

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

Öğrenci Adı Soyadı:

Veri Toplama Tarihi:

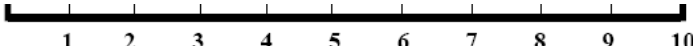

<b>BİREYE İLİŞKİN VERİLER</b>	<b>Hastanın Adı Soyadı:</b> ..... <b>Cinsiyeti:</b> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> <b>Yaşı:</b> ..... <b>Medeni Durumu:</b> ..... <b>Eğitimi:</b> ..... <b>Mesleği/İşi:</b> .....																								
<b>SAĞLIĞIN ALGILANMASI</b>	<b>Hastane yatış tarihi:</b> ..... <b>Geldiği yer:</b> Acil <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Yoğun bakım <input type="checkbox"/> Diğer..... <b>Tıbbi Tanısı:</b> ..... <b>Hastalık öyküsü:</b> ..... ..... ..... ..... <b>Özgeçmiş:</b> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KVH <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Diğer ..... <b>Soygeçmiş:</b> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KVH <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> ..... KOAH <input type="checkbox"/> Diğer ..... <b>Alerji (İlaç/Besin):</b> ..... <b>Alerji bilekliği:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> <b>Sağlığını tehdit eden riskler:</b> Sigara <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Sedanter yaşam <input type="checkbox"/> Diğer ..... <b>Bakımına katılma isteği/yeteneği:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> <b>Hastalığa yönelik kültürel/tamamlayıcı tedavileri uygulama:</b> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> <b>Açıklayınız:</b> ..... <b>Evde kullandığı İlaçlar:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... ..... .....																								
<b>BESLENME METABOLİK DURUM</b>	<b>Boy...</b> <b>Kilo.....</b> <b>BKİ.....</b> kg/m <sup>2</sup> Normal <input type="checkbox"/> Kaşektik <input type="checkbox"/> Hafif kilolu <input type="checkbox"/> Obez <input type="checkbox"/> <b>Oral alım:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> <b>Diyeti:</b> ..... <b>Kiloda Değişim:</b> Yok <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> .....kg/zaman <b>İştah Durumu:</b> Normal <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> <b>Yeme Problemi:</b> Disfaji <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Hematemez <input type="checkbox"/> Diğer:..... <b>Enteral Beslenme/Total Parenteral beslenme:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>																								
<b>ELİMİNASYON</b>	<b>İdrar:</b> 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"/> <b>Üriner İnkontinans</b> <input type="checkbox"/> <b>Üriner kateter:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> <b>Diyaliz:</b> Hemodiyaliz <input type="checkbox"/> Periton Diyalizi <input type="checkbox"/> Diyaliz giriş yeri:..... <b>Dışkılama:</b> Normal <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematokezya <input type="checkbox"/>																								
<b>AKTİVİTE EGZERSİZ</b>	<b>Oksijen Kullanımı:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklayınız .....lt/dk <b>Trakeostomi/ Entübasyon:</b> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Süresi: ..... <b>Egzersiz yapıyor sa tipi/sıklığı/süresi:</b> ..... <b>Egzersiz sırasında yaşadığı semptomlar:</b> 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"><tr><td colspan="4"><b>Günlük Yaşam Aktivitesi /Kendine Bakabilme Yeteneği (Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)</b></td></tr><tr><td>Beslenme</td><td></td><td>Pozisyon Değişirme/ 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>	<b>Günlük Yaşam Aktivitesi /Kendine Bakabilme Yeteneği (Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)</b>				Beslenme		Pozisyon Değişirme/ Hareket		Tuvalete gitme		Güvenliği için riskleri değerlendirme		Giyinme		Çevredeki tehlikelerden kaçınma		Banyo yapma		İletişim kurma		Bedenini temiz tutma		İlaç yönetimi	
<b>Günlük Yaşam Aktivitesi /Kendine Bakabilme Yeteneği (Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)</b>																									
Beslenme		Pozisyon Değişirme/ 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. Uriner/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 Perfüzör, Pacemaker vb <b>***Riskli İlaçlar:</b> Psikotropikler, 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?</b> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Neden: .....					
<b>CİNSELLİK – ÜREME</b>	<b>Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi:</b> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> <b>Açıklayınız.....</b> <b>Cinsellikle ilgili danışmanlık gereksinimi:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>					
<b>ROL – İLİŞKİ</b>	<b>Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> <b>Birlikte yaşama durumu:</b> Yalnız <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Arkadaş <input type="checkbox"/> Diğer..... <b>Bakmakla yükümlü olduğu kişiler:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> <b>Açıklayınız:</b> ..... <b>Evde hastanın bakımından sorumlu olan kişi:</b> ..... <b>Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik):</b> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> <b>Açıklayınız:</b> .....					
<b>KENDİNİ ALGILAMA – KAVRAMA</b>	<b>Bireyin sağlığını algılama durumu:</b> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> <b>Sağlık durumuna ilişkin tepkisi:</b> İnkâr <input type="checkbox"/> Öfke <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Kabullenme <input type="checkbox"/> <b>Sağlık taraması/kontrolleri yaptırma:</b> Düzenli <input type="checkbox"/> Kısmen düzenli <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>					
<b>BAŞETME BİÇİMİ</b>	<b>Stres:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> (0-10 arası puanla değerlendirme): ..... <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>	<b>Hastanedeyken yapmak istediği inancına özel uygulamalar:</b> 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 Antienflamatuarlar 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"/> Kızark <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Sarılık <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%;"> <thead> <tr> <th>EVRE I</th> <th>EVRE III</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bölge kızark, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir.</td> <td>Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir.</td> </tr> <tr> <th>EVRE II</th> <th>EVRE IV</th> </tr> <tr> <td>Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir.</td> <td>Kas yada kemikleri de tutan ülserdir.</td> </tr> </tbody> </table>	EVRE I	EVRE III	Bölge kızark, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir.	Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir.	EVRE II	EVRE IV	Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir.	Kas yada kemikleri de tutan ülserdir.																												
EVRE I	EVRE III																																			
Bölge kızark, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir.	Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir.																																			
EVRE II	EVRE IV																																			
Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir.	Kas yada kemikleri de tutan ülserdir.																																			
<b>Deri Turgoru:</b> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/>																																				
<b>IV Yol :</b> Periferel <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"/>																																				



<b>BAŞ-BOYUN MUAYENESİ</b>	<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"/> Kızarıklık <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/kızarıklık <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"/> İnguinal <input type="checkbox"/></p>																								
<b>KARDİYO- VASKÜLER MUAYENE</b>	<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="316 1323 1273 1473"><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																						
<b>SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ</b>	<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" data-bbox="316 495 1517 840"> <thead> <tr> <th colspan="5">GLASGOW KOMA SKALASI</th> </tr> <tr> <th>Göz Açma</th> <th></th> <th>Motor Yanıt</th> <th></th> <th>Sözel Yanıt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Yok</td> <td>1</td> <td>Yok</td> <td>1</td> <td>Yok</td> </tr> <tr> <td>Ağrılı uyarılara yanıt olarak</td> <td>2</td> <td>Ektensör yanıt</td> <td>2</td> <td>Anlaşılmaz sesler</td> </tr> <tr> <td>Konuşmaya yanıt olarak</td> <td>3</td> <td>Fleksör</td> <td>3</td> <td>Uygun olmayan yanıt</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> </tr> <tr> <td>Lokalize edici</td> <td>5</td> <td rowspan="2">Oryante yanıt</td> </tr> <tr> <td>İstemli</td> <td>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>İşık 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"/> Kifoza <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	Ebelik 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 Ebenin Adı-Soyadı .....

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