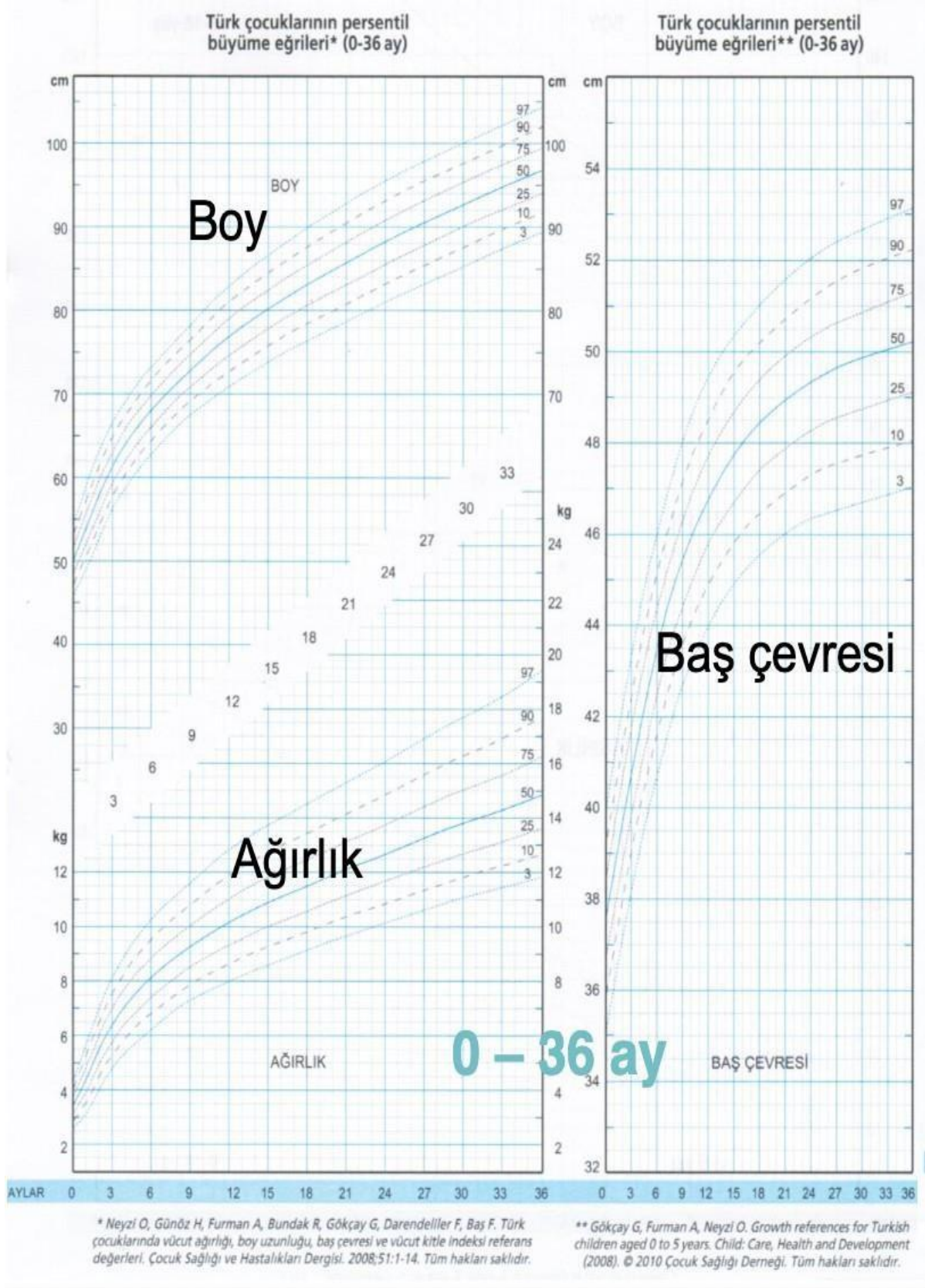
0-3 yaş kız çocuklarında vücut ağırlığı persentil eğrileri











**EBELİK BAKIM PLANI**

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