

YDÜ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ 20...-20... AKADEMİK YILI DÖNEMİ

HEM 402 HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ VERİ TOPLAMA FORMU

İlçe.....

Köy.....

Sokak.....

Kapı no.....

Telefon no.....

AİLENİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Adı	Soyadı	Doğum tarihi	Cinsiyet	Akrabalık derecesi	Medeni durum	Meslek	Öğrenim durumu	Kan grubu	Sosyal güvence durumu

Özgeçmiş:

Soygeçmiş:

SOSYO-KÜLTÜREL ÖZELLİKLER

Aile içinde kararları kim alıyor?.....

Eve gazete,dergi alınıyor mu?.....

Kitap okuyor musunuz?.....

Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirirsiniz?.....

Geleneksel inanç ve tutumlar var mı?.....

Sağlık ile ilgili dini inanç uygulamaları?.....

UYKU DÜZENİ

Günlük kaç saat uyuyorsunuz?.....

Gündüz uykusu var mı? kaç saat.....

Uyku kabusu var mı?

Sabahları uyandığınız zaman kendinizi dinlenmiş hissediyor musunuz?.....

İLİŞKİLER

Anne ve Baba: Problem Var() Yok() Problem?.....

Anne ve Çocuklar: Problem Var() Yok() Problem?.....

Baba ve Çocuklar : Problem Var() Yok() Problem?.....

Çocuklar arası ilişkiler: Problem Var() Yok() Problem?.....

İş Ortam İlişkileri Problem : Var() Yok() Problem?.....

Komşuluk ilişkileri Problem: Var() Yok() Problem?.....

Akrabalar ile ilişkiler: Problem: Var() Yok() Problem?.....

Arkadaş ilişkileri: Problem: Var() Yok() Problem?.....

Katıldığı herhangi bir etkinlik var mı? Var()..... Yok()

EKONOMİK ÖZELLİKLER

Toplam gelir.....TL ayda/yılda () yeterli () yetersiz

Ek gelir cinsi: () Para () Yiyecek () Giyecek () Diğer.....

Gider: () Para () Taksit () Diğer.....

Masraflar gelire oranla nasıl? () Az ()Çok () Eşit

Yaptığınız herhangi bir yatırım var mı?

Para harcamalarına kim karar veriyor?.....

AİLENİN BESLENME ÖZELLİKLERİ

Aylık mutfak masrafı:.....TL

Günlük öğün sayısı..... () Düzenli () Düzensiz

Günlük ara öğün sayısı..... () Düzenli () Düzensiz

Atlanan öğün() Var () Yok

Kullanılan tabak ve tencere cinsi:.....

Ortak kaptan yeme alışkanlığı: () Var () Yok

Yemek yeme şekli: () Masada () Yer sofrasında

Besin maddesinin alındığı yerler:.....

Besin satın alırken dikkat edilen hususlar:.....

Sık tüketilen besin maddeleri ve ne sıklıkta tüketiliyor:

Et,Tavuk,Balık.....

Süt ve süt ürünleri.....

Sebze ve meyve.....

Hazır yiyecek.....

Kızartma.....

Besin hazırlarken nelere dikkat edersiniz:

Yıkama-doğrama-suda bekletme

Diğer.....

Pişirme yöntemleri:

() Kızartma () Yağda kavurma () Haşlama () Buhar

Diğer() Belirtiniz.....

Besin saklama yöntemleri.....

Günlük tüketilen sıvı miktarı.....

TEMİZLİK DURUMLARI

Banyo sıklığı:.....

El yüz yıkama

Diş fırçalama sıklığı: Gündedefa

ÇEVRE VE KONUT TİPİ

Evin bulunduđu bölge.....

Çöplerin imhası: ()Belediye ile ()Gelişigüzel

Gürültü: Hava kirliliğı:.....

Ulaşım: ()Taksi ()Araba () Otobüs

Hayvan besleme Durumu: Cinsi: Barınak:

Ev tipi: () Kira.....TL ()Kendilerine ait

Evdeki oda sayısı.....

Yatak sayısı.....

Aydınlatma: ()Sorun var.....()Yok

Rutubet: ()Sorun var.....()Yok

Temizlik ve düzen: ()Sorun var.....()Yok

Kullanılan ısınma aracı:.....

Havalandırma:..... ()Sorun var.....()Yok

Evsel atıkların muhafazası:.....()Sağlıklı ()Sağlıksız

Kullanılan içme suyu ()Şebeke suyu ()Kuyu suyu ()Diğer

Kullanma suyu Kaynağı.....

Kullanılan tuvalet tipi: ()alaturka ()alafranga

Tuvalet evin içinde mi?.....

Evde kullanılan araç gereçler:

Buzdolabı () Çamaşır makinesi() Ütü() ()TV,Radyo

Elektrikli süpürge() Diğer.....

SAĞLIK DURUMU(yaşlı anne baba çocuk ve diğer hane halkı bireyleri)

Sağlık örgütünden yararlanma: Yeterli() Yetersiz()

Hangi durumlarda hastaneye başvurursunuz?.....

Daha önce hastane deneyiminiz oldu mu?.....

Varsa; hastaneye yatma nedeniniz.....

Ne zaman yattınız?.....

Geçirdiğiniz hastalıklar?.....

Herhangi bir yaralanma veya kaza geçirdiniz mi?.....

Cerrahi öykünüz var mı?.....

Varsa; ameliyat türü.....

Ameliyat tarihi.....

Alerjiniz var mı? (var) belirtiniz(yok)

Reçete dışı ilaç kullanma alışkanlığı(var)belirtiniz.....(yok)

Sürekli kullanılan ilaçlar:

İlacın adı	İlacın dozu	İlacı alış saati (uygun, uygun değil)	İlacın alış yolu	Alış nedenleri

Madde bağımlılığı:

- Sigara içiyor musunuz? Evet() Hayır()
- İçiyorsanız kaç yıldır içiyor musunuz?.....
- İçmiyorsanız sigara içilen ortamda bulunuyor musunuz? Evet() Hayır()
- Alkol kullanıyor musunuz? Evet() Hayır()
- İçiyorsanız kaç yıldır içiyor musunuz?
- Bağımlı olunan madde.....
- Miktar ve sıklığı.....

BİREYLERİN İFADE ETTİKLERİ ŞİKAYETLER(her birey için)

BAŞ

a-saçların durumu.....

b-kulakların durumu.....

c-burun durumu.....

d-ağız durumu.....

e-gözlerin durumu.....

DUYULAR(beş duyuya ait azalma veya kayıplar).....

SOLUNUM SİSTEMİ

- a-öksürük, balgam vb. şikayetler.....
- b-hırıltılı solunum, nefes alma zorluğu.....
- c-diğer.....

SİNDİRİM SİSTEMİ

- a-bulantı-
- b-kusma.....
- c-sindirim sistemi ile ilgili ağrı.....
- d-diş kaybı.....
- e-diğer.....

BOŞALTIM SİSTEMİ

- a-defekasyon sıklığı.....
- b-gaitanın rengi ve kıvamı.....
- c-idrar sıklığı.....
- d-idrar rengi.....
- e-inkontinans.....
- f-diyare.....
- g-konstipasyon.....
- h-diğer.....

KAS İSKELET SİSTEMİ

- a-Bel ağrısı.....
- b-Boyun ağrısı.....
- c-Eklemler ağrıları.....
- d-Skolyoz-lordoz-kifoz.....
- e-diğer.....

DERİ

a-rengi.....

b-turgoru.....

c-deride bozulma.....

d-morarma solukluk soğukluk

e-diğer.....

DOLAŞIM SİSTEMİ

a-çarpıntı.....

b-kalp ritim bozukluğu.....

c-varis-damar tıkanıklığı.....

d-ödem.....

EVDE BULUNMAYAN DİĞER KİŞİLER İÇİN

BAŞ

kişiler				
Saçların durumu				
Kulakların durumu				
Burun durumu				
Ağız durumu				
Gözlerin durumu				
diğer				

SOLUNUM SİSTEMİ

kişiler				
öksürük				
balgam				
Hırıltılı solunum				
Nefes alma zorluğu				
diğerleri				

SİNDİRİM SİSTEMİ

Kişiler				
Bulantı				
Kusma				
Ağrı				
Diş kaybı				
Diğer				

BOŞALTIM SİSTEMİ

Kişiler				
Bel ağrısı				
Boyun ağrısı				
Eklem ağrıları				
Skolyoz-lordoz-kifoz				

DERİ

Kişiler				
Rengi				
Turgoru				
Deride bozulma				
Morarma soğukluk				
Diğerleri				

DOLAŞIM SİSTEMİ

Kişiler				
Çarpıntı				
Ritim bozukluğu				
Varis				
Damar tıkanıklığı				
Ödem				
Diğerleri				

DUYULAR (Azalma ve kayıplar)

Kişiler				
Görme				
Duyuma				
Hissetme				
Tat alma				
Koku alma				

GEÇMİŞ JİNEOKOLOJİK ÖYKÜ

Geçirilen jineokolojik enfeksiyonlar(vajinal, serviks, tubal).....

Alınan tedavi: Medikal()..... Tedavi oldu()

Cerrahi()..... Tedavi olmadı()

Geçirilen jineokolojik girişimler;

Özelliği;..... Nedeni;..... Sonucu;.....

Siklusun özelliği;.....

İlk menarş yaşı;.....

Menstrasyon süresi,sıklığı ve düzeni;.....

Dismenore hikayesi;.....

Menstrual dönemde ped değiştirme sıklığı.....

Perine bölge temizliğini ne ile yapıyorsunuz?.....

KULLANDIĞI KONTRASEPTİF YÖNTEMLER

	Kullandığı yöntem	Kullanma süresi	Bırakma nedeni
1			
2			
3			

SON JİNEOKOLOJİK MUAYENE VE PAP-SMEAR TARİHİ

M uayene zamanı;.....

Pap-smear yaptırma sıklığı;.....

GEÇMİŞ GEBELİK ÖYKÜSÜ

Gebelik sayısı;.....

Düşük sayısı;.....

Yaşayan çocuk sayısı;.....

Kürtaj;.....

Aşağıdaki tabloyu ilk gebelik tarihinden başlayarak doldurunuz

Gebelik tarihi	Gebelik haftası	Eylem süresi	Doğum şekli	Doğumu kim nerde gerçekleştirdi	Yeni doğan cinsiyeti	Yeni doğan sağlık durumu

Doğum öncesi kontrole gitme durumu;.....

Kontrole gitme sıklığı;.....

ŞİMDİKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ

Son adet tarihi;.....

Tahmini doğum tarihi;.....

Şu anki gebelik haftası;.....

Aşı yapılma durumu;.....

Yapılan aşıların ismi;.....

Aşı yapılma tarihi;.....

Boy-kilo;.....

Beslenme şekli;.....

ŞİMDİ GEBELİKTE YAŞANAN PROBLEMLER

(aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açlayınız)

Bulantı-kusma.....

Kabızlık.....

İdrar yaparken yanma.....

Baş ağrısı.....

Anormal vajinal akıntı(koku,miktar,renk).....

Vajinal kanama.....

Ayak ve bacaklarda ödem.....

Hemoroid.....

Varis.....

Diğer.....

GEBELİĞİ ETKİLEYECEK SOSYO KÜLTÜREL VE DUYGUSAL DURUMAR

Gebeliğin planlı olma durumu ()evet ()hayır

Gebeliğe verilen tepki ()olumlu ()olumsuz

Gebeliğe ilişkin şu an yaşanan duygular ()olumlu ()olumsuz

Aile için planlanan çocuk sayısı;.....

GEBELİK VE LOHUSALIK DÖNEMİNDE GELENEKSEL UYGULAMALAR

Var() Yok()

Var ise açıklayınız.....

YENİDOĞANI DEĞERLENDİRME

FİZİK BULGULAR

Ağırlık:

Boy :

Baş Çevresi:

Göğüs Çevresi:

BESLENME

Beslenme / Yeme Şekli:

Anne Sütü___ Mama___ Anne Sütü ___ Anne Sütü / Mama ve Ek Gıdalar ___ Diğer

Ek gıdalara başlama durumu HAYIR___ EVET___

BİLİŞSEL ALGISAL ÖRÜNTÜ

-Bebek /Çocuğun genel olarak uyaranlara tepkililiği

Tepki veriyor___ Ancak güçlü uyaranlara tepki ___ Tepkisiz___

-Konuşmaya / sesli uyaranlara tepki

Normal___ Az tepkili ___ Tepkisiz___

-Görsel uyaranlara tepkisi/obje takibi

Normal___ Az tepkili___ Tepkisiz___

Tanımadığı kişilere tepkisi___

Doğumdan beri bebeğin/ çocuğun genel sağlık durumu

Genellikle çok iyi___ İyi___ Sık sık hastalanır___ Genellikle bazı sağlık sorunları var___

Rutin sağlık kontrolleri : Yapılıyor___ Bazen Yapılıyor___ Hiç yapılmıyor___

BAĞIŞIKLAMA DURUMU

AŞI	YAPILIŞ TARİHİ	AŞI	YAPILIŞ TARİHİ
BCG	_____	KIZAMIK	_____
DBT-POLİO 1	_____	KABAKULAK	_____
DBT-POLİO 2	_____	KIZAMIKCIK	_____
DBT- POLİO 3	_____	H.İNFLUENZA	_____
RAPELİ 1(DBT)	_____	HEPATİT	_____
RAPEL2(DT)	_____	DİĞER	_____
RAPEL3(T)	_____	DİĞER	_____

0-6 YAŞ ÇOCUK SAĞLIĞI

1.FİZİKSEL FONKSİYONLAR

A. Uyku Ve Dinlenme:

1. Uyurken yanında istediği özel bir obje/oyuncak var mı?.....
2. Gündüz uykusu:..... Zamanı ve süresi:.....
3. Yatma zamanı:..... Uyanma zamanı:.....
4. Yatmadan önce özel alışkanlıkları var mı?:.....
5. Korkuları var mı? (Karanlık vb.)
6. Gece kabusları:.....
7. Uykuda gezme:.....
8. Gece altını ıslatma:.....
9. Gece kaçta uyuyor? Sabah kaçta uyanıyor?.....

B.Beslenme:

1. Yemek yeme davranışı: Biberon:..... Anne sütü:.....
Bardak:..... Kaşık:.....
2. Günlük alınan sıvıların tipi ve miktarı:.....
3. Aldığı katı besinler:.....
4. Ek olarak alınan vitaminler:.....
5. Diyet kısıtlaması var mı?:.....
6. Sevdiği besinler:.....
7. Sevmediği besinler:.....
8. Beslenme güçlüğü var mı?.....
9. Diğer.....

C.Boşaltım:

1. Günde kaç kez gaita yapıyor:.....
2. İdrar yapma sıklığı:.....
3. İdrar yaparken rahatsızlık var mı?(yanma vb.):.....
4. Tuvalet eğitimi:.....
5. Tuvalet eğitimi devam ediyorsa kullanılan yöntem:.....
6. Boşaltıma ilişkin sorunu var mı?
İshal:.....
Konstipasyon:.....
İnkontinans:.....

D.Davranış ve Aktiviteler:

1.Kişisel Hijyen

- a) Diğer kişiler tarafından yapılan bakım:
Giyinme:.....
Diş fırçalama:.....
Banyo yapma sıklığı:.....
- b) Kendine bakım aktiviteleri:
Giyinme:.....
Diş fırçalama:.....
Banyo yapma:.....

2.Oyun Ve Eğlence Aktiviteleri

- Yalnız oynama:.....
- Diğer kişilerle beraber oynama.....
- Oyun aktiviteleri ve sevdiği oyuncaklar:.....
- En sevdiği tv programları:.....
- Tv izlemesine ilişkin kurallar var mı?.....

2.DUYGUSAL – SOSYAL FONKSİYONLAR

A.İletişim

- Çocuğun yaşına göre dil gelişimi:.....
- İletişim sorunları var mı?:.....
- Tanımadığı kişilere tepkisi(çekingen,korkak vs.):.....
- Çocuğun aile üyeleri ile ilişkisi:.....

B.Eğitim

Eğitim durumu:.....

Kaçıncı sınıf:.....

Okul başarısı nasıl ?.....

Okulda sorunları var mı?.....

Ders çalışmaya istekli mi?.....

3.HANDİKAPLAR (ÖZÜRLER)

Görme:.....Gözlük:.....

İşitme:.....işitme aleti:.....

Konuşma:.....

Diş:.....

Yürüme:.....

4.SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Geçirdiği hastalıklar,ameliyatlat,kazalar, yaralanmalar vb. var mı? ()evet ()hayır

Daha önce hastaneye yatmış mıydınız?() evet () hayır

Ne zaman..... NeredeNeden.....

Herhangibir maddeye karşı alerjiniz var mı?.....

SAĞLIĞI GELİŞTİREN DAVRANIŞLAR:

Kadınlar için tarama testleri:

- Mamografi Yapiyor musunuz? () Yapmıyor musunuz?()
Yapıyorsanız yılda kaç kez yaptırıyorsunuz?.....
- Hekim tarafından meme muayenesi Yapiyor musunuz?() Yapmıyor musunuz?()
Yapıyorsanız hangi sıklıkta yaptırıyor sunuz?.....
- Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapiyor musunuz?() Yapmıyor musunuz?()
Yapıyorsanız kac ayda bir yapıyor sunuz?.....
- Pap Smear Yapiyor musunuz?() Yapmıyor musunuz?()
Yapıyorsanız yılda kac kez yaptırıyor sunuz?.....
- Jiekolojik muayene Yapiyor musunuz? () Yapmıyor musunuz?()

Erkekler için tarama testleri:

- Hekim tarafından testis muayenesi Yapıyor musunuz?() Yapmıyor musunuz?()
- Kendi kendine testis muayenesi Yapıyormusunuz?() Yapmıyor musunuz?()
- Yapıyorsanız hangi sıklıkta yapıyor sunuz?.....

BESLENME:

- Doğru ve dengeli beslenme alışkanlıklarınız var mı? Evet() Hayır()
- Daha çok hangi besinleri tüketirsiniz?.....
- Günde 3 ana öğün yiyor musunuz? Evet () Hayır()
- Günde 3 ara öğün yiyor musunuz? Evet() Hayır()
- Doğal yöntemlerle üretilmiş sebze ve meyveye ozen gösteriyor musunuz? Evet() Hayır()

EGZERSİZLER:

- Düzenli spor yapıyor musunuz? Evet() Hayır()
- Yapıyorsanız bunlar nelerdir?.....
- Kaç günde bir yapıyorsunuz?.....
- Kegel egzersizi yapıyormusunuz? Evet() Hayır()

ÇEVRE:

- Ultra viole ışınlardan korunmak için güneş gözlüğü kullanıyor musunuz? Evet() Hayır()
- Güneşe çıkarken koruyucu güneş kremi kullanıyor musunuz? Evet() Hayır()
- Evin etrafında bataklık var mı? Evet() Hayır()
- Evin etrafında hayvan barınağı var mı? Evet() Hayır()

Öğrenci hemşirenin adı-soyadı:

SAPTANAN SORUNLAR

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-