

BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HASTA TANILAMA FORMU

Öğrencinin Adı-Soyadı:			
Öğrenme Hedefleri (Profesyonel/Bireysel):			
Anabilim/ Bilim Dalı:	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		
Adresi ve Telefonu:			
Acil Durumda Aranacak Kişi/ Yakınlığı/ Telefon No:			
Bilgi Kaynağı:			
HASTALIK ÖYKÜSÜ			
Yatış Tarihi/ Saati:	Geliş Şekli: () Yürüyerek () Sedye () Tekerlekli sandalye () Diğer		
Çıkış Tarihi/ Saati:	Geldiği Yer: () Ev () Y.Bakım () Acil ()Kliniği () Diğer		
Ameliyat Tarihi:			
Yatış Nedeni (Hastanın en önemli şikayeti ve ifadesi):			
Sorunun Başladığı Zaman ve Süresi:	Tıbbi Tanı:		
Adli Vaka: () Evet () Hayır			
SAĞLIK HİKAYESİ			
Geçirdiği hastalık/ hastalıklar:			
<u>Türü</u>	<u>Zamanı</u>	<u>Sonucu</u>	
.....	
.....	
Daha önce hastaneye yattı mı? () Hayır () Evet Nedeni:			
Evde sürekli kullandığı ilaçlar:			
Son 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:		
ALIŞKANLIKLARI			
() Sigara..... adet/ ...gün	() Alkol..... ml / ...gün /hafta/...ay		
() Diğer (Madde, ilaç...vb.)			
Aile İle Görüşme (Hasta Yanında Görüşülmeyecek)			
-Hastalık Hakkında Bilgileri:			
-Hastanın Önemli Sorunları- Gereksinimleri:			
-Evdeki Bakım Olanakları:			
HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ/MALZEME/ÖZEL EŞYA: () Yok () Var.....			

TIBBİ TANISI:

Bireyin hastaneye kabul tıbbi tanısını literatür bilgileri doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında kısaca açıklayınız.

Hastalığın Tanımı:**Belirti-Bulgular:****Tedavisi:****Risk Faktörleri:****Komplikasyonları:****Prognoz:**

TEMEL LABORATUAR DEĞERLERİ

Laboratuar Testleri	Normal Değerler	Hastanın Değerleri	Anormal Değerlerin Nedeni
WBC			
RBC			
Hct			
Hb			
Trombositler			
BUN			
Kreatin			
Na			
INR PT APTT	} uygunsu		
DİĞER TESTLER			
Üriner Test			
HGA1c			

YAŞAM AKTİVİTELERİ (YAŞAM MODELİ)
1. GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE SÜRDÜRME AKTİVİTESİ

SUBJEKTİF

Hasta bireyin güvenliğini tehdit eden ağrı, enfeksiyon, yaralanma, vb. soru/ sorunlarını hastanın ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (‘ ‘) belirtiniz.

OBJEKTİF

1. Mental Durumu:

Bilinci: () Açık () Bulank () Kapalı

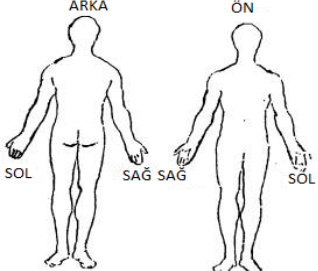

2. Duyu Organları:

- Görme: Pupilla: Sağ: Normal..... Anormal..... Sol: Normal..... Anormal.....
Gözlük: Evet..... Hayır..... Kontakt Lens: Evet..... Hayır.....
- Duyma: Sağ Kulak: Normal..... Yetersiz..... Sağır..... Duyma Aracı: Evet..... Hayır.....
Sol Kulak: Normal..... Yetersiz..... Sağır..... Duyma Aracı: Evet..... Hayır.....
Duymayı etkileyen bir sorun var mı? (akıntı, kaşıntı vb.) Evet:....Hayır.....
- Dokunma: His kaybı (ısı, acı, ağrı, basınç vb.): Var:.....Yok:.....Tanımlayınız:.....
Cilt ısısı: Normal....Anormal....Tanımlayınız:.....
- Koklama: Koku alma duyması: Var:.....Yok:.....Tanımlayınız:.....
Sağ Burun Deliği: Açık:....Kapalı:....Tanımlayınız:.....
Sol Burun Deliği: Açık:....Kapalı:....Tanımlayınız:.....
- Tat Alma: Tat alma duyması: Var:.....Yok:.....Tanımlayınız:.....

3. Enfeksiyon riski

Enfeksiyon riski: Hayır () Evet () Tanımlayınız.....

4. Ağrı

Ağrının yeri	Ağrının şiddeti
	 0 AĞRIM YOK 2 ÇOK AZ VAR 4 BİRAZ VAR 6 OLDUKÇA FAZLA 8 ÇOK FAZLA 10 DAYANILACAK GİBİ DEĞİL
Ağrının niteliği	
Sızlama ()	Gerilme () Keskin ()
Künt ()	Zonklama () Sıkıştırma ()
Yanma ()	Acıma ()

Ağrı / Rahatsızlık: Hayır.....Evet.....Başlangıcı.....Süresi.....

Ağrının yayılışı:.....

Ağrı ile eşlik eden şikayetler/ yakınmalar olan faktörler:.....

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	<input type="checkbox"/>	4 puan
Semptomatik / Depresyon	<input type="checkbox"/>	2 puan
Boşaltım İhtiyacında Sorun	<input type="checkbox"/>	1 puan
Baş Dönmesi	<input type="checkbox"/>	1 puan
Cinsiyet (erkek)	<input type="checkbox"/>	1 puan
Sandalyeden kalkma testi* (tek seçenek işaretlenecek)		
• Kollarını kullanmadan kalkabiliyor	<input type="checkbox"/>	0 puan
• Kalmak için sandalye koluğunu kullanıyor ve tek denemede kalkabiliyor	<input type="checkbox"/>	1 puan
• Kalmak için sandalye koluğunu kullanıyor ancak birden fazla deneme ile kalkabiliyor	<input type="checkbox"/>	3 puan
• Yardım almadan kalkamıyor	<input type="checkbox"/>	4 puan
Antiepileptik Grubu İlaç Kullanımı (Karbamezepin, Tegretol, Phenytoin, Eptantoin, Valporik Asit, Depakin, Pimidon, Mysoline, Lamotrigin, Lamictal, Phenobarbital, Luminal, Exhosuximid, Petimid)	<input type="checkbox"/>	2 puan
Benzodiazepin Grubu İlaç Kullanımı (Alprazolam, Xanax, Buspiran, Buston, Chlordiazepoxid, Librium, Clonazepam, Rivotril, Clorazepatdipotasyum, Tranxilane, Diazepam, Diazem, Lorazepam, Rivotril, Midazolam, Dormicum, Oxazepam, Serapax)	<input type="checkbox"/>	1 puan
TOPLAM PUAN		
RISK 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 hemşirelik girişimlerini uygulayın.

KISITLAMA GEREKSİNİMİ		
Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	“Var” ise kısıtlama altındaki bireye uygun hemşirelik girişimlerini uygulayın.

İZOLASYON		
Gereksinim var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	“Var” ise izolasyon uygulanan bireye uygun hemşirelik girişimlerini uygulayın.
Varsa izolasyon şekli	<input type="checkbox"/> Temas <input type="checkbox"/> Sıkı temas <input type="checkbox"/> Damlacık <input type="checkbox"/> Solunum <input type="checkbox"/> Diğer	

TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ			
<input type="checkbox"/> Hasta bilekliği takıldı	Oksijen sistemi	<input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı	
<input type="checkbox"/> Hasta ünitesi tanıtıldı	Pencereler	<input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı	
<input type="checkbox"/> Yatak kenarlıkları yukarıda	Yatak frenleri	<input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı	
<input type="checkbox"/> Yatak başı düzeni sağlandı	Refakatçi gereksinimi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	

2. İLETİŞİM

SUBJEKTİF

Hasta bireyin iletişim aktivitesine ilişkin soru/sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

.....

OBJEKTİF

Hasta yalnız mı yaşıyor? Evet..... Hayır..... Kiminle.....

Hastalığı kabul etme durumu:.....

Dini inancı: Müslüman..... Hıristiyan..... Musevi..... Diğer.....

Hastaneye yatma, hastanın dini ibadetlerini etkiliyor mu? Hayır....Evet.....

Bakımını sınırlayacak herhangi bir inancı var mı (diyet, kan transfüzyonu vb.) Hayır....Evet..... Tanımlayınız.....

İletişim şekline göre birey: İçe dönük () Dışa dönük () İyimser () Karamsar () Kendisi ile barışık ()

Kullandığı dil (Lisanı):.....İletişime Engel Olacak Duyusal Kusurlar:.....

İletişim kurabilmek için yardıma gereksinimi var mı? Hayır..... Evet.....Tanımlayınız:.....

İletişim kurabilmek için herhangi bir araç-gerece (yazı tahtası, işitme cihazı, iletişim kartları) 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, diğer hastalar ile iletişim kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Hasta, sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Konuşmayı engelleyecek bir sorunu var mı ya da bir girişim, tedavi uygulanmış mı? (disfazi, afazi, yüz travması, endotrekeal entübasyon, antidepresan ilaçlar vb.) Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Birey sorulan sorulara uygun yanıtlar veriyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Birey iletişim sırasında göz teması kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Ağrı, dispne, güçsüzlük gibi bireyin iletişimini etkileyen fiziksel yakınmaları var mı? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Kayı, kızgınlık, umutsuzluk, öfori gibi iletişimi etkileyen emosyonel bir durumu var mı? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

3. SOLUNUM

SUBJEKTİF

Hasta bireyin solunum aktivitesine ilişkin öksürük, solunum sıkıntısı vb. gibi soru/sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

.....

OBJEKTİF

SOLUNUM SİSTEMİ:

Solunum Hızı:...../Dk. Abdominal.....Diyafragmatik.....Eforlu.....Eforsuz.....Özel pozisyon:.....

Derinliği: Yüzeysel....Derin....Yardımcı solunum kaslarının kullanımı: Hayır...Evet... Tanımlayınız.....

Normal solunumunu sürdürebiliyor mu? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

Geçmişte solunumla ilgili herhangi bir problemi mevcut mu? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

Öksürük: YokVar.....Tanımlayınız.....

Balgam çıkarıyor mu? Hayır...Evet... Özelliklerini tanımlayınız:.....

Göğüs ağrısı: YokVar..... Tanımlayınız.....

Siyanoz: YokVar..... Tanımlayınız.....

Hemoptizi: YokVar..... Tanımlayınız.....

Şu an ya da olabilecek bir solunum problemi mevcut mu? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

Solunum terapisi uygulanıyor mu? Hayır...Evet...

Toraks muayenesi;

Toraksın simetrisi: YokVar.....Tanımlayınız.....

Solunum türü: Apne () Bradipne () Takipne () Hiperpne () Hipopne () Hiperventilasyon ()

Hipoventilasyon () Kusmual Solunum () Cheyne-Stokes Solunum () Dispne ()

Hipoksi () Anoksi ()

Solunum derinliği:.....

Solunum ritmi:.....

Cilt durumu:.....

Cilt rengi:.....

Solunumda kullanılan yardımcı kaslar:.....

Toraksta hassasiyet: YokVar.....Tanımlayınız.....

Göğüs kafesinin yapısı:.....

Retraksiyon: YokVar.....Tanımlayınız.....

Akciğer sesleri:.....

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM:

Nabız Hızı: Radyal:..... /dk Apikal...../dk.

Nabız ritmi: Düzenli.....Düzensiz.....

Nabız volümü:.....

Kan Basıncı: Sol Kol.....mmHg Sağ kol.....mmHg

Pozisyon: () Ayakta.....mmHg () Otururken.....mmHg () Yatarken.....mmHg

Siyanoz: Hayır...Evet...Yeri.....

4. BESLENME

SUBJEKTİF

Hasta bireyin beslenme aktivitesini etkileyen/alışkanlığını/tercihlerini etkileyen faktörleri kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

OBJEKTİF

Boy:.....cm. Kilo:.....kg. Beden Kitle İndeksi.....

Günlük öğün sayısı:

Beslenmede ağırlıklı olarak tercih ettiği besin grupları (hoşlandığı besinler; protein, karbonhidrat, yağdan zengin besinler):.....

Kendini besleme durumu: () Kendini besliyor () Yardıma gereksinimi var

Son altı ayda kilo aldı mı? Evet (lütfen belirtiniz).....Hayır.....Bilinmiyor.....

Son altı ayda istemsiz kilo verdi mi? Evet (lütfen 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:.....

Sevdiği ve sevmediği yiyecekleri tanımlayınız.....

Aşağıdaki durumlarla ilgili bir sorunu var mı?

Bulantı: Hayır.....Evet...Tanımlayınız.....

Kusma: Hayır.....Evet...Tanımlayınız.....

Yutma: Hayır.....Evet...Tanımlayınız.....

Çiğneme: Hayır.....Evet...Tanımlayınız.....

Sindirme: Hayır.....Evet...Tanımlayınız.....

Beslenme aktivitesini etkileyen/etkileyebilecek herhangi bir inancı var mı? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

Beslenme şekli: () Oral () Enteral () Parenteral

Hekimin önerdiği diyeti:.....

Kendini Besleme Yeteneği: () Bağımlı () Yarı Bağımlı () Bağımsız

Beslenmeyi Engelleyen Faktörler: () Oral Lezyonlar () Ameliyat () Yutma Güçlüğü () Bilinç Durumu () Fiziksel Güçsüzlük

5. BOŞALTIM

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.

OBJEKTİF

Bağırsak Boşaltımı:

Sıklık (Kez/Gün):.....Azalma:.....Artma:.....Süre:.....
Boşaltım gereksinimlerini farketme: Hayır...Evet:.....Artma:.....Azalma:.....Süre:.....
Boşaltım aciliyetinde değişim: Hayır...Evet:.....Artma:.....Azalma:.....Süre:.....
Miktarda herhangi bir değişim: Hayır...Evet:.....Artma:.....Azalma:.....Süre:.....
Son bir ay içinde dışkılama alışkanlığında değişim oldu mu? Hayır...Evet:.....Artma:.....Azalma:.....Süre:.....
Dışkının özelliği:
Sıklık (Kez/Gün)..... Azalma.....Artma..... Süre:.....
İçerik: Katı...Yumuşak...Sıvı...
Renk: Kahverengi...Siyah...Sarı... Yeşil... Beyaz/ Kil..... Kırmızı.....
Kıvamı: Yumuşak..... Şekli..... Sulu..... Sert.....
Kokusu: Keskin () Diğer.....
İçeriği:.....
Miktarı:.....gr/gün
Diğer sorunlar (kan, parazit, sindirilmemiş besin, ağrı, şeklinde değişim vb.):.....
Bağırsak boşaltımına ilişkin hasta bireyin yaşadığı sorunlar: Kan...Parazit.....Ağrı... Mukus.....

Bağırsak boşaltımına ilişkin karşılaştığımız sorunlar: Kan () Parazit () Ağrı () Mukus ()

Normal boşaltımı sürdürmek için yaptığımız uygulamalar: Ilık su içme () Egzersiz () Diğer ().....

Bağırsak boşaltımını gerçekleştirmek için kullandığınız boşaltım yardımcıları:

Kolostomi () Ürostomi () Sürgü () Laksatif kullanma () Lavman uygulama ()

Konstipasyon: Hayır...Evet.....Sıklık..... TanımlayınızSüre:.....

Diyare: Hayır...Evet.....Sıklık..... TanımlayınızSüre:.....

Distansiyon: Hayır...Evet.....Sıklık..... TanımlayınızSüre:.....

Boşaltım yardımcıları kullanır mı? (Laksatif, Supp., Diyet) Hayır...Evet....

Bağırsak boşaltımını gerçekleştirmek için hasta bireyin kullandığı boşaltım yardımcıları:

Kolostomi.....Ürostomi.....Sürgü.....Laksatif kullanma.....Lavman uygulama.....

Batın çevresi:.....

Batın Oskültasyonu:

Barsak Sesleri: Normal...Artmış...Azalmış...Yok...

Batın Palpasyonu:

Gerginlik:Hayır...Evet...Nerede.....

Sertlik: Hayır... Evet... Nerede.....

Stoma: Yok...Var...Yeri.....Türü.....

İdrar Boşaltımı:

Boşaltım gereksinimini farketme: Hayır... Evet... Artma.....Azalma..... Süre:.....

Boşaltım aciliyetinde değişim: Hayır... Evet... Artma.....Azalma..... Süre:.....

Miktarda herhangi bir değişim: Hayır... Evet... Artma.....Azalma..... Süre:.....

Son bir ay içinde idrar alışkanlığında değişim oldu mu? Hayır...Evet:.....Artma:.....Azalma:.....Süre:.....

İdrarın özelliği:

Sıklık (Kez/Gün)..... Azalma.....Artma.....

Miktarı.....ml

Görünümü: Berrak..... Bulanık

Rengi: Amber/saman..... Koyu sarı....

Dansitesi:.....

Kokusu: Amonyak..... Diğer.....

Reaksiyonu: Ph.....

Diğer sorunlar (ağrı, yanma vb.):.....

İdrar boşaltımına ilişkin hasta bireyin karşılaştığı sorunlar:

Dizüri..... Poliüri..... Oligüri Sık idrara çıkma..... Noktüri.....Hematüri

Piyüri..... Üriner retansiyon..... İnkontinans

İnkontinans: Hayır...Evet...Ne Zaman.....Tanımlayınız.....

Retansiyon: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Boşaltım yardımcıları kullanır mı? (TAK, diüretik vb.): Hayır.....Evet..... Tanımlayınız.....

İdrar boşaltımını gerçekleştirmek için hasta bireyin kullandığı boşaltım yardımcıları:

Ürostomi.....TAK.....İdrar sondası () Kondom kateter.....

Sürgü/ördek.....Diüretik ilaçlar.....Mesane irriğasyonu.....

6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME

SUBJEKTİF

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

OBJEKTİF

Hijyen Alışkanlıkları:

- Deri temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Ağız temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Göz temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Kulak temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Burun temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Tırnak temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Saç temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Ayak temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Banyo: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Tuvalet hijyeni: Kullanılan Ürün (tuvalet kağıdı, bez,ped vb.):.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Menstruasyon hijyeni: Kullanılan Ürün (tuvalet kağıdı, bez,ped vb.):.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Giyinme/Kuşanma Alışkanlıkları: () İnce.....() Kalın.....() Mevsimine uygun.....

Yara iyileşmesi ile ilgili herhangi bir sorunu var mı? Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Giyinme/soyunmada zorluk çekiyor mu?: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

- Deri Muayenesi:

Sıcak....Soğuk....Nemli....Kuru.....

Turgor: Normal.....Dehidrate.....Diğer.....

Renk: Soluk.... Pembe.... Siyanotik.... Sarı.... Diğer.....

Basınç Ülseri: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....Evsresi:.....

Ödem: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....

Kızarıklık: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....

Tanıladığınız Diğer Deri Sorunları/Lezyonları: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....

- Mukoz Membran:

Ağız: * Nemli....Kuru.... Renk: Beyaz:.....Soluk:.....Pembe:.....Kırmızı:.....Siyanoz:.....

* Diş: Sorun var mı? (çürük, dolgu, protez vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

* Diş Eti: Sorun var mı? (kızarıklık, kanama, çekilme vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

* Dil: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, pashı, çatlak, beyaz vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

* Dudak: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, çatlak, beyaz vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Göz: Sorun var mı? (kızarıklık, kaşıntı, akıntı vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Kulak: Sorun var mı? (kaşıntı, akıntı vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Burun: Sorun var mı? (sarıklık, tahriş vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Tırnak: Sorun var mı? (sarıma, batma, enfeksiyon vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Saç: Sorun var mı? (kepek, kellik, bit vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Ayak: Sorun var mı? (kuruma, nasır, çatlama vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

- Giyisilerin görünümü: Temiz.....Kirli.....Tanımlayınız.....

BASINÇ YARASI RİSK FAKTÖRLERİ

<input type="checkbox"/> Obezite	<input type="checkbox"/> Ödem	<input type="checkbox"/> Steroid kullanımı	<input type="checkbox"/> Travma
<input type="checkbox"/> Beslenme bozukluğu	<input type="checkbox"/> Anemi	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> Anoreksia
<input type="checkbox"/> Diyabet	<input type="checkbox"/> Hipotansiyon	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> Serabro Vasküler Olay
<input type="checkbox"/> Yaşlılık	<input type="checkbox"/> Tüp ile beslenme	<input type="checkbox"/> Yatağa bağımlılık	<input type="checkbox"/> Periferik vasküler hastalık
<input type="checkbox"/> Zayıflık	<input type="checkbox"/> Hareket kısıtlılığı	<input type="checkbox"/> Büyük ameliyat	

BASINÇ YARASI RİSKİNİ DEĞERLENDİRME (NORTON SKALASI)

Fiziksel durum	Puan	Mental durum	Puan	Aktivite	Puan	Mobilite	Puan	İnkontinans	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 yarısı riskini yeniden değerlendirin. Basınç yarısını önlemeye yönelik girişimlere devam edin.						
Yüksek Risk		1-11		Hergün basınç yarısı riskini yeniden değerlendirin. . Basınç yarısını önlemeye yönelik girişimlere devam edin.						

7. BEDEN SICAKLIĞININ KONTROLÜ

SUBJEKTİF

Hasta bireyin beden sıcaklığını kontrolü aktivitesine ilişkin, bireysel tercihlerini , soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

.....

OBJEKTİF

Ortam sıcaklığı tercihi: Sıcak..... Normal (Ilık).....Soğuk.....
Birey, hastane ortamı dışında (ev gibi) kendi vücut sıcaklığını kontrol ediyor mu?: Evet:.....Hayır:.....
Birey, hangi yöntem ile kendi vücut sıcaklığını kontrol ediyor?: Oral.....Rektal.....Aksillar..... Timpanik..... Temporal.....
Bireyin, vücut sıcaklığı normal aralıkları ile ilgili bilgi durumu?: Biliyor:.....Bilmiyor:.....
Sıcaklık:.....°C; Oral.....Rektal.....Aksillar..... Timpanik..... Temporal.....
Kabul sırasında hasta havaya uygun giysiler giymiş miydi? Evet....Hayır....Tanımlayınız.....

8. HAREKET

SUBJEKTİF

Hasta bireyin hareket aktivitesine ilişkin, değişimi, soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak yazarak (“ ”) içinde belirtiniz.

.....

OBJEKTİF

Genel yaşam tarzınız: Aktif....Sedanter (Sakin).....
Harekette zorlanma: Hayır.... Evet.... Tanımlayınız (zamanı, yeri).....
Hareket ederken vücut mekaniğine dikkat ediyor mu? Evet.....Hayır.....
Hareket etmesini engelleyen herhangi bir fiziksel engeli var mı? Hayır.....Evet..... Tanımlayınız.....
Düzenli olarak egzersiz/spor yapıyor mu? (yürüyüş, yüzme vb.) Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
Yorgunluk hali: Hayır.... Evet.... Tanımlayınız (süresi, zamanı).....
Hareketine yardımcı araç/gereç kullanıyor mu? ? Hayır.....Evet..... Tanımlayınız.....
Ekstremitte kaybı: Hayır.... Evet.... Yeri.....
Hasta kendi kendine kolaylıkla hareket edebiliyor mu?(Dönme, Yürüme) Evet....Hayır....Sınırlamaları Tanımlayınız.....
.....
Denge: Normal.....Ayakta duramama.....Sendeleme.....Tanımlayınız.....
Postür: Normal....Kifoz....Lordoz....Diğer:.....
Şekil bozukluğu (kontraktür, eklem kısıtlılığı, çekilme, kasılma vb) Hayır....Evet.... Yeri..... Tanımlayınız.....
Doğru vücut postürü sağlamak için kullanılan araç-gereçler? Hayır.....Evet..... Tanımlayınız.....
Hasta bireyin hareket etmesine yardımcı araçlar: (atak Kenarlıkları, Trapez, Çengel, Yürüyüş Kemer, Kaydırma Tahtası, Kaldıraç, Asansör, Çarşaf, Sıra, Kum Torbaları, Trokanter Rulolar, Walker, Koltuk Değneği,vb.): Hayır.....
Evet.....Tanımlayınız.....
Hasta bireyin hareketini destekleyen yardımcı araçlar: (Baston, koltuk değneği, yürüteç, vb.) Hayır..Evet...Tanımlayınız.....
Hastaya uygulanan egzersiz türü? İzotonik egzersiz.....İzometrik egzersiz.....İzokinetik egzersiz.....
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.....
Traksiyon / Alçı / Splint/Korse/Boyunluk Varlığı: Hayır....Evet.... Tanımlayınız.....
Paralizi Varlığı: Hayır.... Evet....Yeri.....
Fizik tedavi alıyor mu?: Hayır.....Evet:.....

9. ÇALIŞMA VE EĞLENCE

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.

OBJEKTİF

Geliri gider durumu () Gelir gidere eşit () Geliri giderinden az () Geliri giderinden fazla

Çalışma durumu:.....saat/gün.....

Boş zamanlarını değerlendirme biçimi:.....

Son bir aydır sağlık sorununa bağlı olarak normal günlük işleri aksadı mı?(Ev İşi, Çalışma Hayatı): Hayır....Biraz....Evet.....

Son bir aydır fiziksel sağlığı ve ruhsal sorunları sosyal aktivitelerini/hobilerini engelledi mi? Hayır....Evet.... Tanımlayınız.....

Çalışıyorsa, son 6 aydır sağlığı yüzünden işe gidemediği oldu mu? Hayır...Evet.... Kaç Gün:.....

Boş zamanlarını değerlendirme biçimi:.....

10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME

SUBJEKTİF

Hasta bireyin cinselliği ifade etme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

OBJEKTİF:

Genel görünümü kimliği ile uyumlu mu: Evet....Hayır...Tanımlayınız.....

Görüşmede soruları cevaplama durumu: () Girişken.....() Çekingen.....() Utangaç.....() Saldırgan.....

Doğurganlığı planlama yöntemi:

Kullanmıyorum () Doğum kontrol hapi () Tüplerin bağlanması () Geri çekme ()
Rahim içi araç () Kondom () Vazektomi () Takvim yöntemi ()

Doğurganlığı planlama yönteminden memnun musunuz? Evet.....Hayır.....

KADIN

Menstruasyon siklüsü: Düzenli.....Düzensiz..... Sıklığı.....

Kullandığı ürünün (ped, bez vb.) gün içindeki sayısı

Menstruasyon öncesinde yaşadığınız sorunlar var mı:

Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

Menstruasyon sırasında yaşadığınız sorunlar:

Ağrı ()
Aşırı kanama () Halsizlik ()
Bulantı/kusma () Uyuma ()
isteğinde artış

Menopoza girdi mi?

Evet.....Hayır.....

Menopoza girdi ise ne zaman?

(yıl).....

Normal olmayan kızarıklık,

kanama veya akıntı:.....

ERKEK

Kendi kendinize testis/meme muayenesi yapıyor musunuz?

Evet.....Hayır..... Hangi sıklıkla.....

Üriner boşaltım ile ilgili bir sorunuz var mı?

Hayır EvetTanımlayınız.....

11. UYKU VE DİNLENME

SUBJEKTİF

Hasta bireyin uyku ve dinlenme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını, etkileyen faktörleri kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

OBJEKTİF

Genel uyku alışkanlıkları: Gece.....St/Gün.....Gündüz.....St/Gün.

Şekerleme: Hayır....Evet....Zamanı ve süresi.....Tanımlayınız.....

Kendini dinlenmiş hissediyor mu? Hayır....Evet....Tanımlayınız.....

Gün boyunca uyku hali var mı? Hayır....Evet..... Tanımlayınız.....

Uyurken kaç yastık kullanır?:.....

Uykuyu sağlamak için kullandığı metodları tanımlayınız (süt içme, müzik dinleme, kitap okuma, sessiz ortam, tv seyretme vb.):

Hastanede kalışı süresince uyku hijyeni ile ilgili bir değişiklik oldu mu?

-Uykuya dalmada güçlük: Hayır.... Evet.... Süre..... Nedeni.....

-Sabah çok erken uyanma: Hayır.... Evet.... Süre..... Nedeni.....

-Uyku saatinde gecikme: Hayır.... Evet.... Süre..... Nedeni.....

-Sık sık uyanma: Hayır.... Evet.... Süre..... Nedeni.....

-Uykusuzluk: Hayır.... Evet.... Süre..... Nedeni.....

-Dinlenememe: Hayır.... Evet.... Süre..... Nedeni.....

Ağrı, hareket güçlüğü , sık idrara çıkma gibi bireyin uykusunu etkileyen biyo-fizyolojik faktörler var mı?

Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Korku, stres, kaygı gibi bireyin uykusunu etkileyen duygusal faktörler var mı?

Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Gürültü, ışık, ısı, hastanede kahvaltı saatleri, tedavi saatleri, tedavi için kullanılan araç-gereçler gibi uykusunu etkileyen çevresel faktörler var mı?

Hayır.....Evet.....Tanımlayınız:.....

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 bireyl yaşam aktivitesinin gerçekleştirilmesinde, tamamında yardım gereksinimi duymaktadır.

**Yarıbağımlı: 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.

HEMŞİRELİK TANILARI

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

ÖĞRENCİ HEMŞİRENİN ADI- SOYADI

HASTA BAKIM PLANI

Hastanın Adı-Soyadı:

Yaş:

Tarih:

HEMŞİRELİK TANILAMASI	AMAÇLAR/HEDEFLER	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
SUBJEKTİF VERİLER: OBJEKTİF VERİLER: <hr/> HEMŞİRELİK TANISI	KISA VADELİ AMAÇ/HEDEF: UZUN VADELİ AMAÇ/HEDEF: <hr/>		

Lütfen bugünkü klinik deneyiminize ilişkin planladığınız bakımı açıklamak için gerekli olan ifadeleri yanıtlayınız.

Önem sırasına göre hastanız için belirlediğiniz öncelikler nelerdir? Hastanın gereksinimi için önceliklerinizi gerekçesi ile birlikte kendi ifadelerinizle yazınız

Öncelikleri belirlemede hangi hemşirelik tanılaması ile yaparsınız? İlgili hemşirelik tanıları nelerdir?

Klinik uygulama günü süresince öncelikli girişimleriniz nelerdir?

TABURCULUK PLANI

Öğrenim Gereksinimleri:

Bakım gereksinimleri/kimin destek olacağı:

Ev/Aile durumu&gereksinimler:

Diğer Konular (taşıma, sağlık güvencesi, gelir, çocuk bakımı vb...)

KAYNAKLAR