# YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ

# SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ BÖLÜMÜ

# YAŞLI BAKIMI PROGRAMI

**HASTA DEĞERLENDİRME FORMU**

**Tarih:**

|  |
| --- |
| **A. DEMOGRAFİK VERİLER****Klinik:** |
| **Hastanın Adı Soyadı: Hastaneye Kabul Tarihi:** |
| **Doğum Tarihi: Yaşı: Medeni Hali: Çocuk Sayısı:** |
| **Eğitim Durumu: Mesleği:** |
| **Adres:** |
| **Birinci Dereceden Yakınının** Adı Soyadı: Tel No:Yakınlık Derecesi: Adresi: |
| **Hastaneye Kabul Şekli:** |
| **Tıbbi Tanısı:** |
| **B.TIBBİ ANAMNEZİ****Hastanın Yakınması:**…………………………………………………......…………………………………………………………………………….. |
| **Kronik Hastalıklar** |
| **Sürekli Kullandığı İlaçlar:**………………………………………………….……………………………………………………………………………… |
| **Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? Nereye?**..............................................…………………………………………………………………………….... |
| **Geçirilmiş Hastalık / Operasyon:**………………………………………....……………………………………………………………………………..... |
| **Protezler** |
| **Alerjisi:** |
| **Alışkanlıkları**  |
| Düzenli Egzersiz YapmaDüzenli ve Dengeli Beslenme Stresle Baş edebilmeOlumlu Kişiler Arası İlişkiler Diğer ……………. |  |
| **C. HASTANIN SERVİSE ORYANTASYONU**Yemek Saati şire – |
| **D.YAŞAM BULGULARI****A:**….….0C **N**:….……./dk. Ritmi:............ **S**:…..../dk. **TA** mmHg.**Kan Grubu**:……....**Daha Önce Kan Transfüzyonu**  **Reaksiyon** |

**Bilgi Alınan Kaynak: Öğrenci Adı Soyadı:**

***TEDAVİSİ***

|  |
| --- |
| **......../…** **/ 20…** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Hastanızın Tedavisinde Kullanılan İlaçlar İle ilgili Bilgileri Yazınız** |
| **İlaç** | **İlacın Grubu** | **Etken Maddesi** | **İstenen Etkisi** | **Yan Etkisi-Ya da Önemli Yönü** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE TANILAMA

## Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması

 Düşme Öyküsü Var  Yardımla Yürüme  65 Yaş Üzeri  Görme Problemi

Ortostatik Hipotansiyon  Hipotansiyon  Hipertansiyon  Sedadif Kullanımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kas Zayıflığı/Dengesizliği  Baş Dönmesi/baygınlık |  Konfüzyon Desoryantasyon |  |
| Halsizlik  IV Kateter Santral kateter |  Kortikosteroid kullanımı |  |

Aspirin/Antikoagülan kullanımı  Yatak kenarlıklarının kullanımı

## İletişim

Yer, Zaman, Kişiye Oryante, Yanıtlar Uygun ve İletişim Yeterli  Laterjik  Konfüze

Disoryante Afazik Konuşma Güçlüğü  Ajite  Depresif  Anksiyete

 İçe Dönük  İşitme Sorunu  Korku  Yalnızlık  Stres Stresle Başetme Yöntemleri…………………………………………..

## Solunum

Solunum Hızı:.................Derinliği:.......................Akciğer Sesleri:....................  Dispne Öksürük

Sekresyon Hemoptizi Ortopne Trakeostomi  Hıçkırık Aralıklı Apne

Diğer…………………

## Beslenme

Boy:………………… Kilo: …………………… BKİ: ……………………..

Genel Beslenme Alışkanlıkları:…… …………………………………………………………... Hoşlanmadığı Besinler: ……………………………………***Oral Sıvı Alımı/24h: …………….*** Oral Alımı (sıvıdan katıya R1, R2, R3 (N), Diyet):..............

Oral mukozayı tanılama (0 Normal - 3 çok kötü)..................  Diş ve Diş Eti Problemleri

 Ağız Kokusu (holitazis)  Anorexia (yememe) Yutma Güçlüğü (disfaji)  Bulantı

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Kusma  N/GTüp |  Kilo Kaybı |  TPN | Distansiyon | (şişkinlik) |  |
|  Kaşeksi  Obesite | Hematemez |  Gaz Çıkımı |  |  |  |

Diğer:…………………………

## Boşaltım

Önceki Defekasyon Alışkanlığı: ……………En Son Defekasyona Çıktığı Gün…………….

 Hemoroid  Parazit  Fekal İnkontinans  Ostomi  Melena

 Konstipasyon  Diyare Diğer………..…

İdrar yapma alışkanlığı 24 saat/ kaç kez:........... Yaklaşık miktarı: ……………………

İdrar Rengi:....................  İdrar Retansiyonu  Dizüri  Noktüri  Anüri Oligüri

 Pollaküri  Poliüri  Hematüri  İdrar İnkontinası FoleyKateter Diyaliz Diğer:………………….

## Kişisel Temizlik ve Giyim

Kişisel hijyen ve giyinmede bağımsızlığı............................Vücut ve Giyim Hijyeni …………. Saçlı deri (dökülme vb.):............................................Banyo Yapma Durumu:............................

(Göz, Kulak, Burun, Ağız, Boyun) Akıntı.................Kirlilik…..…….….Kanama......................

 Ter kokusu  Kuruluk  Siyanoz  İkterik  Fotosensivite

 Ciltte Ülserasyon  Dekibütüs (Bası Yarası)  Kaşıntı  Kızarıklık

 Deskuamasyon  Extravazasyon  Varis  Ödem (+, ++, +++, ++++) Periferal Nabızlar:…………….Kapiller Dolum:  Bradikardi

 Taşikardi.............................Diğer…………………….…….

## Beden Isısının Kontrolü

 Çevre Isısına uygun Giyim  Hipotermi  Hipertermi  Soğuğa İntolerans

 Sıcağa İntolerans  Terleme  Titreme

## Hareket

Kas Gücü ve gelişimi:..............  Deformite  Kaslarda Zayıflık  Paralizi

 Parapleji  Hemipleji  Amputasyon  Kırık  Kontraktür  İmmobilite

 Kullandığı Yardımcı Araçlar Diğer:……………………….…..

## Çalışma ve Eğlence

Çalışma Durumu…………………………… Gelir Durumu………………..…………………..

Boş Zamanlarını Değerlendirme………………. İş Ortamı ve Koşulları…………………. Hobileri……………………………..

Diğer……………………………..…………………

## Cinselliği İfade Etme

Beden İmajı…………………………. Cinsiyete Uygun Giyim………….…………..………… Perineal Hijyen Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu): ……….…….…….…….……….…….……..

## Uyku

Uyku Saatleri:……………………İstirahat Süresi  Uykuya Dalmada Güçlük

Uyku İçin Yardımcı Girişimler:………………………..………………………………………..

 Uykuya Eğilim…….  Horlama…..  Uyku İlacına Bağımlılık……………

Diğer:……...……….

1. **Ölüm** *(Gerekli ise doldurunuz)*

Yaşam ve Ölüm İle İlgili İnançlar:……………………………………………………………...

Şok  İnkar  Kızgınlık  Pazarlık  Depresyon  Kabullenme Birey ve Ailesinin/Yakınlarının/Arkadaşlarının Bilgi Gereksinimleri:……………………...…

Spiritüel Gereksinim:……………………Ailenin Desteklenmesi:………………………..…… Diğer:……………………………………

## Hastanın ve Ailenin Bilgi Gereksinimleri: (Başlıklar Halinde)

- -

- -

- -

- -

# AĞRI TANILAMA FORMU

Aşağıdaki çizgide “0” noktası hiç ağrının olmadığını göstermektedir. Ağrı şiddeti 0 noktasından 10 noktasına doğru artmaktadır. “10” noktası ise dayanılamayacak şiddetteki ağrıyı göstermektedir.

Lütfen **şu anki ağrı şiddetinizi** aşağıdaki çizgi üzerine koyacağınız bir nokta ile belirtiniz.

0

10

AĞRI YOK

ÇOK ŞİDDETLİ AĞRI VAR

**Ağrının yeri:……………………………………..**

**AĞRI DEĞERLENDİRME**

**0-1,4 cm** ağrı yok; **1,5-3,4 cm** hafif ağrı; **2,4-5,4 cm** rahatsız edici ağrı;

**5,5-7,4 cm** şiddetli ağrı; **7,5-9,4 cm** çok şiddetli ağrı**; 9,5-10 cm** dayanılmaz ağrı.

|  |
| --- |
| **BASI YARALARI RİSK TANILAMA*****(Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğunu düşündüğünüz hastalara uygulayınız)*** |
| DUYGUSAL ALGILAMA | Tamamen Sınırlı | 1 | MOBİLİZASYON | Tamamen İmmobil | 1 |
| Çok Sınırlı | 2 | Çok Sınırlı | 2 |
| Hafif Sınırlı | 3 | Biraz Sınırlı | 3 |
| Normal | 4 | Aktif | 4 |
| VÜCUT TEMİZLİĞİ | Sürekli Islak | 1 | BESLENME | Kaşektik | 1 |
| Çok Sık Islak | 2 | Kısmen Yeterli | 2 |
| Ara-Sıra Islak | 3 | Yeterli | 3 |
| Çok Seyrek Islak | 4 | Çok İyi | 4 |
| AKTİVİTE | Yatağa Bağımlı | 1 | SÜRTÜNME VE ÇİZİLME | Problem Var |
| Sandalyeye Oturabilir | 2 | Problem Olabilir |
| Ara-Sıra Yürür | 3 | Problem Yok |
| Sık Sık Yürür | 4 |  |
| **\*TOTAL PUAN: Total Puan 16’dan düşük ise hasta risk grubuna alınmalı ve her gün izlenmelidir**. |

|  |  |
| --- | --- |
| TARİH../../…. | **SIVI DENGESİ İZLEME FORMU**(Gerekli ise doldurunuz) |
| SAAT | **ALDIĞI** |  **ÇIKARDIĞI** |
| DAMARYOLU | ORAL | NGT | İDRAR | NGT | GÖĞÜSTÜPÜ | DREN | KUSMA | DIŞKI | İMZA |
| 08:00-16:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16:00-24:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24:00-08:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOPLAM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |