



T. C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ HASTA BAKIMINA İLİŞKİN
VERİ TOPLAMA VE DEĞERLENDİRME FORMU



Öğrenci Adı Soyadı:

Veri Toplama Tarihi:

Bireye ilişkin veriler	Hastanın: Adı Soyadı : Yaşı / Cinsiyeti : Medeni durumu : Mesleği : Yattığı klinik/bölüm : Yatış tarihi : Kan grubu : Bulaşıcı hastalığı :
Sağlığın algılanması	Geldiği yer : () poliklinik () yoğun bakım () servis () acil () diğer Yatış Tanısı: YATIŞ ŞİKAYETİ /ÖYKÜSÜ: Kronik Hastalıklar () Var () Yok () Diyabetes Mellitus.....yıl () Böbrek problemleri.....yıl () Kalp Hastalığı.....yıl () Ülser..... () Hipertansiyon.....yıl () Kanseryıl () Tiroid.....yıl () Artrityıl () Migren/baş ağrısı.....yıl () Felçyıl.....kez () Anemi.....yıl.....anemisi yıl () Diğer..... Sigara : () Hayır () Bırakmış (tarih)..... () Evet (.....miktar/ süre) Alkol : () Hayır () Bırakmış (tarih)..... () Evet (.....miktar/gün) Daha Önce Hastaneye Yatma : () Var () Yok Daha önce hastaneye yatış nedenleri : Cerrahi Girişim : () Var () Yok Gerçekleştirilen cerrahi girişimler : Alerji : () Var () Yok Alerjen : () ilaç () yiyecek..... () kontak alerjen (kumaş, metal, vs.) () Çevresel ajanlar: () duman () polen () toz Diğer..... Sürekli Kullanılan ilaçlar : () Var () Yok

Beslenme metabolik durum	Boy... Kilo..... BKİ..... kg/m² Normal <input type="checkbox"/> Hafif kilolu <input type="checkbox"/> Kilolu <input type="checkbox"/> Obez <input type="checkbox"/> Oral alım: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diyeti: Kiloda Değişim: Yok <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/>kg/zaman İştah Durumu: Normal <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Yeme Problemi: Disfaji <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Hematemez <input type="checkbox"/> Diğer:..... Enteral Beslenme/Total Parenteral beslenme: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>																																																	
Boşaltım	İdrar: Normal <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Üriner İnkontinans <input type="checkbox"/> Üriner kateter: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diyaliz: Hemodiyaliz <input type="checkbox"/> Periton Diyalizi <input type="checkbox"/> Diyaliz giriş yeri:..... Dışkılama: Normal <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematokezya <input type="checkbox"/>																																																	
Aktivite egzersiz	Oksijen Kullanımı: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklayınızlt/dk Trakeostomi: Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Süresi: Entübasyon: Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Süresi: Egzersiz yapıyorsa tipi/sıklığı/süresi: Egzersiz sırasında yaşadığı semptomlar: 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:.....																																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği</th> </tr> <tr> <th colspan="4">(Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Beslenme</td> <td></td> <td>Pozisyon Değiştirme/ Hareket</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tuvalete gitme</td> <td></td> <td>Güvenliği için risklerden kaçınma</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Giyinme</td> <td></td> <td>İletişim kurma</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Banyo yapma</td> <td></td> <td>İlaç yönetimi</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği				(Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)				Beslenme		Pozisyon Değiştirme/ Hareket		Tuvalete gitme		Güvenliği için risklerden kaçınma		Giyinme		İletişim kurma		Banyo yapma		İlaç yönetimi																										
Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği																																																		
(Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)																																																		
Beslenme		Pozisyon Değiştirme/ Hareket																																																
Tuvalete gitme		Güvenliği için risklerden kaçınma																																																
Giyinme		İletişim kurma																																																
Banyo yapma		İlaç yönetimi																																																
	Düşme öyküsü : Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....																																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ</th> <th>Değerlendirme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="11">Minör Risk Faktörleri</td> <td>1. 65 yaş ve üstü.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2. Bilinci kapalı.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3. Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4. Kronik hastalık öyküsü var.*</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>6. Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>7. Görme durumu zayıf</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>8. 4'den fazla ilaç kullanımı var.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>9. Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>10. Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>11. Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="8">Majör Risk Faktörleri</td> <td>12. Bilinç açık, koopere değil.</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>13. Ayakta/yürürken denge problemi var.</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>14. Baş dönmesi var.</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>15. Ortostatik hipotansiyonu var.</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>16. Görme engeli var.</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>17. Bedensel engeli var.</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>18. Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>19. Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOPLAM PUAN</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> Düşük Risk: Toplam Puanı 5'in altında <input type="checkbox"/> Yüksek Risk: Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde </td> </tr> </tbody> </table>	İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ		Değerlendirme	Minör Risk Faktörleri	1. 65 yaş ve üstü.	1	2. Bilinci kapalı.	1	3. Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1	4. Kronik hastalık öyküsü var.*	1	5. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var	1	6. Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	1	7. Görme durumu zayıf	1	8. 4'den fazla ilaç kullanımı var.	1	9. Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1	10. Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1	11. Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1	Majör Risk Faktörleri	12. Bilinç açık, koopere değil.	5	13. Ayakta/yürürken denge problemi var.	5	14. Baş dönmesi var.	5	15. Ortostatik hipotansiyonu var.	5	16. Görme engeli var.	5	17. Bedensel engeli var.	5	18. Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5	19. Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5	TOPLAM PUAN			<input type="checkbox"/> Düşük Risk: Toplam Puanı 5'in altında <input type="checkbox"/> Yüksek Risk: Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde		
İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ		Değerlendirme																																																
Minör Risk Faktörleri	1. 65 yaş ve üstü.	1																																																
	2. Bilinci kapalı.	1																																																
	3. Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1																																																
	4. Kronik hastalık öyküsü var.*	1																																																
	5. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var	1																																																
	6. Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	1																																																
	7. Görme durumu zayıf	1																																																
	8. 4'den fazla ilaç kullanımı var.	1																																																
	9. Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1																																																
	10. Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1																																																
	11. Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1																																																
Majör Risk Faktörleri	12. Bilinç açık, koopere değil.	5																																																
	13. Ayakta/yürürken denge problemi var.	5																																																
	14. Baş dönmesi var.	5																																																
	15. Ortostatik hipotansiyonu var.	5																																																
	16. Görme engeli var.	5																																																
	17. Bedensel engeli var.	5																																																
	18. Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5																																																
	19. Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5																																																
TOPLAM PUAN																																																		
<input type="checkbox"/> Düşük Risk: Toplam Puanı 5'in altında <input type="checkbox"/> Yüksek Risk: Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde																																																		
* Kronik hastalıklar: Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hast., Sindirim Sistemi Hast., Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar ** Hasta Bakım Ekipmanları: IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren Perfüzör, Pacemaker vb *** Riskli İlaçlar: Psikotropolar, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiyabetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar																																																		

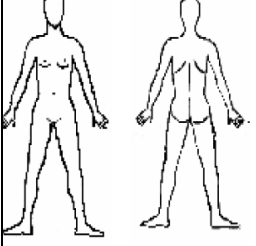
UYKU DİNLENME	Uyku düzeninde değişiklik oldu mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Nedeni:
CİNSELLİK – ÜREME	Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi: Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklayınız..... Cinsellikle ilgili danışmanlık gereksinimi: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
ROL – İLİŞKİ	Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Gelir gider durumu: Gelir gidere eşit <input type="checkbox"/> Gelir giderden az <input type="checkbox"/> Gelir giderden fazla <input type="checkbox"/> Birlikte yaşama durumu: Yalnız <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Arkadaş <input type="checkbox"/> Diğer..... Bakmakla yükümlü olduğu kişiler: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklayınız: Evde hastanın bakımından sorumlu olan kişi: Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik, sosyal, kültürel ruhsal): Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklayınız:.....
KENDİNİ ALGILAMA – KAVRAMA	Bireyin sağlığını algılama durumu: İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi: İnkâr <input type="checkbox"/> Öfke <input type="checkbox"/> Pazarlık <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Kabullenme <input type="checkbox"/> Diğer: Sağlık taraması/kontrolleri yaptırma: Düzenli <input type="checkbox"/> Kısmen düzenli <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
BAŞETME BİÇİMİ	Stres: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> (0-10 arası puanla değerlendirme): Algılanan gerçek ve potansiyel stresörler:..... Stres ile başetmede kullanılan yöntemler:.....
İLETİŞİM	Görüş ve isteklerini uygun sözel/sözel olmayan metotlarla anlatabilme: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklayınız:.....
İNANÇ VE DEĞERLER	Hastanedeyken yapmak istediği inancına özel uygulamalar: Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklayınız:

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
FİZİK MUAYENE FORMU

Ağrı Değerlendirme

6 aydan daha uzun süren ağrı mı? Hayır Evet

Ağrı yok 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dayanılmaz Ağrı

Nitelik	Farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik Tedavi	Ağrıya karşı tepkiler	Ağrının Lokalizasyonu
1. Kramp 2. Yanıcı 3. Batıcı 4. Spazm 5. Zonklayıcı 6. Baskı verici 7. Ezici/sıkıştırıcı	1. Non-Steroid Antienflamatuvarlar 2. Narkotik analjezikler 3. Adjuvan tedavi 4. Diğer	1. Masaj 2. Dikkati dağıtma 3. Müzik 4. Pozisyon değişikliği 5. Sıcak/soğuk Uyg. 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	

BELİRTİ VE BULGULAR

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

BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16'dan az olması basınç ülseri 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	Ara sıra 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 yarası Varsa Yeri:.....Evresi: Evre I Evre II Evre III Evre IV

Bası Yarası Sınıflaması

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

Deri Turgoru: Normal Azalmış Artmış

IV Yol : _____ Periferal Santral Port Görünümü Takılma Zamanı:.....

Tırnaklar: _____ Normal Kanama Çomak parmak Siyanoz Diğer

Ödem: _____ Yok Var Yer: Code: 1+:0-15 sn 2+:15-30 s 3+:30-45 sn 4+:45 sn

Cerrahi yara değerlendirme
İnsizyon bölgesi ve özellikleri:

Baş-boyun muayene

Saç/saçlı deri: Temiz Yağlı Kuru Kepeklenme Dökülme Kitle Skar Şekil bozukluğu

Gözler: Normal Gözlük Kızarıklık Yanma Kaşıntı Diğer:.....

Kulaklar: Normal Akıntı Çınlama Şekil/simetri bozukluğu İşitme problemi İşitme cihazı

Burun: Defekt Sinüslerde hassasiyet Akıntı Tıkanıklık Epistaksis

Koku alma: Normal Azalmış Artmış

Ağız-boğaz: Boğaz ağrısı Protez diş Çürük diş

	<p>Ses: Normal <input type="checkbox"/> Boğuk/kısık <input type="checkbox"/> Konuşmada zorlanıyor <input type="checkbox"/></p> <p>Yutkunma: Normal <input type="checkbox"/> Yutkunma sırasında ağrı <input type="checkbox"/> Yutkunamıyor <input type="checkbox"/></p> <p>Dudaklar: Pembe ve nemli <input type="checkbox"/> Kuru ve çatlamış <input type="checkbox"/> Yara/kanama <input type="checkbox"/></p> <p>Dil: Pembe ve nemli <input type="checkbox"/> Kızarık <input type="checkbox"/> Çatlamış <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....</p> <p>Tat alma duyusu: Normal <input type="checkbox"/> Bozulmuş <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....</p> <p>Oral Mukoza: Pembe ve nemli <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Kırmızı/beyaz <input type="checkbox"/> Ağız yarası/ülser <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/></p> <p>Diş Etleri: Pembe ve normal <input type="checkbox"/> Ödemli/kızarık <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/></p> <p>Lenfadenopati: Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yeri; Preoriküler <input type="checkbox"/> Suboksipital <input type="checkbox"/> Posterior servikal <input type="checkbox"/> Tonsiller <input type="checkbox"/> Submandibuler <input type="checkbox"/> Aksillar <input type="checkbox"/> Servikal <input type="checkbox"/> İnkiinal <input type="checkbox"/></p>																																																
<p>Kardiyovasküler muayene</p>	<p>Kalp seslerinde patolojik bulgu varsa açıklayınız.....</p> <p>Nabız: Normal <input type="checkbox"/> Taşikardi <input type="checkbox"/> Bradikardi <input type="checkbox"/> Çarpıntı <input type="checkbox"/> Filiform (ipliksi) nabız <input type="checkbox"/></p> <p>Kan basıncı: Normal <input type="checkbox"/> Hipotansiyon <input type="checkbox"/> Ortostatik Hipotansiyon <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/></p> <p>Periferik nabızlar: Güç 0=yok 1= Zayıf 2= Orta 3= Güçlü</p> <table border="1" data-bbox="240 869 1195 1003"> <thead> <tr> <th>Nabızlar</th> <th>Sol</th> <th>Sağ</th> <th>Nabızlar</th> <th>Sol</th> <th>Sağ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Brakial</td> <td></td> <td></td> <td>Femoral</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Radial</td> <td></td> <td></td> <td>Dorsalis Pedis</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Popliteal</td> <td></td> <td></td> <td>Posterior Tibial</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Boyun ven dolgunluğu: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Tromboflebit (Human's Bulgusu): Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Varis: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></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																																														
<p>Solunum sistemi muayenesi</p>	<p>Göğüs kafesi şekli: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....</p> <p>Göğüs kafesi: Solunuma eşit-simetrik katılıyor <input type="checkbox"/> Eşit-simetrik katılmıyor <input type="checkbox"/></p> <p>Solunum Niteliği: Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Paroksizmal Noktürnal Dispne <input type="checkbox"/> Ortopne <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Hipoventilasyon <input type="checkbox"/> Hiperventilasyon <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Balgam <input type="checkbox"/> Hemoptizi <input type="checkbox"/></p> <p>Solunum Sesleri: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/></p> <p>Solunum Örüntüsü: Apne <input type="checkbox"/> Taşipne <input type="checkbox"/> Bradipne <input type="checkbox"/> Cheynes-Stokes solunum <input type="checkbox"/> Kussmaul solunum <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Raller <input type="checkbox"/> Solunumla Ağrı: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p>																																																
<p>Abdominal muayene</p>	<p>Abdomen: Yumuşak <input type="checkbox"/> Gergin <input type="checkbox"/> Sert <input type="checkbox"/> Hassas <input type="checkbox"/> Distansiyon <input type="checkbox"/> Skar <input type="checkbox"/> Kitle <input type="checkbox"/> Döküntü <input type="checkbox"/> Renk değişikliği <input type="checkbox"/> Hepatomegali <input type="checkbox"/> Asit <input type="checkbox"/> Bel çevresi:cm</p> <p>Barsak sesleri: Normoaktif <input type="checkbox"/> Hiperaktif <input type="checkbox"/> Hipoaktif <input type="checkbox"/> Sayısı.....</p> <p>Rebound hassasiyeti: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p>																																																
<p>Nörolojik muayene</p>	<table border="1" data-bbox="240 1688 1437 2033"> <thead> <tr> <th colspan="6">GLASGOW KOMA SKALASI</th> </tr> <tr> <th>Göz Açma</th> <th></th> <th>Motor Yanıt</th> <th></th> <th>Sözel Yanıt</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Yok</td> <td>1</td> <td>Yok</td> <td>1</td> <td>Yok</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ağrılı uyarılara yanıt olarak</td> <td>2</td> <td>Ektensör yanıt</td> <td>2</td> <td>Anlaşılmaz sesler</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Konuşmaya yanıt olarak</td> <td>3</td> <td>Fleksör</td> <td>3</td> <td>Uygun olmayan yanıt</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Kendiliğinden</td> <td rowspan="3">4</td> <td>Geri çekme şeklinde</td> <td>4</td> <td>Dağınık, konfüze yanıt</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Lokalize edici</td> <td>5</td> <td rowspan="2">Oryante yanıt</td> <td rowspan="2">5</td> </tr> <tr> <td>İstemli</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Bilinç düzeyi (Toplam puan üzerinden): 3-8 puan Koma <input type="checkbox"/> 8-9 puan Stupor <input type="checkbox"/> 10-11 puan Laterji <input type="checkbox"/> 12-13 puan Konfüzyon <input type="checkbox"/> 13-14 puan Deliryum ve Hafif Nörolojik Hasar <input type="checkbox"/> 15 puan Bilinçli <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	GLASGOW KOMA SKALASI						Göz Açma		Motor Yanıt		Sözel Yanıt		Yok	1	Yok	1	Yok	1	Ağrılı uyarılara yanıt olarak	2	Ektensör yanıt	2	Anlaşılmaz sesler	2	Konuşmaya yanıt olarak	3	Fleksör	3	Uygun olmayan yanıt	3	Kendiliğinden	4	Geri çekme şeklinde	4	Dağınık, konfüze yanıt	4	Lokalize edici	5	Oryante yanıt	5	İstemli	6	Bilinç düzeyi (Toplam puan üzerinden): 3-8 puan Koma <input type="checkbox"/> 8-9 puan Stupor <input type="checkbox"/> 10-11 puan Laterji <input type="checkbox"/> 12-13 puan Konfüzyon <input type="checkbox"/> 13-14 puan Deliryum ve Hafif Nörolojik Hasar <input type="checkbox"/> 15 puan Bilinçli <input type="checkbox"/>					
GLASGOW KOMA SKALASI																																																	
Göz Açma		Motor Yanıt		Sözel Yanıt																																													
Yok	1	Yok	1	Yok	1																																												
Ağrılı uyarılara yanıt olarak	2	Ektensör yanıt	2	Anlaşılmaz sesler	2																																												
Konuşmaya yanıt olarak	3	Fleksör	3	Uygun olmayan yanıt	3																																												
Kendiliğinden	4	Geri çekme şeklinde	4	Dağınık, konfüze yanıt	4																																												
		Lokalize edici	5	Oryante yanıt	5																																												
		İstemli	6																																														
Bilinç düzeyi (Toplam puan üzerinden): 3-8 puan Koma <input type="checkbox"/> 8-9 puan Stupor <input type="checkbox"/> 10-11 puan Laterji <input type="checkbox"/> 12-13 puan Konfüzyon <input type="checkbox"/> 13-14 puan Deliryum ve Hafif Nörolojik Hasar <input type="checkbox"/> 15 puan Bilinçli <input type="checkbox"/>																																																	

	<p><u>Işık refleksi (IR):</u> Sağ: +/- Sol: +/- <u>Pupil büyüklüğü:</u> İzokorik <input type="checkbox"/> Anizokorik <input type="checkbox"/></p> <p><u>Yutma kontrolü:</u> Normal <input type="checkbox"/> Yutkunamıyor <input type="checkbox"/></p> <p><u>Duyu kontrolü:</u> Normal <input type="checkbox"/> His kaybı <input type="checkbox"/> Uyuşma/karınçalanma <input type="checkbox"/> Sıcak/Soğuk İntoleransı <input type="checkbox"/></p> <p><u>Periferik nöropati:</u> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> (ayak ve ellerden değerlendirilecek)</p> <p><u>Motor sistem muayenesi:</u> Eli kavrama(Sağ/Sol): Eşit <input type="checkbox"/> Eşit değil <input type="checkbox"/> Güçlü <input type="checkbox"/> Güçsüz <input type="checkbox"/></p> <p>Bacak kasları kullanımı (Sağ/Sol): Eşit <input type="checkbox"/> Eşit değil <input type="checkbox"/> Güçlü <input type="checkbox"/> Güçsüz <input type="checkbox"/></p> <p>Paralizi <input type="checkbox"/> Paraestezi <input type="checkbox"/> Hemipleji <input type="checkbox"/> Parapleji <input type="checkbox"/> Quatripleji <input type="checkbox"/></p> <p><u>Denge ve koordinasyon:</u> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p>
Kas iskelet sistemi muayenesi	<p><u>Genel Görünüş:</u> Normal <input type="checkbox"/> Kifoz <input type="checkbox"/> Skolyoz <input type="checkbox"/> Lordoz <input type="checkbox"/> Spinal Deformite <input type="checkbox"/></p> <p>Tremor <input type="checkbox"/> Yürüyüş bozulmuş <input type="checkbox"/> Postür bozulmuş <input type="checkbox"/> Amputasyon <input type="checkbox"/></p> <p><u>Eklemler:</u> Normal <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Eklemde şişlik <input type="checkbox"/> Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/> Kontraktür <input type="checkbox"/></p> <p>Deformite <input type="checkbox"/></p> <p><u>Kuvvet:</u> Üst ekstremiteler: ROM:Tam <input type="checkbox"/> Sınırlı <input type="checkbox"/> Alt ekstremiteler: ROM:Tam <input type="checkbox"/> Sınırlı <input type="checkbox"/></p> <p><u>Yardımcı Araç Kullanımı:</u> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklayınız</p>

LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU

TEST	REFERANS ARALIĞI ve BİRİMİ	TARİH	1.Bu test bu hasta için neden istenmiş açıklayın 2.Anormal bulguların hastanın durumuyla ilişkisi
Eritrosit (RBC)			
Hemoglobin(HGB)			
Hemotokrit(HTC)			
Trombosit			
Lökosit(WBC)			
Na+ K+ Ca			
KAN ŞEKERİ KŞ Açlık : HbA1C:			
BUN Kreatin Ürik asit			
Total Kolesterol HDL LDL Trigliserid			
CPK:			
CPK MB:			
LDH			
ALT AST			
Total protein			
Albumin			
Total bilirubin Direkt bilirubin			
PT INR			
ARTERİYEL KAN GAZLARI PH PaO ₂ PaCO ₂ SpO ₂ HCO ₃			
İDRAR Dansite pH Lökosit Eritrosit Kültür/Antibiyogram			
DİĞER			

TANI VE TETKİK İŞLEMLERİ FORMU

TANISAL TESTLER/İŞLEMLER (Tarih/Saat ve Tanısal Bulgular/Sonuçlar)

Tomografi:

MR:

USG:

EKG:

Angiografi:

Biyopsi:

Diğer:

Tanı ve tetkik işlemleri için eğitim

SIVI İZLEM FORMU

D.D.S. = (Total sıvı miktarı X20) / (60dk X24)

Tarih /Saat	Sıvının Cinsi	Dakikadaki damla sayısı	Şişe Seviyesi	Hastaya Giden Miktar	Açıklamalar

TARİH .../.../2014		SIVI DENGESİ İZLEME FORMU (Gerekli ise kullanınız ve ekleyiniz)								
SAAT	ALDIĞI			ÇIKARDIĞI						
	DAMAR YOLU	ORAL	NGT	İDRAR	NGT	GÖĞÜS T	DREN	KUSMA	DIŞKI	İMZA
08 - 16 : 00										
16:00-24:00										
24 : 00 - 08										
TOPLAM										

BALANS:.....(Normal değer: +,-1000 cc)

TABURCULUK PLANINDA ELE ALINACAK KONULAR

İlaçlar ile ilgili:

Diyet ile ilgili:

Egzersiz/Aktivite ile ilgili:

Öz bakımın desteklenmesi/ özel sağlık gereksinimi ile ilgili:

Sağlık kontrolleri ile ilgili:

Hastalığın komplikasyonlarına yönelik eğitim:

Not: Taburculuk eğitim materyali bakım planına eklenmelidir.

EĞİTİM PLANI

Tarih:

Eđitimin Konusu:

Eğitim Yeri, Zamanı ve Süresi:

Eğitim Hedefleri:

Kullanılacak Materyal:

Eğitim İçeriği: (Eğitim planına uygun eğitim içeriği, hastaya özel hazırlanarak ekte verilmelidir.)

Eğitim Değerlendirme Soruları:

1.

Eđitimin Deđerlendirilmesi:

Kaynaklar: (İnternet kaynaklarında *-com siteler kullanılmamalıdır, kitaplar , makaleler ana kaynaktan yer almalıdır*)

Not: Hasta eğitim materyali bakım planına eklenmelidir.

TIBBİ TANI BİLGİ FORMU

HASTANIN TIBBİ TANISI:

Hastalığın tanımı:

Etiyoloji:

Patofizyoloji:

Tanı Yöntemleri:

Klinik Belirti – Bulgular (3 önemli belirti-bulgunun Fizyopatolojisi ile açıklayınız):

Tıbbi Tedavi :

HEMŞİRELİK TANILARI : MEVCUT (M), POTANSİYEL (P)

...../...../.....

GYA	HEMŞİRELİK TANISI	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	ETYOLOJİ
GÜVENLİ ÇEVRE NİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ			
İLETİŞİM			
SOLUNUM			
KARDİOVASKÜLER DURUM			
NÖROLOJİK DURUM			
BESLENME			
BOŞALTIM			
KİŐİSEL HİJYEN VE GİYİM			
BEDEN SICAKLIĐININ KONTROLÜ			
HAREKET			
ÇALIŞMA VE EĐLENCE			
CİNSELLİĞİ İFADE ETME			
UYKU			
ÖLÜM			
DİĞER			

BAKIM PLANI FORMU

Hemşirelik Tanıları

Hastanın Adı Soyadı

Öğrenci Hemşirenin Adı-Soyadı

Tarih	TANILAMA	PLANLAMA		UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
	Hemşirelik Tanıları	Amaç	Planlanan Hemşirelik Girişimleri	Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	
	<p>Etiyolojik faktörler:</p> <p>Tanımlayıcı kriterler:</p>				