

ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
HASTA VERİ TOPLAMA VE DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Veri Toplama Tarihi:

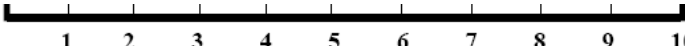
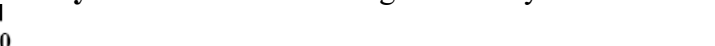
<b>BİREYE İLİŞKİN VERİLER</b>	<p>Hastanın Adı Soyadı:.....</p> <p>Cinsiyeti: Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Yaşı: ..... Medeni Durumu:.....</p> <p>Eğitimi:..... Mesleği/İşi:.....</p>																								
<b>SAĞLIĞIN ALGILANMASI</b>	<p>Hastane yatış tarihi:.....</p> <p>Geldiği yer: Acil <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Yoğun bakım <input type="checkbox"/> Diğer.....</p> <p>Tıbbi Tanısı:.....</p> <p>Hastalık öyküsü:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Özgeçmiş: DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KVH <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Diğer .....</p> <p>Soygeçmiş: DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KVH <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/>..... KOAH <input type="checkbox"/> Diğer .....</p> <p>Alerji (İlaç/Besin): ..... Diğer..... Alerji bilekliği: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Sağlığını tehdit eden riskler: Sigara <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Sedanter yaşam <input type="checkbox"/> Diğer .....</p> <p>Bakımına katılma isteği/yeteneği: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Hastalığa yönelik kültürel/tamamlayıcı tedavileri uygulama: Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/></p> <p>Açıklayınız:.....</p> <p>Evde kullandığı İlaçlar: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																								
<b>BESLENME METABOLİK DURUM</b>	<p>Boy... Kilo..... BKİ..... kg/m<sup>2</sup> Normal <input type="checkbox"/> Kaşektik <input type="checkbox"/> Hafif kilolu <input type="checkbox"/> Obez <input type="checkbox"/></p> <p>Oral alım: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diyeti:.....</p> <p>Kiloda Değişim: Yok <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> .....kg/zaman</p> <p>İştah Durumu: Normal <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/></p> <p>Yeme Problemi: Disfaji <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Hematemez <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Enteral Beslenme/Total Parenteral beslenme: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p>																								
<b>ELİMİNASYON</b>	<p>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"/></p> <p>Üriner İnkontinans <input type="checkbox"/> Üriner kateter: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Diyaliz: Hemodiyaliz <input type="checkbox"/> Periton Diyalizi <input type="checkbox"/> Diyaliz giriş yeri:.....</p> <p>Dışkılama: Normal <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematokezya <input type="checkbox"/></p>																								
<b>AKTİVİTE EGZERSİZ</b>	<p>Oksijen Kullanımı: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklayınız .....lt/dk</p> <p>Trakeostomi/ Entübasyon: Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Süresi: .....</p> <p>Egzersiz yapıyorsa tipi/sıklığı/süresi:.....</p> <p>Egzersiz sırasında yaşadığı semptomlar: Göğüs ağrısı <input type="checkbox"/> Çarpıntı <input type="checkbox"/> Bacak ağrısı <input type="checkbox"/></p> <p>Kas ağrısı <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Yorgunluk <input type="checkbox"/> Diğer.....</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="4">Günlük Yaşam Aktivitesi /Kendine Bakabilme Yeteneği (Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)</th> </tr> <tr> <td>Beslenme</td> <td></td> <td>Pozisyon Değiştirme/ Hareket</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tuvalete gitme</td> <td></td> <td>Güvenliği için riskleri değerlendirme</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Giyinme</td> <td></td> <td>Çevredeki tehlikelerden kaçınma</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Banyo yapma</td> <td></td> <td>İletişim kurma</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bedenini temiz tutma</td> <td></td> <td>İlaç yönetimi</td> <td></td> </tr> </table>	Günlük Yaşam Aktivitesi /Kendine Bakabilme Yeteneği (Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)				Beslenme		Pozisyon Değiştirme/ Hareket		Tuvalete gitme		Güvenliği için riskleri değerlendirme		Giyinme		Çevredeki tehlikelerden kaçınma		Banyo yapma		İletişim kurma		Bedenini temiz tutma		İlaç yönetimi	
Günlük Yaşam Aktivitesi /Kendine Bakabilme Yeteneği (Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)																									
Beslenme		Pozisyon Değiştirme/ Hareket																							
Tuvalete gitme		Güvenliği için riskleri değerlendirme																							
Giyinme		Çevredeki tehlikelerden kaçınma																							
Banyo yapma		İletişim kurma																							
Bedenini temiz tutma		İlaç yönetimi																							

<b>Düşme Riski Değerlendirme Zamanları</b>  1-İlk Değerlendirme  2-Yüksek Risk Yeniden Değerlendirme  3-Post-Op Dönem  4-Hasta Düşmüş ise Tekrar Değerlendirme  5-Bölüm Değişikliği  6-Durum Değişikliği	<b>Düşme öyküsü : Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....</b> <b>İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ</b>					
	Değerlendirme No ve Tarihi			Tarih	Tarih	Tarih
			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"/> <b>Düşük Risk:</b> Toplam Puanı 5'in altında <input type="checkbox"/> <b>Yüksek Risk:</b> Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde						
<b>Bilgilendirme Tablosu</b> <b>*Kronik hastalıklar:</b> Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hast., Sindirim Sistemi Hast., Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar <b>**Hasta Bakım Ekipmanları:</b> IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren Perfüzator, Pacemaker vb <b>***Riskli İlaçlar:</b> Psikotropolar, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiyabetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar						
<b>UYKU DİNLENME</b>	<b>Uyku düzeninde değişiklik oldu mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/></b> Nedeni: .....					
<b>CİNSELLİK – ÜREME</b>	<b>Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi: Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....</b> <b>Cinsellikle ilgili danışmanlık gereksinimi: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></b>					
<b>ROL – İLİŞKİ</b>	<b>Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></b> <b>Birlikte yaşama durumu: Yalnız <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Arkadaş <input type="checkbox"/> Diğer.....</b> <b>Bakmakla yükümlü olduğu kişiler: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklayınız: .....</b> <b>Evde hastanın bakımından sorumlu olan kişi: .....</b> <b>Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik): Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklayınız:.....</b>					
<b>KENDİNİ ALGILAMA – KAVRAMA</b>	<b>Bireyin sağlığını algılama durumu: İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/></b> <b>Sağlık durumuna ilişkin tepkisi: İnkâr <input type="checkbox"/> Öfke <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Kabullenme <input type="checkbox"/></b> <b>Sağlık taraması/kontrolleri yaptırma: Düzenli <input type="checkbox"/> Kısmen düzenli <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/></b>					
<b>BAŞETME BİÇİMİ</b>	<b>Stres: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> (0-10 arası puanla değerlendirme): .....</b> <b>Algılanan gerçek ve potansiyel stresörler:.....</b> <b>Stres ile başetmede kullanılan yöntemler:.....</b>					

<b>İLETİŞİM</b>	Görüş ve isteklerini uygun sözel/sözel olmayan metotlarla anlatabilme: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> <b>Açıklayınız:</b> .....
<b>İNANÇ VE DEĞERLER</b>	Hastanedeyken yapmak istediği inancına özel uygulamalar: Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> <b>Açıklayınız:</b> .....

### FİZİK MUAYENE FORMU

<b>Saat:</b>	<b>Ateş:</b>	<b>Nabız:</b>	<b>Solunum:</b>	<b>SPO<sub>2</sub>:</b>	<b>Kan Basıncı:</b>

6 aydan daha uzun süren ağrı mı? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
	
Ağrı yok	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 uygulama 6. Diğer.....	1. Kızgınlık/Ağlama 2. Aktivitede azalma 3. İştahta azalma 4. Uyku problemleri 5. Analjezi isteme 6. Terleme/çarpıntı 7. Diğer .....	

İŞLEMLER	BELİRTİ VE BULGULAR																																			
<b>CİLT MUAYENESİ</b>	<b>Cilt:</b> Normal <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Nemli/Terli <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Sarıklık <input type="checkbox"/> Peteşi <input type="checkbox"/> Purpura <input type="checkbox"/> Ekimoz <input type="checkbox"/> Hematom <input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Diğer.....																																			
	<b>BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16'dan az olması basınç ülseri riskini gösterir)</b>																																			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Duyu / algı</th> <th>Nem</th> <th>Aktivite</th> <th>Hareketlilik</th> <th>Beslenme</th> <th>Sürtünme</th> <th>Toplam</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tamamen sınırlı 1</td> <td>Sürekli nemli 1</td> <td>Yatağa Bağımlı 1</td> <td>İmmobil 1</td> <td>Çok kötü 1</td> <td>Problem 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Çok sınırlı 2</td> <td>Çok nemli 2</td> <td>Sandalye 2</td> <td>Çok Sınırlı 2</td> <td>Yetersiz 2</td> <td>Olası problem 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hafif Sınırlı 3</td> <td>Arasıra nemli 3</td> <td>Ara sıra yürüyor 3</td> <td>Hafif Sınırlı 3</td> <td>Yeterli 3</td> <td>Problem yok 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bozulma yok 4</td> <td>Nadiren nemli 4</td> <td>Sık sık yürüyor 4</td> <td>Sınırlama yok 4</td> <td>Çok iyi 4</td> <td>Bozulma yok 4</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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	Arasıra 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	
	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	Arasıra 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																														
	<b>Basınç yarası</b> <input type="checkbox"/> Varsa <b>Yeri:</b> ..... <b>Evresi:</b> Evre I <input type="checkbox"/> Evre II <input type="checkbox"/> Evre III <input type="checkbox"/> Evre IV <input type="checkbox"/>																																			
	<b>Bası Yarası Sınıflaması</b>																																			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><b>EVRE I</b></td> <td>Bölge kızarıklık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir.</td> <td><b>EVRE III</b></td> <td>Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir.</td> </tr> <tr> <td><b>EVRE II</b></td> <td>Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir.</td> <td><b>EVRE IV</b></td> <td>Kas yada kemikleri de tutan ülserdir.</td> </tr> </table>	<b>EVRE I</b>	Bölge kızarıklık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir.	<b>EVRE III</b>	Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir.	<b>EVRE II</b>	Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir.	<b>EVRE IV</b>	Kas yada kemikleri de tutan ülserdir.																												
<b>EVRE I</b>	Bölge kızarıklık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir.	<b>EVRE III</b>	Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir.																																	
<b>EVRE II</b>	Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir.	<b>EVRE IV</b>	Kas yada kemikleri de tutan ülserdir.																																	
<b>Deri Turgoru:</b> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/>																																				
<b>IV Yol:</b> Periferal <input type="checkbox"/> Santral <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Görünümü ..... Takılma Zamanı:.....																																				
<b>Tırnaklar:</b> Normal <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Çomak parmak <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Diğer .....																																				
<b>Ödem:</b> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yer: .....																																				
<b>Gode:</b> 1+:0-15 sn <input type="checkbox"/> 2+:15-30 s <input type="checkbox"/> 3+:30-45 sn <input type="checkbox"/> 4+:45 sn <input type="checkbox"/>																																				

<p><b>BAŞ-BOYUN MUAYENESİ</b></p>	<p><b>Saç/saçlı deri:</b> Temiz <input type="checkbox"/> Yağlı <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Kepeklenme <input type="checkbox"/> Dökülme <input type="checkbox"/> Kitle <input type="checkbox"/> Skar <input type="checkbox"/></p> <p><b>Gözler:</b> Normal <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Yanma <input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p><b>Kulaklar:</b> Normal <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Çınlama <input type="checkbox"/> İşitme problemi <input type="checkbox"/> İşitme cihazı <input type="checkbox"/></p> <p><b>Burun: Koku alma:</b> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Tıkanıklık <input type="checkbox"/> Epistaksis <input type="checkbox"/></p> <p><b>Ağız-boğaz:</b> Boğaz ağrısı <input type="checkbox"/> Protez diş <input type="checkbox"/> Çürük diş <input type="checkbox"/> Tat almada azalma <input type="checkbox"/></p> <p><b>Ses:</b> Normal <input type="checkbox"/> Boğuk/kısık <input type="checkbox"/> Konuşmada zorlanıyor <input type="checkbox"/></p> <p><b>Yutkunma:</b> Normal <input type="checkbox"/> Yutkunma sırasında ağrı <input type="checkbox"/> Yutkunamıyor <input type="checkbox"/></p> <p><b>Dudaklar:</b> Pembe ve nemli <input type="checkbox"/> Kuru ve çatlamış <input type="checkbox"/> Yara/kanama <input type="checkbox"/></p> <p><b>Dil:</b> Pembe ve nemli <input type="checkbox"/> Kızarık <input type="checkbox"/> Çatlamış <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....</p> <p><b>Tat alma duyusu:</b> Normal <input type="checkbox"/> Bozulmuş <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....</p> <p><b>Tükürük:</b> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Koyu veya yapışkan <input type="checkbox"/></p> <p><b>Oral Mukoza:</b> 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><b>Diş Etleri:</b> Pembe ve normal <input type="checkbox"/> Ödemli/kızarık <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/></p> <p><b>Lenfadenopati:</b> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> <b>Yeri;</b> 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"/> İngiunal <input type="checkbox"/></p>																								
<p><b>KARDİYO- VASKÜLER MUAYENE</b></p>	<p><b>Kalp seslerinde patolojik bulgu varsa açıklayınız.....</b></p> <p><b>Nabız:</b> Normal <input type="checkbox"/> Taşikardi <input type="checkbox"/> Bradikardi <input type="checkbox"/> Çarpıntı <input type="checkbox"/> Filiform (ipliksi) nabız <input type="checkbox"/></p> <p><b>Apikal Ritm:</b> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/></p> <p><b>Kapiller Dolum:</b> Normal <input type="checkbox"/> Gecikmiş <input type="checkbox"/></p> <p><b>Kan basıncı:</b> Normal <input type="checkbox"/> Hipotansiyon <input type="checkbox"/> Ortostatik Hipotansiyon <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/></p> <p><b>Periferik nabızlar: Güç</b> 0=yok 1= Zayıf 2= Orta 3= Güçlü</p> <table border="1" data-bbox="331 1323 1286 1476"> <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><b>Boyun ven dolgunluğu:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p><b>Tromboflebit (Homans Bulgusu):</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> <b>Varis:</b> 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><b>SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ</b></p>	<p><b>Göğüs kafesi şekli:</b> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....</p> <p><b>Göğüs kafesi:</b> Solunuma eşit-simetrik katılıyor <input type="checkbox"/> Eşit-simetrik katılmıyor <input type="checkbox"/></p> <p><b>Solunum Niteliği:</b> 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><b>Solunum Sesleri:</b> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/></p> <p><b>Solunum Örüntüsü:</b> 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"/></p> <p><b>Solunumla Ağrı:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p>																								

<b>ABDOMİNAL MUAYENE</b>	<p><b>Abdomen:</b> 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"/></p> <p>Döküntü <input type="checkbox"/> Renk değişikliği <input type="checkbox"/> Hepatomegali <input type="checkbox"/> Asit <input type="checkbox"/> Bel çevresi: .....cm</p> <p><b>Barsak sesleri:</b> Normoaktif <input type="checkbox"/> Hiperaktif <input type="checkbox"/> Hipoaktif <input type="checkbox"/></p> <p><b>Rebound hassasiyeti:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p>																																			
<b>NÖROLOJİK MUAYENE</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">GLASGOW KOMA SKALASI</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">Göz Açma</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 25%;">Motor Yanıt</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 25%;">Sözel Yanıt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Yok</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Yok</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Yok</td> </tr> <tr> <td>Ağrılı uyarılara yanıt olarak</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Ektensör yanıt</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Anlaşılmaz sesler</td> </tr> <tr> <td>Konuşmaya yanıt olarak</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Fleksör</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Uygun olmayan yanıt</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Kendiliğinden</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">4</td> <td>Geri çekme şeklinde</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Dağınık, konfüze yanıt</td> </tr> <tr> <td>Lokalize edici</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td rowspan="2">Oryante yanıt</td> </tr> <tr> <td>İstemli</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Bilinç düzeyi (Toplam puan üzerinden):</b> 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> <p><b>Işık refleksi (IR):</b> Sağ: +/- Sol: + / - <b>Pupil büyüklüğü:</b> İzokorik <input type="checkbox"/> Anizokorik <input type="checkbox"/></p> <p><b>Yutma kontrolü:</b> Normal <input type="checkbox"/> Yutkunamıyor <input type="checkbox"/></p> <p><b>Duyu kontrolü:</b> Normal <input type="checkbox"/> His kaybı <input type="checkbox"/> Uyuşma/karınçalanma <input type="checkbox"/> Sıcak/Soğuk İntoleransı <input type="checkbox"/></p> <p><b>Motor sistem muayenesi: Eli kavrama (Sağ/Sol):</b> Eşit <input type="checkbox"/> Eşit değil <input type="checkbox"/> Güçlü <input type="checkbox"/> Güçsüz <input type="checkbox"/></p> <p><b>Bacak kasları kullanımı (Sağ/Sol):</b> 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><b>Denge ve koordinasyon:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p>	GLASGOW KOMA SKALASI					Göz Açma		Motor Yanıt		Sözel Yanıt	Yok	1	Yok	1	Yok	Ağrılı uyarılara yanıt olarak	2	Ektensör yanıt	2	Anlaşılmaz sesler	Konuşmaya yanıt olarak	3	Fleksör	3	Uygun olmayan yanıt	Kendiliğinden	4	Geri çekme şeklinde	4	Dağınık, konfüze yanıt	Lokalize edici	5	Oryante yanıt	İstemli	6
GLASGOW KOMA SKALASI																																				
Göz Açma		Motor Yanıt		Sözel Yanıt																																
Yok	1	Yok	1	Yok																																
Ağrılı uyarılara yanıt olarak	2	Ektensör yanıt	2	Anlaşılmaz sesler																																
Konuşmaya yanıt olarak	3	Fleksör	3	Uygun olmayan yanıt																																
Kendiliğinden	4	Geri çekme şeklinde	4	Dağınık, konfüze yanıt																																
		Lokalize edici	5	Oryante yanıt																																
		İstemli	6																																	
<b>KAS İSKELET SİSTEMİ MUAYENESİ</b>	<p><b>Genel Görünüş:</b> Normal <input type="checkbox"/> Kifoz <input type="checkbox"/> Skolyoz <input type="checkbox"/> Lordoz <input type="checkbox"/> Spinal Deformite <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/></p> <p>Yürüyüş bozulmuş <input type="checkbox"/> Postür bozulmuş <input type="checkbox"/> Amputasyon <input type="checkbox"/></p> <p><b>Eklemler:</b> Normal <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Eklemden şişlik <input type="checkbox"/> Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/> Kontraktür <input type="checkbox"/></p> <p>Deformite <input type="checkbox"/></p> <p><b>Yardımcı Araç Kullanımı:</b> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklayınız .....</p>																																			

**LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU**

TEST	REFERANS ARALIĞI*	TARİH	TARİH	TARİH
Eritrosit (RBC)	4- 6 milyon/mm <sup>3</sup>			
Hemoglobin(HGB)	12-16 g/dL			
Hemotokrit(HTC)	35-52 %			
Trombosit	150-450 BIN/μl			
Lökosit(WBC)	4,800-10,800 BIN/mm <sup>3</sup>			
Na+	136 -145 mEq/L			
K+	3,5-5,1 mEq/L			
Ca	8,4- 10,2 mg/dL			
Mg				
<b>KAN ŞEKERİ</b>				
Açlık	74-106 mg/dL			
Tokluk				
HbA1C	% 4,8-5,9			
BUN	6-20 mg/dL			
Kreatin	0,7-1,2 mg/dL			
Üre	3,4-7 mg/dl			
Ürik asit				
Total Kolesterol	40-129 U/L			
HDL	35-75 mg/dL			
LDL	60-130 mg/dL			
Trigliserid	50-200 mg/dL			
CPK:				
CPK MB:	0 -4,94 ng/mL			
LDH	135-214 U/L			
ALT	0-41 U/L			
AST	0-40 U/L			
Total protein	6,6-8,7 g/Dl			
Albumin	3,97- 4,94 g/dL			
Total bilirubin	0.1-1.2 mg/dL			
Direkt bilirubin	0-0.2 mg/dL			
PT	10,4-14 sn			
INR	0,85-1,15			
<b>ARTERİYEL KAN GAZLARI</b>				
PH	7.35-7.45			
PaO <sub>2</sub>	90-100 mm/Hg			
PaCO <sub>2</sub>	35-45 mm/Hg			
SpO <sub>2</sub>	95-97 %			
HCO <sub>3</sub>	22-26 mEq/L			
<b>İDRAR</b>				
Dansite	1.001-1.035			
pH	4.5-7.5			
Lökosit	1-2			
Eritrosit	0-1			
Kültür/Antibiyogram				
<b>DİĞER</b>				

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

**Tomografi:**.....

...

**MR:**.....

**USG:**.....

**Biyopsi:**.....

**Diğer:**.....

...

**İLAÇ FORMU**

İlacın Adı	Doz /Sıklık/ IV Hızı- Saati	İlacın Kullanılma Nedeni	Hemşirelik Girişimleri

**SIVI İZLEM FORMU**

Tarih /Saat	Sıvının Cinsi	Hastaya Giden Miktar	Açıklamalar

## TABURCULUK PLANINDA ELE ALINACAK KONULAR

**İlaç:**

**Diyet:**

**Egzersiz:**

**Sağlık kontrolü:**

**Komplikasyonlara yönelik eğitim:**

## EĞİTİM PLANI

**Tarih:**

**Sağlık Eğitiminin Konusu:**

**İhtiyaç Saptama:**

**Eğitim Verilecek Kişi (grup) ve Özellikleri:**

**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.

2.

**Eğitimin Değerlendirilmesi:**

**Kaynaklar:**



### HASTA BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Adı Soyadı .....

Öğrenci Hemşirenin Adı-Soyadı .....

Tarih	Prb. No	TANILAMA	PLANLAMA		UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
			Amaç / Sonuç Kriterleri	Müdahaleler/Girişimler		
		Hemşirelik Tanıları (G/P/O) Kollobratif Problemler( PK)	Amaç / Sonuç Kriterleri	Müdahaleler/Girişimler		
		Etiyolojik faktörler:	Amaç:			
		Tanımlayıcı kriterler:	Sonuç kriterleri:			