

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ESASLARI DERSİ I-II TANILAMA FORMU

Servis:	Formu doldurma tarihi:		Öğrenci Hemşirenin Adı soyadı:		
Adı Soyadı:	Yatış Tarihi		Saati		
Cinsiyeti:	Ameliyat Tarihi				
Yaşı:	Yatak No		Protokol No		
Medeni Durumu:	Geliş Şekli	Sedye <input type="checkbox"/>	Tekerlekli sandalye <input type="checkbox"/>	Yürüyerek <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Eğitim Düzeyi:	Geldiği Yer	Ev <input type="checkbox"/>	Poliklinik <input type="checkbox"/>	Acil <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Mesleği:	Sosyal Güvencesi	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>		
Çocuk Sayısı:	Kan Grubu				
Adres ve Tel:	Allerjisi	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>		
Acil Durumda Ulaşılabilecek Kişinin:	Bulaşıcı Hastalık	Yok <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>		
Adı Soyadı:					
Adres ve Tel:					
Bilgi kaynağı:					
Yatış nedeni (Bireyin en önemli şikayeti ve ifadesi):					
Sorunun başladığı zaman ve süresi					
Hastalık (Diabetes Mellitus, Kalp Hastalıkları, Hipertansiyon, Kanser ve diğer), ameliyat, kaza vd. sağlık sorunları:					
TÜRÜ	ZAMANI		SONUCU		
Daha önce hastaneye yattı mı?	() Hayır	() Evet	Nedeni:		
Sürekli kullandığı ilaçlar:					
Adı	Dozu (Sıklık-yol)	Kullanım Nedeni		Kullanım Süresi	
Soy geçmişi: (Hastalıklar, ölüm nedenleri vs..)	Anne:	Baba:			
	Kardeş:	Yakın Akraba:			

LABORATUVAR BULGULARI

Hematoloji	Biyokimya		İdrar
WBC :	AKŞ :	ÜRİK ASİT :	DANSİTE :
RBC :	Na :	ALBUMİN :	GLİKOZ :
Mg :	K :	KOLESTEROL :	KETON :
Hb :	Ca :	TRİGİLİSERİT :	ALBUMİN :
HCT :	BUN :	INR :	LÖKOSİT :
TKŞ :	KREATİN :		ERİTROSİT :

Verilerin yanlarına normal değerın üstü (↑) ve altında (↓) olma durumuna göre ve işareti yazınız.

YAŞAM AKTİVİTELERİ (YAŞAM MODELİ)

1. GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE SÜRDÜRME AKTİVİTESİ

SUBJEKTİF

Hastanede güvenlik önlemleri alınması gerekiyor mu? (enfeksiyon, yaralanma, vb.)	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Açıklayınız:
Ağrı / Rahatsızlık	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	
Başlangıcı			
Süresi			
Niteliği			
Lokalizasyonu			
Yayılışı			
Ağrı ile eşlik eden şikayetler/yakınmalar olan faktörler			
Ağrıyı azaltan faktörler			
Ağrıyı arttıran faktörler			
Ağrının şiddeti			
Visual Analog Scale (VAS)			
0	-----		10
Hiç ağrı yok	ağrı		Dayanılmaz
Yara iyileşmesi ile ilgili herhangi bir sorunu var mı?	Hayır ()	Evet ()	Tanımlayınız.....
Bu konu ile ilgili benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu varmı?			

OBJEKTİF

1. Mental Durumu	Bilinci () Açık () Bulanık () Kapalı
2. Duyu Organları:	
Görme:	Pupilla refleksi: Sağ: () Normal..... () Anormal..... Sol: () Normal..... () Anormal.....
	Gözlük: () Evet..... Tanımlayınız: () Hayır..... Kontakt Lens: () Evet..... () Hayır.....
Duyuma:	Sağ Kulak: () Normal..... () Yetersiz..... () İşitmiyor İşitme Aracı: () Evet..... () Hayır.....
	Sol Kulak: () Normal..... () Yetersiz..... () İşitmiyor..... İşitme Aracı: () Evet..... () Hayır.....
	Duymayı etkileyen sorun var mı? (akıntı, kaşıntı vb.) () Evet..... () Hayır.....
Dokunma:	Hiskaybı(ısı,acı,ağrı,basınçvb.): () Var.....() Yok:.....Tanımlayınız:
	Cilt ısı: () Normal () Anormal Tanımlayınız:
Koklama	Koku alma duyusu: () Var..... () Yok: Tanımlayınız:
	Sağ Burun Deliği: () Açık..... () Kapalı
	Sol Burun Deliği: () Açık..... () Kapalı
Tad Alma	Tad alma duyusu: () Var..... () Yok: Tanımlayınız:
GKS:	

GLASKOW KOMA SKALASI



Eye
4

4- Spontan açık
3- Verbal uyararla
2- Ağrılı uyararla
1- Açmıyor

Movement
6

6-Emre uyma
5-Ağrıyı lokalize
4-Fleksör Yanıt
3-Dekortike
2-Deserebe
1-Yanıt yok

Verbal
5

5-Oriente
4-Dezoriente
3-Uygunsuz cevap
2-Homurtu
1-Yanıt yok

GLASKOW KOMA SKALASI HAKKINDA AÇIKLAMA:

Glasgow Koma Skalası ile yapılan bilinç düzeyi değerlendirmesinde 3 parametrekullanılmaktadır. Herbiralan içinsayısal değerler verilerek bireyin bilinç düzeyinin yeterliliğine karar verilir. Skalaya göre elde edilen en yüksek puan 15; en düşük puan ise 3'tür. Glasgow Koma Skalasının puanlaması bireyin cevap verme ve iletişim kurma yeteneğine temellen- dirildiğinden; En iyi söze cevapta hasta entübe ise 'E', trake- ostomisi varsa 'T', ödeme bağlı gözler kapalı ise 'K' olarak belirtilmelidir.

İtakı DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ		Hastanın Adı Soyadı		
		Yattığı Bölüm		
		Risk Değerlendirme Tarihi		
Değerlendirme Zamanı				
İlk Değerlendirme	Post-Operatif Dönem	Hasta Düşmesi	Bölüm Değişikliği	Durum Değişikliği

RİSK FAKTÖRLERİ			P U A N
1.	Minor Risk	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
12.	Majör Risk	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
* (Hipertansiyon, diyabet, dolaşım sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, artrit, paralizidepreston,nörolojik hastalıklar) ** (IV infüzyon, solunum cihazı, kalıcı kateter, göğüs tüpü, dren, perfüzyatör, pace-maker vb.) *** (psikotropolar, narkotikler, benzodiyazepinler, nöroletikler,antikoagülanlar, narkotik analjezikler, diüretikler/laksatifler, antidiyabetikler, santral venöz sistem ilaçları (digoksin vb), kan basıncı düzenleyici ilaçlar)			
(5 Puan ↓ Düşük risk, 5 puan ↑ yüksek risk) TOPLAM			
Tesbit edici gereksinimi Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>			
İZOLASYON			
Gereksinim var mı?	<input type="checkbox"/> <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		

ÇEVRESEL 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 kaldırıldı	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**

Birey yalnız mı yaşıyor	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:
Hastalığı kabul etme durumu			
Dini inancı:			
Hastaneye yatma, bireyin inançlarını etkiliyor mu?	() Hayır	() Evet	
Bakımını sınırlayacak herhangi bir inancı var mı (diyet, kan transfüzyonu vb.)	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:
Bu konu ile ilgili benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı?			

OBJEKTİF

Kullandığı dil (Lisanı):	() Türkçe	() Yabancı	Tanımlayınız:
İletişime Engel Olacak Duyusal Kusurlar:	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:
İletişim kurabilmek için destek gereksinimi var mı?	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:
Görüşme sırasında herhangi bir konuşma sorunu fark ettiniz mi?	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:
Görüşme sırasında aile iletişiminde sorun olduğunu gözlemlediniz mi?	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:

3. SOLUNUM

SUBJEKTİF

Solunum sıkıntınız var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:
Solunum sıkıntınız olduğunda kendinizi nasıl rahathiyorsunuz?			
Bu konu ile ilgili benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı?			

OBJEKTİF

SOLUNUM SİSTEMİ:

Solunum Hızı:	<input type="checkbox"/> Abdominal	<input type="checkbox"/> Diyafragmatik ()	<input type="checkbox"/> Eforlu.....	<input type="checkbox"/> Eforsuz.....	<input type="checkbox"/> Özel pozisyon.....
Derinliği:	<input type="checkbox"/> Yüzeysel () <input type="checkbox"/> Derin ()				
Yardımcı solunum kaslarının kullanımı:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:		
	<input type="checkbox"/> Öksürtük <input type="checkbox"/> Sekresyon <input type="checkbox"/> Hemoptizi				
Ek solunum sesleri:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Raller (hışırtı)	<input type="checkbox"/> Ronkuslar (hırıltı)	<input type="checkbox"/> Wheezing	
	<input type="checkbox"/> Yok				
Solunum Tipi:	<input type="checkbox"/> Eupne	<input type="checkbox"/> Bradipne	<input type="checkbox"/> Taşipne	<input type="checkbox"/> Apne	<input type="checkbox"/> Biot
	<input type="checkbox"/> Cheynestokes	<input type="checkbox"/> Kussmaul	<input type="checkbox"/> Hiperventilasyon	<input type="checkbox"/> Hiperpne	<input type="checkbox"/> Hipopne

Apeks	Kapiller Geri Dolum:	Ödem:	<input type="checkbox"/> Var
<input type="checkbox"/> Pulsasyon\Vibrasyon	Juguler Venöz Basınç:		<input type="checkbox"/> Yok
<input type="checkbox"/> Murmur			
<p>© Elsevier, Drake et al: Gray's Anatomy for Students - www.studentconsult.com</p>		<p>Juguler venöz basınç (JVB)</p> <ul style="list-style-type: none"> Bu değerlendirme santral venöz basıncı ve dalga şekli değerlendirmeye çalışılır 45 derece bakılan Juguler ven dolgunluğunun (eksternal juguler ven) sternal açıdan 4 cm üzerinde olması patolojiktir Sağ ventrikül basıncının arttığı durumlarda görülür 	

KARDİYOYASKÜLER SİSTEM:

		TÜM VÜCUT PALPASYON MUAYENESİ		
		Nabız Bölgeleri	Sağ	Sol
		Karotis		
		Brakial		
		Radial		
		Femoral		
		Popliteal		
		Posteriyortibial		
		Dorsalispedis		
		YAŞAM BULGULARI		
		TARİH		
Nabız Hızı:	Radyal: Apikal:	Saat		
Nabız Özellikleri:	Düzenli () Aritmi () Filiform () Defisit ()	Vücut Sıcaklığı		
Kan Basıncı:	Sol Kol: Sağ kol:	Nabız		
Pozisyon:	Ayakta () Otururken () Yatarken ()	Solunum\ Saturasyon		
Siyanoz:	Hayır () Evet () Yeri.....	Kan Basıncı		
		Ağrı		

4. BESLENME

SUBJEKTİF

Günlük öğün sayısı				
Beslenme alışkanlığı (hoşlandığı besin grupları; karbonhidrat, protein, yağdan zengin besinler):				
İştahını nasıl tanımlıyor?	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Yetersiz	<input type="checkbox"/> Kötü	Tanımlayınız:
Herhangi bir diyet sınırlaması var mı (Bireyin kendisinin uyguladığı / Hekimin önerdiği)	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:	
Bir günde ortalama ne kadar sıvı alıyor?	Su:		Diğer:	
Sevdiği ve sevmediği yiyecek türlerini tanımlayınız				
Aşağıdaki durumlarla ilgili bir sorunu var mı?				
Bulantı:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:	
Kusma:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:	
Yutma:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:	
Çiğneme:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:	
Sindirme:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:	
Bu konu ile ilgili benim değinmediğim fakat sizin özelliikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı?				

OBJEKTİF

Boy:	Kilo:	Varsa Diyeti:	ADR:
Kendini Besleme Durumu	<input type="checkbox"/> Bağımlı	<input type="checkbox"/> Yarı Bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımsız
Beslenme Şekli	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Enteral	<input type="checkbox"/> Parenteral
Son altı ayda kilo aldı mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	
Son altı ayda kilo verdi mi?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	

AĞIZ DEĞERLENDİRME FORMU (ADR)

KATEGORİ	1 Puan	2 Puan	3 Puan
A: Ses	Normal	Normalden daha Boğuk	Konuşmada zorlanıyor
B: Yutkunma	Normal	Yutkunma Sırasında hafif Ağrı	Yutkunamıyor
C: Dudaklar	Pürüzsüz, Pembe, Nemli	Kuru veya Çatlamış	Dudaklarda yara, kanama var
D: Dil	Pürüzsüz, Pembe, Papilla Mevcut	Dilin üstü Kirlî Sarı Tabakayla kaplanmış, Kızarık	Çatlamış
E; Tükürük	Sulu	Koyu veya yapışkan	Yok
F; Oral Mukoza	Pembe, nemli	Kırmızı/Beyaz tabakaylakaplanmış, yara yok	Ağız Yarası kanama var
G; Diş Etleri	Pembe, nemli	Ödemli, Kızarıklık var	Kanama var
H; Dişler / Protez	Temiz, Ölü Doku Yok	-	Protezin yerleştiği alanda plak/ ölü doku mevcut

ADR PUANI: (A+B+C+D+E+F+G+H)

Ağız Bakım Sıklığı: ADR puanına göre planlanır. Ağız bakım sıklığı, ADR puanı 8 ise 3 x 1, 9-19 puan ise 6 x 1, 20 puan ise 12 x 1 olarak planlanmalıdır.

Beden Kitle İndeksi

Boy:	Kilo:	BKI:	
<input type="checkbox"/> 18.5 < Az kilolu	<input type="checkbox"/> 25.0 - 29.9 Fazla Kilolu	<input type="checkbox"/> 40.0 > Morbid (ciddî) Obez	
<input type="checkbox"/> 18.5 - 24.9 Normal Kilolu	<input type="checkbox"/> 30.0 - 39.9 Fazla Kilolu		
Son bir aylık kilo değişimi	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:

5. BOŞALTIM

SUBJEKTİF				
Barsak Boşaltımı:				
Sıklık	Artma:	Azalma:	Süre:	
Boşaltım gereksinimini farketme:	() Hayır	() Evet		
Boşaltımda değişim:	() Hayır	() Evet	() Artma.....	() Azalma.....() Süre:
Miktarında herhangi bir değişim:	() Hayır	() Evet	() Artma.....	() Azalma.....() Süre.....
Son 1ay içinde dışkılama alışkanlığında değişim oldu mu?	() Hayır	() Evet	() Artma.....	() Azalma.....() Süre:
Konstipasyon:	() Hayır	() Evet	Sıklık..... Tanımlayınız:	Süre:
Diyaire:	() Hayır	() Evet	Sıklık..... Tanımlayınız:	Süre.....
Distansiyon:	() Hayır	() Evet	Sıklık..... Tanımlayınız:	Süre.....
İdrar Boşaltımı:				
Sıklık	Azalma:	Artma:	Süre:	
Boşaltım gereksinimini farketme:	() Hayır	() Evet	() Artma.....	() Azalma.....Süre.....
Boşaltımda değişim:	() Hayır	() Evet	() Artma.....	() Azalma.....Süre.....
Miktarında herhangi bir değişim:	() Hayır	() Evet	() Artma.....	() Azalma.....Süre.....
Son 1ay içinde idrar alışkanlığında değişim oldu mu?	() Hayır	() Evet	() Artma.....	() Azalma.....Süre:
İnkontinans:	() Hayır	() Evet	Ne Zaman..... Tanımlayınız.....	
Retansiyon:	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:	
İdrar yaparken yaşanan sorunlar	() Dizüri	() Noktüri	() Anuri	() Hematüri () Entrezis () Oligüri
Bu konu ile ilgili benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı?				
OBJEKTİF				
Barsak Boşaltımı				
Sıklık	Kez/Gün			
Dışkınnın Özelliği	İçerik:	() Katı	() Sıvı	() Yumuşak
	Renk:	() Sarı	() Siyah	() Kahverengi
	Diğer sorunlar (kan, parazit, sindirilmemiş besin,)			
Boşaltım yardımcıları kullanır mı? (Laksatif, Suppozituar., Diyet)	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:	
Batın çevresi				
Batın Oskültasyonu				
Barsak Sesleri:	() Normal	() Artmış	() Azalmış	() Yok
Batın Palpasyonu:				
Gerginlik	() Hayır	() Evet	Nerede:	
Sertlik:	() Hayır	() Evet	Nerede: Sağ hipokondriak bölgede	
Stoma:	() Yok	() Var	() Yeri	() Türü
İdrar Boşaltımı (Miksiyon\Ürinasyon)				
Sıklık	Kez/Gün			
İdrarın özelliği				
Renk	() Berrak	() Bulanık	() Koyu Sarı	
Diğer sorunlar (kan, bakteri vb.):				
Boşaltım yardımcıları kullanır mı? (TAK, Diüretik vb.)	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız	
İdrar sondası	() Yok	() Var	() Türü	

6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME

SUBJEKTİF

Hijyen alışkanlıkları:

Vücut temizliği	Sıklık:	Kullanılan ürün:	Sorun	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:
Ağız temizliği	Sıklık:	Kullanılan ürün fırça:	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	() Mevsime Uygun		
Giyinme/soyunmada zorluk çekiyor mu?		() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		

Bu konu ile ilgili benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı?

OBJEKTİF

Deri Muayenesi:

Deri	() Sıcak	() Soğuk	() Nemli	() Kuru	
Turgor	() Normal	() Dehidrate	() Diğer		
Renk	() Soluk	() Pembe	() Siyanotik	() Sarı	() Diğer
Deride diğer sorunlar (ödem, kızarıklık, yara, dekitibütis, ameliyat yarası vb.):	() Hayır	() Evet	Yeri:		
		Büyüklüğü:	Görünümü:		
Mukoz Membran:					
Ağız	() Kuru	() Nemli			
Renk	() Beyaz	() Soluk	() Pembe	() Kırmızı	() Siyanoze
Diş: Sorun var mı? (çürük, dolgu, protez):	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		
Diş Eti: Sorun var mı? (kızarıklık, kanama, çekilme):	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		
Dil: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, paslı, çatlak, beyaz):	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		
Dudak: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, çatlak, beyaz):	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		
Göz: Sorun var mı? (kızarıklık, kaşıntı, akıntı):	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		
Kulak: Sorun var mı? (kaşıntı, akıntı)	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		
Burun: Sorun var mı? (kızarıklık, tahriş):	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		
Tırnak: Sorun var mı? (sararma, batma, enfeksiyon):	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		
Saç: Sorun var mı? (kepek, kellik, bit):	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		
Ayak: Sorun var mı? (kuruma, nasır, çatlama):	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		
Giyisilerin görünümü:	() Temiz	() Kirli	Tanımlayınız:		

7. BEDEN İSİSİNİN KONTROLÜ

SUBJEKTİF

Hastalığın hava olayları ile ilgisi var mı?	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		
Hava olaylarından etkilenir mi?	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		
Sevdiği ısı	() Sıcak	() Normal	() Soğuk		

Bu konu ile ilgili benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı?

OBJEKTİF

	Isı:	Oral.....	Rektal.....	Aksillar	Timpanik
Kabulsırasında bireyhavaya uygun giysiler giymiş miydi?	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:		

8. HAREKET

SUBJEKTİF

Genel yaşam tarzınızı tanımlayınız:	() Aktif	() Sedanter (Sakin)
Düzenli olarak egzersiz /spor yapıyor mu?(yürüyüş, yüzme vb)	() Hayır	() Evet
Hareket sonrası yorgunluk hali:	() Hayır	() Evet
Harekette zorlanma:	() Hayır	() Evet
Bu konu ile ilgili benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı?		

OBJEKTİF

Ekstremitte kaybı:	() Hayır	() Evet	Yeri:
Birey kendi kendine kolaylıkla hareket edebiliyor mu?(Dönme, Yürüme)	() Hayır	() Evet	Sınırlamaları Tanımlayınız:
Denge:	() Normal	() Ayakta duramam	() Sendeleme
Postür:	() Normal	() Kifoz	() Lordoz
Şekil bozukluğu: (konraktür, eklem kısıtlılığı, çekilme, kasilma)	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız: Yeri:
Kullandığı hareket yardımcıları: (Walker, Koltuk Değneği, vb.)	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:
Tremor:	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:
Traksiyon / Alçı / Splint/Korse/Boyunluk Varlığı:	() Hayır	() Evet	Tanımlayınız:
Paralizi Varlığı:	() Hayır	() Evet	Yeri:

BASİ YARASI RİSKİ ÖLÇME: BRADEN
SKALASI*

DEĞERLENDİRME	TARİH:	DUYGUSAL ALGI		DERİNİN NEM DURUMU		HAREKET YETENEĞİ		FİZİKSEL AKTİVİTE		BESLENME		SÜRTÜNME - BASI		TOPLAM SKOR
		Tamamen Sınırlı	1	Her zaman nemli	1	Tam hareketsiz	1	Yatağa bağımlı	1	Kötü	1	Sorunlu	1	
		Çok Sınırlı	2	Genellikle nemli	2	Kısıtlı hareketli	2	Şandalyeye bağımlı	2	Yetersiz	2	Potansiyel sorunlu	2	
		Biraz Sınırlı	3	Ara sıra nemli	3	Az hareketli	3	Destekle yürüyor	3	Yeterli	3	Sorunsuz	3	
		Oryante	4	Nadiren nemli	4	Tam hareketli	4	Yardımsız yürüyor	4	Çok iyi	4	----	4	
		SKOR		SKOR		SKOR		SKOR		SKOR		SKOR		

Braden Skalasında 18 ve daha düşük puan alan hastalar risk grubunda kabul edilir.

*18 puan altındaki skorlarda bası yarası riski her gün değerlendirilir.

Not: Oluşmuş bir bası yarası varsa aşağıdaki " bası yarası özellikler bölümünü" doldurunuz.

BASİ YARASI ÖZELLİKLERİ				
BASİ YERLERİ /EVRE/TARİH				
OKSİPİTAL/ /	KOSTALARK/ /	DİZ DIŞ YÜZEYİ/ /	EL/ /	SPİNAS PROSES/ /
KULAK/ /	DİRSEK/ /	PLANTAR YÜZEY/ /	KOL/ /	EKSTERNAL GLUTEAL/ /
ENSE/ /	İLİAK KREST/ /	AYAK PARMAKLARI/ /	TREKOSTOMİ/ /	İNTERNOL MALLEOL/ /
BURUN/ /	SAKRUM/ /	EL/ /	SIRT/ /	MEME/ /
DUDAK/ /	TORAKONTER/ /	SAĞ AYAK PARMAK/	ISKIUM/ /	ÜST BACAK ÖN YÜZ/ /
SKAPULA/ /	GLUTEAL/ /	SOL AYAK PARMAK/ /	TOPUK/ /	EXTERNOL MALLEOL/ /
BASİ YARASI SINIFLANDIRMASI				
EVRE I: Bölge kızarıklık, cilt bozulmamış, parmak bası testi pozitif.				
EVRE II: Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülser ve eritem mevcut.				
EVRE IV: Cilt altı kasa ve yağ tabakasına yayılım mevcut.				
EVRE V: Kemikleri tutan ülser mevcut.				

Progression of decubitus ulcer

Sayı 2

9. ÇALIŞMA VE EĞLENCE

SUBJEKTİF

Geliri giderini karşılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Yaptığı iş:
Çalışma durumu:	saat/ gün:	<input type="checkbox"/> Hiç çalışmıyor	
Sonbiraydırsağlık sorununa bağlı olarak normal günlük işleri aksadı mı? (Ev İşi, Çalışma Hayatı):	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Biraz	<input type="checkbox"/> Evet
Sonbiraydırfizikselsağlığıveruhsalsorunlarısosyal aktivitelerini/hobilerini engelledi mi?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:
Çalışıyorsa,son6aydırsağlığıüzündenişegidemediği oldu mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Kaç Gün.....
Bu konu ile ilgili benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı?			
OBJEKTİF			
Boş zamanlarını değerlendirme biçimi			

10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME

SUBJEKTİF

Erkek:			
Kendi Kendine Testis Muayenesi yapıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Hangi Sıklıkla.....
Herhangi bir cinsel sorunu var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	
Prostat ile ilgili sorun var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	
Bu konu ile ilgili benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı?			
Kadın:			
Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Hangi Sıklıkla:
Menstrüasyon siklüsü	<input type="checkbox"/> Düzenli	<input type="checkbox"/> Düzensiz	Sıklığı:
	Kullandığı ürünün (ped,bez vb) gün içindeki sayısı:		
Sorun (ağrı,fazla miktarda kanama)	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:
Kaç hamilelik geçirmiş?			
Menapoza girdi ise ne zaman?			
Normal olmayan vajinal kanama veya akıntı	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:
Herhangi bir cinsel sorunu var mı?			
Bu konu ile ilgili benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı?			
OBJEKTİF			
Perine bölgesinde normal olmayan kızarıklık,kanama veya akıntı vb sorun var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	
Görüşmede soruları cevaplama durumu:	<input type="checkbox"/> Girişken	<input type="checkbox"/> Çekingen	<input type="checkbox"/> Utangaç
Skrotal herni	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	
Kasıklarda ağrı	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	
Diğer			

11. UYKU VE DİNLENME

SUBJEKTİF

Genel uyku alışkanlıkları:	Gece:		Gündüz:	
Şekerleme yapıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Zamanı ve Süreci:	
Kendini dinlenmiş hissediyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:	
Gün boyunca uyku hali var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Tanımlayınız:.....	
Uyurken kaç yastık kullanır?				
Herhangi bir sorun var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Kaç Gün.....	
Uykuya dalmada güçlük:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Süre:	Nedeni:
Gece uyanma:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Süre:	Nedeni:
Erken uyanma	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Süre:	Nedeni:
Uykusuzluk:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Süre:	Nedeni:

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

Bu konu ile ilgili benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı?

OBJEKTİF

<input type="checkbox"/> Davranış/Performansta Değişiklikler	<input type="checkbox"/> İritabilite
<input type="checkbox"/> Ajitasyon	<input type="checkbox"/> Laterji
<input type="checkbox"/> Rahat Edememe	<input type="checkbox"/> Sık Esneme
<input type="checkbox"/> Göz Çevresinde Morluk	<input type="checkbox"/> Dikkat Süresinde Azalma
<input type="checkbox"/> Dinlenmiş Bir Görünüm	<input type="checkbox"/> Yürürken Yorgunluk Hali

GENEL SORULAR

1. Bu görüşmede benim değinmediğim fakat sizin özellikle açıklamak istediğiniz bir konu var mı ?

2. Sağlığımız, bakım, tedaviniz ve bu kurumla ilgili sormak istediğiniz bir soru var mı ?

3. Yardım edilmesinden memnun olacağımız öncelikli sorunuz nedir ?

Öğrencinin Görüşmeyi Değerlendirmesi:

Görüşme sırasında bireyin tutumu (İstekli, isteksiz, depresif,ajite,öforik...vb)		
Görüşmeye herhangi bir nedenle ara verildi mi?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Görüşmeye herhangi bir nedenle ara verildi ise sonraki görüşme saati ve süresi		
Öğrenci hemşiresinin notu		

YAŞAM AKTİVİTELERİ	BAĞIMLI	YARI BAĞIMLI	BAĞIMSIZ
1.GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE SÜRDÜRME AKTİVİTESİ			
2.İLETİŞİM			
3.SOLUNUM			
4.BESLENME			
5.BOŞALTIM			
6.KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME			
7.BEDEN ISISININ KONTROLÜ			
8.HAREKET			
9.ÇALISMA VE EĞLENCE			
10.CİNSELLİĞİ İFADE ETME			
11.UYKU VE DİNLENME			

SIVI İZLEM FORMU							
Tarih	I. SIVI DDS		ŞİŞE SEVİYESİ	GİDEN MİKTAR	II. SIVI DDS	ŞİŞE SEVİYESİ	GİDEN MİKTAR
08:00							
09:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							

ALDIĞI ÇIKARTTIĞI TAKIP (AÇT) FORMU										
Tarih	ALDIĞI			ÇIKARTTIĞI						
Saat	IV Sıvı	Oral	NG	İdrar	NG	Göğüs Tüpü	Drenler	Kusma	Dışkı	İmza
08:00										
09:00										
10:00										
11:00										
12:00										
13:00										
14:00										
15:00										
16:00										
TOPLAM										
DENGE										

DEVİR NOTU	
Devir Eden Hemşire	
Devir Alan Hemşire	
Devir Tarihi	
Bakım Süresi	
Devir Notu	

Hemşirelik Tanıları



SAKARYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ BAKIM PLANI FORMU

Tarih	VERİ TOPLAMA		TANI KOYMA	PLANLAMA		UYGULAMA			DEĞERLENDİRME	
	HEMŞİRELİK TANISININ FORMÜLÜZE EDİLMESİ (SEP'E GÖRE)			Amaç/Hedef	Beklenen Sonuçlar	Hemşirelik Girişimleri				Tarih
	Etiyoloji	Tanımlayıcı Özellik	Tanı							
					Uygulandı	Uygulanmadı				
NOTLAR										