







T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
ÖĞRENCİ HEMŞİRE KLİNİK VERİ TOPLAMA FORMU

Öğrencinin Adı – Soyadı :

Tarih :/...../.....

Hasta ile İlgili Genel Bilgiler	Adı - Soyadı :	Cinsiyeti :		
	Yaşı :	Bilgi Kaynağı :		
	Eğitim Düzeyi :	Mesleği :		
	Medeni Durumu :	Çocuk Sayısı :		
	Tel. No. :	Sosyal Güvence Durumu : () Var () Yok		
	Yaşadığı İl/İlçe/Semt :			
	Hekimi :	Hemşiresi :		
	Kullandığı Dil :	Tercüman İhtiyacı : () Hayır () Evet		
İletişim	İletişim Kurma Durumu : () Sözlü () Yazılı () Diğer			
	İletişimi : () Reddeder () Kendiliğinden iletişimi başlatır () Sadece sorulan sorulara cevap verir			
	Gerektiğinde iletişime geçilecek Yakınının Adı-Soyadı-Yakınlık Derecesi :			
	Telefonu :			
Sağlığın Alınması	Yatış Tarihi ve Saati :	Protokol No :		
	Kliniği :	Tıbbi Tanısı :		
	Hastaneye Geliş Şekli : () Sedye () Tekerlekli Sandalye () Ayaktan () Diğer			
	Hastaneye Kabul Şekli : () Acil () Elektif	Planlanan Girişim/İşlem :		
	Bilinç Durumu : () Bilinci Açık () Bilinci Kapalı () Oryante () Konfüze			
	Kullandığı Protezler : () Hayır () Diş Protezi () Lens () Gözlük () İşitme Cihazı () Kalça Protezi () Pacemaker () Diğer :			
	Besin Alerjisi : () Hayır () Evet	İlaç Alerjisi : () Hayır () Evet..... Diğer Alerjiler.....		
	Hasta kimlik bilekliği: () Var () Yok	Alerji bilekliği: () Var () Yok		
	Kan Grubu :	Daha Önce Kan Transfüzyonu Yapıldı mı ? () Hayır () Evet		
	Transfüzyon sırasında Gelişen Reaksiyon Var İse Belirtiniz :			
	Sigara : () Kullanmamış () Kullanıyor paket/gün	Brakıldı İse Brakma Tarihi :		
	Alkol : () Kullanmamış () Kullanıyor miktar/gün/hafta	Brakıldı İse Brakma Tarihi :		
	Madde / İlaç Kötüye Kullanım: () Hayır () Evet	Brakma Tarihi :		
	İzolasyon İhtiyacı Var mı? () Hayır () Evet ise Enfeksiyon Etkeni :			
				
	() Temas	() Sıkı Temas	() Damlacık	() Solunum
	Geçirdiği Hastalıklar :		Kronik Hastalıklar : () Hayır	
	() Kızamık () Kızamıkçık	() Kabakulak () Suçiçeği	() Diabetes Mellitus () Kanser () Kanamaya Yatkınlık	() Kalp Hastalığı () Böbrek Problemleri () Nöbet Sorunları
	() Astım () Tüberküloz	() Pnömoni () Romatizmal Ateş	() Tiroid Problemleri () Artrit () Felç (Serebro Vasküler Atak)	() Hipertansiyon () Ülser () Anemi
	Diğer :		() Migren/Baş ağrısı () Diğer :	
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu : () Hayır () Evet, açıklayınız :				
Yatış Nedeni	Tarihi	Kalış Süresi	Sonucu	

Aile Sağlık Öyküsü ve Yakınlık Derecesi							
Aile Sağlık Öyküsü ve Yakınlık Derecesi	<input type="checkbox"/> Özellik Yok <input type="checkbox"/> DM : <input type="checkbox"/> Hipertansiyon : <input type="checkbox"/> Kanser :		<input type="checkbox"/> Kalp Hastalıkları : <input type="checkbox"/> Astım/Alerji : <input type="checkbox"/> TBC : <input type="checkbox"/> Diğerleri :				
	Düzenli Kullandığı İlaçlar						
	İlaç Adı	Veriliş Yolu	Dozu	Sıklık	Alım Süresi	En Son Alma Zamanı	
	1.						
	2.						
Hastanın kendisine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet							
Kısıtlama İhtiyacı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet		Kısıtlama Yöntemi :					
Beslenme – Metabolik Durum	Boy : <input type="checkbox"/> Kilo : BkI : kg/m2						
	Son 6 aydaki Kilo Değişimi : <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet :						
	<input type="checkbox"/> Kendisi besleniyor <input type="checkbox"/> Yardıma gereksinimi var						
	Oral (Diyet) : <input type="checkbox"/> NG : Parenteral :						
	<input type="checkbox"/> İştahta Azalma <input type="checkbox"/> İştahta Artma <input type="checkbox"/> Distansiyon <input type="checkbox"/> Oral Mukozada Bozulma <input type="checkbox"/> Tat ve Koku Algısında Değişim <input type="checkbox"/> Bulantı veya Kusma <input type="checkbox"/> Dişlerde Sorun Olması <input type="checkbox"/> Diyet Kısıtlamaları <input type="checkbox"/> Besin Alerjileri <input type="checkbox"/> Diğer, açıklayınız :						
Günlük Öğün Sayısı : Ana Öğün : <input type="checkbox"/> Ara Öğün : Günlük Sıvı Alımı :							
Tercih Etmediği Yiyecekler :							
Eliminasyon	Bağırsak Alışkanlıkları : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Alt Bezi						
	Sıklığı :/gün Son Defekasyon Tarihi : Niteliği : <input type="checkbox"/> Laksatif Kullanımı :						
	<input type="checkbox"/> İnkontinans (fokal) <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematokezya <input type="checkbox"/> Diyare						
	Mesane Alışkanlıkları : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ürostomi <input type="checkbox"/> Kateterizasyon : <input type="checkbox"/> Diyaliz : <input type="checkbox"/> Diüretik Kullanımı :						
	Sıklığı :/gün <input type="checkbox"/> İnkontinans(üriner) <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Pollaküri						
Aktivite Egzersiz	Oksijen Kullanımı : <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, açıklayınız :lt/dk (Maske/ Nazal kanül vb)						
	<input type="checkbox"/> Trakeostomi <input type="checkbox"/> Entübasyon <input type="checkbox"/> Non-invaziv Solunum Desteği <input type="checkbox"/> Süresi :						
	Egzersiz Yapıyor Mu ? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet : Sıklığı : Süresi :						
	Egzersiz Sırasında Yaşadığı Sorunlar : <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Çarpıntı <input type="checkbox"/> Bacak Ağrısı <input type="checkbox"/> Kas Ağrısı						
	<input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Yorgunluk <input type="checkbox"/> Diğer :						
Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirme Durumu (Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi'ne Göre)							
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Yapabiliyor (3 puan)	Yardımla Yapıyor (2 puan)	Hiç Yapamıyor (1 puan)	Günlük Yaşam Aktiviteleri	Yapabiliyor (3 puan)	Yardımla Yapıyor (2 puan)	Hiç Yapamıyor (1 puan)
-Banyo				-Hareket			
-Giyinme				-Beslenme			
-Tuvalet				-Boşaltım			
Toplam	<input type="checkbox"/> 0-6 puan : Bağımlı <input type="checkbox"/> 7-12 puan : Yarı Bağımlı <input type="checkbox"/> 13-18 puan : Bağımsız						
Yürümeye Yardımcı Araçlar : <input type="checkbox"/> Gereksinimi Yok <input type="checkbox"/> Yürüteç <input type="checkbox"/> Tutunma Kollukları <input type="checkbox"/> Koltuk Değneği/Baston <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye							
<input type="checkbox"/> Diğer :							

İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ (17 YAŞ ve ÜZERİ HASTA İÇİN)					
Değerlendirme Gerekçesi ve Numarası:					
1. İlk değerlendirme		2. Post-operatif Dönem	3. Hasta Düşmesi	4. Bölüm Değişikliği	5. Durum değişikliği
Risk Faktörleri			Değerlendirme gerekçesi ()	Değerlendirme gerekçesi ()	
		/...../...../...../.....	
Düşme Değerlendirme	Minör Risk Faktörleri	65 yaş ve üstü	1	1	
		Bilinci kapalı	1	1	
		Son 1 ay içinde düşme öyküsü var	1	1	
		*Kronik hastalık öyküsü var	1	1	
		Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	1	1	
		Üriner/fekal kontinans bozukluğu var	1	1	
		Görme durumu zayıf	1	1	
		4'ten fazla ilaç kullanımı var	1	1	
		**Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var	1	1	
		Yatak korkulukları yok/çalışmıyor	1	1	
Düşme Değerlendirme	Major Risk Faktörleri	Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var	1	1	
		Bilinç açık, koopere değil	5	5	
		Ayakta/yürürken denge problemi var	5	5	
		Baş dönmesi var	5	5	
		Ortostatik hipotansiyonu var	5	5	
		Görme engeli var	5	5	
		Bedensel engeli var	5	5	
		Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var	5	5	
*** Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var	5	5			
TOPLAM PUAN					
Değerlendirmeyi Yapan Stajyer Öğrenci					
RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU					
DÜŞÜK RİSK			Toplam puanı 5'in altında		
YÜKSEK RİSK			Toplam puanı 5 ve üstünde (Düşme figürünü kullanınız)		
İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ BİLGİLENDİRME TABLOSU					
*Kronik Hastalıklar		** Ekipmanlar	*** Riskli İlaçlar		
<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Depresyon	<input type="checkbox"/> IV İnfüzyon	<input type="checkbox"/> Psikotropolar	<input type="checkbox"/> Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.)	
<input type="checkbox"/> Sindirim Sistemi	<input type="checkbox"/> Diyabet	<input type="checkbox"/> Kalıcı Kateter	<input type="checkbox"/> Antikoagülanlar	<input type="checkbox"/> Narkotik Analjezikler	
<input type="checkbox"/> Solunum Sistemi	<input type="checkbox"/> Artrit	<input type="checkbox"/> Perfüzör	<input type="checkbox"/> Nöroleptikler	<input type="checkbox"/> Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar	
<input type="checkbox"/> Dolaşım Sistemi	<input type="checkbox"/> Paraliz	<input type="checkbox"/> Göğüs Tüpü / Dren	<input type="checkbox"/> Diüretikler/Laksatifler	<input type="checkbox"/> Benzodiazepinler	
<input type="checkbox"/> Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Solunum Cihazı	<input type="checkbox"/> Antidiyabetikler	<input type="checkbox"/> Narkotikler	
<input type="checkbox"/> Nörolojik Hastalıklar		<input type="checkbox"/> Pacemaker vb			

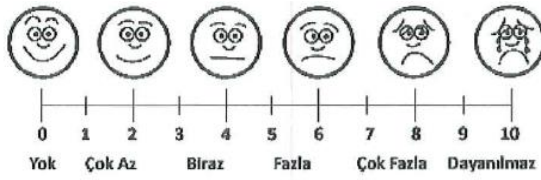
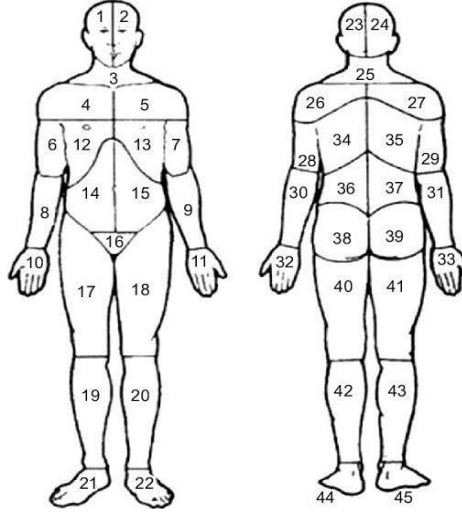
Kaynak: Tani V. ve ark. Düşme Riskinin Değerlendirilmesi Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2014; 1(1):21-26

HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ (0 – 16 YAŞ)					
Değerlendirme Gerekçesi ve Numarası:					
1. İlk değerlendirme		2. Post-operatif Dönem	3. Hasta Düşmesi	4. Bölüm Değişikliği	5. Durum değişikliği
Risk Faktörleri			Değerlendirme gerekçesi ()	Değerlendirme gerekçesi ()	
		/...../...../...../.....	
Düşme Değerlendirme	Düşme Değerlendirme	1)Nörolojik hastalığı/semptomu var	5	5	
		2)Oksijenlenme değişikliği var	5	5	
		3)Düşme riski açısından özellikli hastalığı/semptomu var	15	15	
		4)Hasta uygun yatakta yatırılmıyor	5	5	
		5)Görme engeli var	5	5	
		6)Hastaya bağlı 3 ve üstünde bakım ekipmanı var	5	5	
		7)Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var	5	5	
		8)Hasta post-op ilk 48 saatlik dönemde	5	5	
		9)Riskli ilaç kullanımı var	5	5	
		10) 0-3 yaş	15	15	
TOPLAM PUAN					
Değerlendirmeyi Yapan Stajyer Öğrenci					
RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU					
DÜŞÜK RİSK			Toplam puanı 15'in altında		
YÜKSEK RİSK			Toplam puanı 15 ve üstünde (Düşme figürünü kullanınız)		
HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ BİLGİLENDİRME TABLOSU					
Nörolojik Hastalıklar/Semptomlar		Özellikli Hastalıklar/Semptomlar		Riskli İlaçlar	
<input type="checkbox"/> Epilepsi	<input type="checkbox"/> Denge bozukluğu	<input type="checkbox"/> Trombositopeni	<input type="checkbox"/> İdiopatik Trombositopenik Purpura	<input type="checkbox"/> Hipnotikler	
<input type="checkbox"/> Mental Retardasyon	<input type="checkbox"/> Kooperasyon bozukluğu vb.	<input type="checkbox"/> Hemofili	<input type="checkbox"/> Cam Kemik Hastalığı	<input type="checkbox"/> Narkotikler	
<input type="checkbox"/> Konvülsiyon				<input type="checkbox"/> Kemoterapötikler	
Oksijenlenme Değişiklikleri		Hasta Bakım Ekipmanları		<input type="checkbox"/> Nöroleptikler	
<input type="checkbox"/> Asidoz	<input type="checkbox"/> Ödem	<input type="checkbox"/> Dehidratasyon	<input type="checkbox"/> IV İnfüzyon	<input type="checkbox"/> Sedatifler	
<input type="checkbox"/> Anemi	<input type="checkbox"/> Anoreksi	<input type="checkbox"/> Senkop	<input type="checkbox"/> Solunum Cihazı	<input type="checkbox"/> Antidepresanlar	
<input type="checkbox"/> Baş Dönmesi	<input type="checkbox"/> Solunum Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Hipotansiyon vb.	<input type="checkbox"/> Kalıcı Kateter	<input type="checkbox"/> Laksatifler/Diüretikler	
			<input type="checkbox"/> Dren	<input type="checkbox"/> Antidiyabetikler	
			<input type="checkbox"/> Perfüzör	<input type="checkbox"/> Antihipertansifler	
			<input type="checkbox"/> Pacemaker vb.		

Uyku – Dinlenme	<p>Genel Uyku Alışkanlıkları : Normal Uyku Süresi : Uyuma Zamanı : Uykuya Dalma Süresi :</p> <p>Uyku Sonrası Dinlenmiş Hissetme : Gündüz Uyuma : Sık Uyanma :</p> <p>Erken Uyanma : Uyku Süresinde Değişme :</p> <p>Uyumayı Kolaylaştırıcı Yöntemlerin Kullanımı :</p> <p>() İlaç Kullanımı (türü, dozu, sıklığı) :</p> <p>() Banyo Yapma () Kitap Okuma () Müzik Dinleme () Relaksasyon Kasetleri Dinleme () Diğer :</p> <p>Uyku Sürecinde Değişimin Ortaya Çıkardığı Sonuçlar ve Nedenleri :</p> <p>.....</p> <p>Sağlık/Kültürel İnanışlarının Uyku Alışkanlığına Etkisi (dini, etnik, kültürel vb.) :</p>
Cinsellik – Üreme	<p>Genel Görünümün Kimlik İle Uyum: () Hayır () Evet Cinsel Sorun İfade Ediyor : () Hayır () Evet :</p> <p>Cinsel Sorun Konusunda Yardım/İlaç/Tedavi Alıyor mu ? : () Hayır () Evet :</p> <p>Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkında Bilgi Gereksinimi : () Hayır () Evet :</p> <p>İnfertilite Tedavisi Alma Durumu: () Hayır () Evet</p> <p>Gebelik Sayısı (Gravida): Doğum Sayısı (Parite): Yaşayan Çocuk: Kürtaj-Abortus:</p> <p>Menarş Yaşı: Menstrüasyon Süresi:gün Menstrüasyon Siklusu:gün</p> <p>Menstrüasyon Bozukluğu : () Hayır () Evet : Menopoz : () Hayır () Evet :</p> <p>Aile Planlaması Yöntemleri Konusunda Eğitim Gereksinimi : () Hayır () Evet :</p> <p>Geçirdiği Jinekolojik Sorunlar (hastalık, ameliyat):</p> <p>En Son Pap-Smear Tarihi ve Sonucu :</p> <p>Kendi Kendine Meme/Testis Muayenesi düzenli yapıyor mu? : () Hayır () Evet : En son muayene tarihi:.....</p>
Rol – İlişki	<p>Birlikte Yaşama Durumu : () Yalnız () Aile () Eş/Partner () Arkadaş () Diğer :</p> <p>Bakmakla Yüklü Olduğu Bireyler : () Yok () Var :</p> <p>Hastalığa Bağlı Çalışma Durumunda Etkilenme : () Hayır () Evet : Gelir Durumu : () Yeterli () Kısmen Yeterli () Yetersiz</p> <p>Destek Sistemleri (Aile, Arkadaş, Ekonomik, Kültürel, Sosyal) : () Hayır () Evet.....</p> <p>Evde Hastanın Bakımından Sorumlu Olan Kişi :</p> <p>Hastalığın Aile İçi Roller Üzerindeki Etkisi :</p> <p>İstismar : () Hayır () Evet : İhmal : () Hayır () Evet :</p>
Kendini Algılama Kavrama	<p>Sağlık Durumunu Algılayışı (0 – 10 arası puan ile değerlendirme) :</p> <p>Sağlık Durumuna İlişkin Duygusal Tepkisi : () İnkâr () Öfke () Pazarlık () Depresyon () Kabullenme</p> <p>() Diğer</p> <p>Sağlık Kontrolleri Yaptırma : () Düzenli () Kısmen Düzenli () Düzensiz () Yaptırmıyor</p> <p>Beden İmajı Algısı : () Memnun () Kısmen Memnun () Memnun Değil</p> <p>Hastanın Kendisini Tanımlaması (hastalık sonrası kendini algılamada değişiklik, benlik algısı sorgulanır):</p> <p>.....</p>
Baş Etme Biçimleri	<p>Stres : () Hayır () Evet (0 – 10 arası puan ile değerlendiriniz) : Algılanan Gerçek ve Potansiyel Stresörler :</p> <p>Sorunlarla Baş Etmek İçin Kullandığı Yöntemler:</p> <p>() Sorun Çözme, Ağlama () Dua etme () Duyularını Paylaşma () Bilgi Edinme () Dikkatini Başka Alanlara Yönelme () Bir Şeyler Yeme</p> <p>() Yürüyüş ve Egzersiz Yapma () Solunum Egzersizi Yapma () Banyo Yapma () Soruna Yönelik Kitap/Dergi Okuma</p> <p>() Soruna Yönelik Sorular Sorup Bilgi Edinme () Alkol/Sigara İçme () İlaç Kullanma</p> <p>akın Zamanda Kayıp Yaşama Durumu : () Hayır () Evet :</p>
İnanç ve Değerler	<p>Özel Giyinme Tercihi: () Yok () Var</p> <p>Özel Örtünme Alışkanlığı: () Yok () Var</p> <p>Spiritüel Gereksinimleri Doğrultusunda Bakım ve Tedavisini Etkileyecek Durumlar (kan transfüzyonu, ölüm sonu bakım, yeme alışkanlıkları vb.)</p> <p>.....</p> <p>Hastanedeyken yapmak istediği inancına özel uygulamalar () Yok () Var Belirtiniz.....</p>

FİZİKSEL DEĞERLENDİRME FORMU

Yaşam Bulguları	Tansiyon:/.....mmHg	Solunum :/dk	Vücut Sıcaklığı :°C	Nabız :/dk	SpO ₂ : %.....
------------------------	---------------------------	--------------------	---------------------------	------------------	---------------------------

<p>Hastanın şu anda ağrısı var mı ? : () Hayır () Evet</p> <p>Ağrı nerede:</p> <p>Ne zaman başladı? :</p> <p>Niteliği nedir? :</p> <p>Ağrıyı arttıran faktörler:</p> <p>Ağrıyı azaltan faktörler:</p> <p>Şu andaki ağrı şiddetini skala üzerinde işaretleyiniz.</p> <div style="text-align: center;">  <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Yok Çok Az Biraz Fazla Çok Fazla Dayanılmaz</p> </div>	
---	--

Nitelik	Farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik Tedavi	Ağrıya karşı tepkiler
1.Kramp 2.Yanıcı 3.Batıcı 4.Spazm 5.Zonklayıcı 6.Baskı verici 7.Ezici/sıkıştırıcı	1.Non-Steroid Antienflamatuarlar 2.Narkotik analjezikler 3.Adjuvan tedavi 4.Diğer	1.Masaj 2.Dikkati dağıtma 3.Müzik 4.Pozisyon değişikliği 5.Sıcak/soğuk uygulama 6.Diğer.....	1.Kızgınlık/Ağlama 2.Aktivitede azalma 3.İştahta azalma 4.Uyku problemleri 5.Konsantrasyon bozukluğu 6.Analjezi isteme 7.Terleme/çarpıntı 8.Diğer

Ağrının izlemi: Hastanızın ağrısı varsa ve bir girişimde (ilaç uygulama, soğuk uygulama vb.) bulunulduysa ağrının seyrini not düşününüz.

Hastanızın ağrısı için ilaç yapıldıysa not düşününüz:

Tarih	Saat	İlacın Adı	Dozu	Yolu

Cilt : () Normal () Kuru () Nemli/Terli () Kızarık () Siyanotik () Soğuk () Sıcak () Soluk
() Sarılık () Peteşi () Purpura () Ekimoz () Hematom () Kaşıntı () Lezyon () Skar () Diğer :

Deri Turgoru : () Normal () Azalmış/Dehidrate **Ödem :** () Yok () Var , yerini açıklayın

Gode : () +1 [0-15 sn] () +2 [15-30 sn] () +3 [30-45 sn] () +4 [45 sn ve üstü] () Gode bırakmıyor

Tırnaklar : () Normal () Çomak Parmak () Siyanoz () Diğer :

IV Kateter : () Yok () Periferik () Santral () Takılma Zamanı : () Görünümü :

BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16'dan az olması basınç yaralanma riskini gösterir)

Duyu / algı	Nem	Aktivite	Hareketlilik	Beslenme	Sürtünme	Toplam
Tamamen sınırlı	1 Sürekli nemli	1 Yatağa bağımlı	1 İmmobil	1 Çok kötü	1 Problem	1
Çok sınırlı	2 Çok nemli	2 Sandalye	2 Çok sınırlı	2 Yetersiz	2 Olası problem	2
Hafif sınırlı	3 Arasına nemli	3 Arasına yürüyor	3 Hafif sınırlı	3 Yeterli	3 Problem yok	3
Bozulma yok	4 Nadiren nemli	4 Sık sık yürüyor	4 Sınırlama yok	4 Çok iyi	4 Bozulma yok	4

Basınç Yaralanması () Varsa Yeri : Evresi : () Evre I () Evre II () Evre III () Evre IV

BASINÇ YARALANMASI SINIFLANDIRMA

EVRE I	Bölge kızarık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibldir.	EVRE III	Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir.
EVRE II	Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir.	EVRE IV	Kas ya da kemikleri de tutan ülserdir.

Baş, Yüz ve Boyun Sistemi	<p>Sac/Saçlı deri : () Temiz () Yağlı () Kuru () Kepeklenme () Dökülme () Kitle () Skar</p> <p>Ağız-Boğaz : () Boğaz ağrısı () Lenf Nodlarının Durumu</p> <p>Ses : () Normal () Kısık () Konuşmada zorlanıyor</p> <p>Yutkunma : () Normal () Disfaji () Odinofaji</p> <p>Dudaklar : () Pembe ve nemli () Kuru ve çatlamış () Yara/kanama () Morarma</p> <p>Dil : () Pembe ve nemli () Kızarık () Çatlamış () Yara/kanama () Diğer</p> <p>Tükürük : () Normal () Azalmış () Artmış () Koyu veya yapışkan</p> <p>Oral mukozası : () Pembe ve nemli () Kuru () Ağız yarası () Kanama () Ağız kokusu</p> <p>Diş etleri : () Pembe ve normal () Ödemli/kızarık () Kanama () Çürük Diş Sayısı :</p> <p>Lenfadenopati : () Hayır () Evet (yeri) : () Preoriküler () Subokspital () Tonsiller () Posterior servikal () Submandibuler () Subklavikular () Aksillar () Servikal () İnguinal</p> <p>Gözler : () Kızarıklık () Yanma/Batma () Kaşıntı () Akıntı () Şaşılık () Sorun Yok</p> <p>Konjektiva Rengi :</p> <p>Kulaklar : () Akıntı () Çınlama () Şekil bozukluğu () Kaşıntı () Sorun Yok () İşitme problemi, varsa açıklayınız :</p> <p>Burun : () Akıntı () Epistaksis () Koku almada azalma () Defekt () Tıkanma () Sorun Yok</p> <p>Tat Alma Duyusunda Bozulma : () Hayır () Evet :</p>																																
Kardiyovasküler Sistem	<p>Apeks vuruşu (elle) : () Hissediliyor () Hissedilmiyor</p> <p>Kalp seslerinde patolojik bulgu varsa açıklayınız :</p> <p>Nabız : () Normal () Taşikardi () Bradikardi () Çarpıntı () Filiform (ipliksi)</p> <p>Apikal Ritm : () Düzenli () Düzensiz</p> <p>Periferik Nabızlar : 0 = Yok 1 = Zayıf 2 = Orta 3 = Güçlü</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Nabızlar</th> <th>Sol</th> <th>Sağ</th> <th colspan="2">Nabızlar</th> <th>Sol</th> <th>Sağ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Brakial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Femoral</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Radial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Dorsalis Pedis</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Popliteal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Posterior Tibial</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Kan Basıncı : () Normal () Hipertansiyon () Hipotansiyon () Ortostatik Hipotansiyon () Boyun venlerinde dolgunluk () Siyanoz () Göğüs ağrısı () Senkop () Varis () Peritibial ödem () Sorun Yok</p> <p>Kapiller Geri Dolum Süresi : () < 3 sn. () > 3 sn. Homans Bulgusu : () Hayır () Evet</p>	Nabızlar		Sol	Sağ	Nabızlar		Sol	Sağ	Brakial				Femoral				Radial				Dorsalis Pedis				Popliteal				Posterior Tibial			
Nabızlar		Sol	Sağ	Nabızlar		Sol	Sağ																										
Brakial				Femoral																													
Radial				Dorsalis Pedis																													
Popliteal				Posterior Tibial																													
Solunum Sistemi	<p>Göğüs kafesi şekli : () Normal () Anormal :</p> <p>Göğüs kafesi : () Solunuma eşit-simetrik katılıyor () Solunuma eşit-simetrik katılmıyor</p> <p>Solunum niteliği : () Düzenli () Düzensiz () Dispne () Paroksizmal Nokturnal Dispne () Ortopne () Siyanoz () Apne () Bradipne () Taşipne () Hiperventilasyon () Hipoventilasyon () Cheyne-Stoke's Solunum () Kussmaul Solunum () Biot Solunum () Hemoptizi</p> <p>Solunum sesleri : () Normal () Anormal --> () Raller () Ronküs () Wheezing () Stridor</p> <p>Solunumla ağrı : () Hayır () Evet</p> <p>Öksürük : () Hayır () Evet, açıklayınız [kuru öksürük, balgamlı vb.] :</p> <p>Balgam : () Hayır () Evet, açıklayınız [renk, kıvam vb. açısından] :</p>																																
Gastrointestinal Sistem	<p>() Hematemez () Hemoroid () Karın ağrısı () Mide yanması</p> <p>Abdomen : () Yumuşak () Gergin () Sert () Distansiyon () Skar () Kitle () Asit () Döküntü () Renk değişikliği () Hepatomegali</p> <p>Bağırsak sesleri : () Normoaktif () Hiperaktif () Hipoaktif</p> <p>Rebound hassasiyeti : () Hayır () Evet () Sorun Yok</p>																																
Kas - İskelet Sistemi	<p>() Sorun Yok</p> <p>() Kifoza () Skolyoz () Lordoz () Spinal Deformite () Tremor () Amputasyon () Yürüyüşte bozulma () Postürde bozulma</p> <p>Eklemler : () Normal () Kızarıklık () Eklemden şişlik () Hareket kısıtlılığı () Kontraktür () Deformite</p> <p>Kuvvet : Üst Ekstremiteler : ROM : () Tam () Sınırlı / Alt Ekstremiteler : ROM : () Tam () Sınırlı</p>																																

TABURCULUK PLANINDA ELE ALINACAK KONULAR

İlaç :

.....

.....

Diyet :

.....

.....

Egzersiz :

.....

.....

Öz bakımın desteklenmesi / özel sağlık gereksinimi:

.....

.....

Sağlık Kontrolü:

.....

.....

Hastalığın komplikasyonlarına yönelik eğitim:

.....

.....

.....

.....

HASTADA SAPTANAN HEMŞİRELİK TANILARI (öncelik sırasına göre yazınız)

Kollobratif Tanılar	Hemşirelik Tanıları ve Riskler
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.

EĞİTİM PLANI

Eğitim Konusu :

Eğitim Yeri, Zamanı ve Süresi :

Eğitim Hedefleri :

Kullanılacak Materyal :

Eğitim İçeriği :

Eğitim Değerlendirme Soruları :

1)

2)

Eğitimin Değerlendirilmesi :

Kaynaklar :

TIBBİ TANİ BİLGİ FORMU

Hastanın Tıbbi Tanısı :

Etiyoloji :

Patofizyoloji :

Tanı Yöntemleri:

Klinik Belirti – Bulgular:

Tıbbi Tedavi ve Hemşirelik Yönetimi:

Kaynaklar :

1)

2)

3)

4)

5)

İLAÇ BİLGİ FORMU	
İlaç & Doz	
Uygulama Yolu	
Etki Mekanizması	
Hasta bu ilacı neden alıyor?	
Yan etkileri	
İlaç & Doz	
Uygulama Yolu	
Etki Mekanizması	
Hasta bu ilacı neden alıyor?	
Yan etkileri	
İlaç & Doz	
Uygulama Yolu	
Etki Mekanizması	
Hasta bu ilacı neden alıyor?	
Yan etkileri	
İlaç & Doz	
Uygulama Yolu	
Etki Mekanizması	
Hasta bu ilacı neden alıyor?	
Yan etkileri	
İlaç & Doz	
Uygulama Yolu	
Etki Mekanizması	
Hasta bu ilacı neden alıyor?	
Yan etkileri	
İlaç & Doz	
Uygulama Yolu	
Etki Mekanizması	
Hasta bu ilacı neden alıyor?	
Yan etkileri	