



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
AİLE PLANLAMASI VE DANIŞMANLIĞI DERSİ VERİ
TOPLAMA FORMU

Doküman No	EBE-VT3
İlk Yayın Tarihi	2010
Revizyon Tarihi	16.11.2023
Revizyon No	03
Sayfa	1/3

KVKK gereği, bu form ile toplanan veriler öğrenci ve dersin öğretim elemanları dışında herhangi bir kişi yada kurum ile paylaşılmayacaktır.

Öğrencinin Adı Soyadı:

Uygulama Alanı:

Veri Toplama Tarihi:

Veri Toplama Kaynakları:

Başvuranın;

Adı ve Soyadı:

Yaşı: Eş yaşı: Evlilik süresi: Aile tipi:

Eğitimi: Mesleği:

Adresi:

İletişim numarası:

Başvuru Nedeni:

Fizik Muayene:

Boy: Kilo: Gebelik öncesi BKİ: Gebelikte alınan kilo:

Ateş: Nabız: Solunum: Kan basıncı:

Glikoz testi: Ödem: Varis:

İdrar testi: Pap- smear test sonucu (mevcutsa):

Hb testi:

Gebelik testi:

Kendi kendine meme muayenesini uygulama durumu? Bilmiyorsa öğretilmesi:

Hastalık Öyküsü:

Kardiyovasküler hastalık - Böbrek hastalığı - Karaciğer hastalığı - Solunum sistemi hastalıkları ☐Var ☐Yok

Varsa:

Safra kesesi hastalığı – Diyabet - Meme ve/veya genital neoplazma ☐Var ☐Yok. Varsa:

Sigara içme öyküsü: ☐Var ☐Yok Varsa:

Pelvik enfeksiyon öyküsü (vajinal akıntı, kaşıntı, ateş, cinsel ilişkide ağrı vb.) ☐Var ☐Yok Varsa:

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon varlığı: ☐Var ☐Yok Varsa:

Allerji varlığı: ☐Var ☐Yok Varsa:

Soy geçmişi (Diyabet, Gut, Hipertansiyon, Kanser, Kalp Hastalığı, Epilepsi, Alerji Hastalığı) ☐Var ☐Yok Varsa:

.....

Auralı migren: ☐ Var ☐ Yok Varsa:			
Menstrual Öykü:			
Menarş yaşı:	Son adet tarihi:	Menstrasyon düzeni: ☒ Düzenli	☐ Düzensiz
Menstrual kanam süresi.....gün, miktarı.....ped/gün, sıklığı.....gün			
Menstrual rahatsızlıklar (Dismenore, PMS, oligomenore, hipomenore, menoraji, metroraji, vb.)			

Obstetrik Öykü:		
Gravida (Toplam gebelik sayısı):	Ölü doğum sayısı:	Son gebelik planlı mı? E/H
Parite (Toplam doğum sayısı):	Abortus (düşük):	Dış gebelik:
Yaşayan çocuk sayısı:	Küretaj:	Pretmatür doğum:

Her Gebeliğe İlişkin Öykü:							
Sıra No	Yıl	Gebelik süresi	Gebelik şekli (Normal/ Tedavi)	Bebeğin doğum kilosu	Doğumun özelliği (canlı veya ölü)	Anne ve bebekte gelişen komplikasyonlar	Bebeği besleme şekli: Anne sütü / biberon (Süresi-sıklığı)

Aile planlaması öyküsü:	
Bildiğiniz aile planlaması yöntemleri nelerdir?	
Daha önce kullanılan aile planlaması yöntemi(leri) nedir?	
Ne kadar süre bu yöntemi(leri) kullandınız?	
Halen kullanılan aile planlaması yöntemi var mı?	Belirtiniz:
İleride çocuk istiyor musunuz?	Ne zaman?
Kullanmayı düşündüğünüz her hangi bir aile planlaması yöntemi var mı?	
Kullanılan aile planlaması yöntemini bırakma ve değiştirme nedeni?	
Kullanılan aile planlaması yönteminin yan etki veya komplikasyonları görüldü mü? Belirtiniz:	

Yapılan Danışmanlık ve Eğitimler:

Sonuç ve Gözlemler:

Genel danışmanlık sonrası kullanmaya karar verilen yöntem:

Bu yönteme karar verme nedeni:

Sorumlu Sağlık Personeli

Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza: