

ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
HEMŞİRELİK ESASLARI UYGULAMASI  
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 ilaçlar:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> .....																				
<b>BESLENME METABOLİK DURUM</b>	<b>Boy... Kilo..... BKİ..... kg/m<sup>2</sup></b> 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"/> Melen <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 yapıyorsa 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:..... <b>Günlük Yaşam Aktivitesi /Kendine Bakabilme Yeteneği (Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)</b> <table border="1"><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>	Beslenme		Pozisyon Değiştirme/ Hareket		Tuvalete gitme		Güvenliği için riskleri değerlendirme		Giyinme		Çevredeki tehlikelerden kaçınma		Banyo yapma		İletişim kurma		Bedenini temiz tutma		İlaç yönetimi	
Beslenme		Pozisyon Değiştirme/ Hareket																			
Tuvalete gitme		Güvenliği için riskleri değerlendirme																			
Giyinme		Çevredeki tehlikelerden kaçınma																			
Banyo yapma		İletişim kurma																			
Bedenini temiz tutma		İlaç yönetimi																			

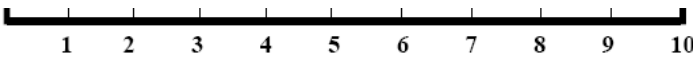
<b>Düşme Riski Değerlendirme Gereçekler:</b>  <b>1-İlk Değerlendirme</b>  <b>2-Post-Op Değerlendirme</b>  <b>3-Hasta Düşmesi</b>  <b>4-Bölüm Değişikliği</b>  <b>5-Durum Değişikliği</b>	<b>Düşme öyküsü :</b> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....						
	<b>İTAKİ-II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ</b>						
	<b>Parametreler</b>	<b>Risk Faktörleri</b>	<b>P u a n</b>	<b>İlk Değerlendirme</b>	<b>Yeniden Değerlendirme</b>	<b>Yeniden Değerlendirme</b>	<b>Yeniden Değerlendirme</b>
					Tarih- (Gerekeç Numarası)		
				.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...
				( )	( )	( )	( )
	<b>Yaş</b>	60-69 yaş	<b>1</b>				
		70-79 yaş	<b>2</b>				
		80 ve üstü	<b>3</b>				
	<b>Bilinç durumu</b>	Bilinci kapalı.	<b>1</b>				
		Bilinç bozukluğu var (Konfüze, Laterjik)	<b>2</b>				
	<b>Düşme hikayesi</b>	6 ay içinde düşme öyküsü var.	<b>3</b>				
	<b>Hastalıklar/ Komorbiteler</b>	Hastalıklardan en fazla ikisi bulunmaktadır. *	<b>1</b>				
		Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır. *	<b>2</b>				
	<b>Hareket kabiliyeti</b>	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var	<b>5</b>				
		Ayakta / yürürken denge bozukluğu var.	<b>10</b>				
		Baş dönmesi var.	<b>2</b>				
	<b>Boşaltım ihtiyacı</b>	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	<b>1</b>				
	<b>Görme Durumu</b>	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.)	<b>2</b>				
	İleri derecede görme engeli var.	<b>10</b>					
<b>İlaç kullanımı</b>	4'ten fazla ilaç kullanımı var.	<b>2</b>					
	Son 1 hafta içinde riskli en çok iki ilaç kullanımı var.**	<b>2</b>					
	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var. **	<b>3</b>					
<b>Ekipman Kullanımı</b>	Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var. ***	<b>1</b>					
	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.***	<b>2</b>					
	<b>TOPLAM PUAN</b>						
<b>DÜZEYİ BELİRLEME TABOSU</b>							
<input type="checkbox"/> <b>Düşük Risk:</b> 0-9 Puan arası							
<input type="checkbox"/> <b>Yüksek Risk:</b> 10 puan ve üzeri							
<b>Bilgilendirme Tablosu</b>							
* <b>Kronik hastalıklar:</b> Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hast., Sindirim Sistemi Hast., Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar, Vertigo, serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, osteoporoz, kırıklar							
** <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>Hasta Bakım Ekipmanları:</b> Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman; IV İnfüzyon, Foley Kateter, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren Perfüzör, Pacemaker vb							
<b>UYKU DİNLENME</b>	<b>Uyku düzeninde değişiklik oldu mu?</b> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>						
	Nedeni: .....						
<b>CİNSELLİK – ÜREME</b>	<b>Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi:</b> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....						
	<b>Cinsellekle ilgili danışmanlık gereksinimi:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>						

<b>ROL – İLİŞKİ</b>	Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme: Var <input type="checkbox"/> Yok <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): Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklayınız:.....
<b>KENDİNİ ALGILAMA – KAVRAMA</b>	Bireyin sağlığını algılama durumu: İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Sağlık durumuna ilişkin tepkisi: İnkâr <input type="checkbox"/> Öfke <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Kabullenme <input type="checkbox"/> Sağlık taraması/kontrolleri yaptırma: Düzenli <input type="checkbox"/> Kısmen düzenli <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
<b>BAŞETME BİÇİMİ</b>	Stres: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> (0-10 arası puanla değerlendirme): ..... Algılanan gerçek ve potansiyel stresörler:..... Stres ile başetmede kullanılan yöntemler:.....
<b>İLETİŞİM</b>	Görüş ve isteklerini uygun sözel/sözel olmayan metotlarla anlatabilme: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklayınız:.....
<b>İNANÇ VE DEĞERLER</b>	Hastanedeyken yapmak istediği inancına özel uygulamalar: Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklayınız: .....

### 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  Evet



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"/> Kızarıklık <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"> <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"/>																																			

**Bası Yarası Sınıflaması**

<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.

**Deri Turgoru:** Normal  Azalmış   
**IV Yol:** Periferik  Santral  Port  Görünümü ..... Takılma Zamanı:.....  
**Tırnaklar:** Normal  Kanama  Çomak parmak  Siyanoz  Diğer .....  
**Ödem:** Yok  Var  Yer: .....  
**Gode:** 1+:0-15 sn  2+:15-30 s  3+:30-45 sn  4+:45 sn

**BAŞ-BOYUN  
MUAYENESİ**

**Saç/saçlı deri:** Temiz  Yağlı  Kuru  Kepeklenme  Dökülme  Kitle  Skar   
**Gözler:** Normal  Gözlük  Kızarıklık  Yanma  Kaşıntı  Diğer:.....  
**Kulaklar:** Normal  Akıntı  Çınlama  İşitme problemi  İşitme cihazı   
**Burun: Koku alma:** Normal  Azalmış  Artmış  Akıntı  Tıkanıklık  Epistaksis   
**Ağız-boğaz:** Boğaz ağrısı  Protez diş  Çürük diş  Tat almada azalma   
**Ses:** Normal  Boğuk/kısıq  Konuşmada zorlanıyor   
**Yutkunma:** Normal  Yutkunma sırasında ağrı  Yutkunamıyor   
**Dudaklar:** Pembe ve nemli  Kuru ve çatlamış  Yara/kanama   
**Dil:** Pembe ve nemli  Kızarıklık  Çatlamış  Diğer  Açıklayınız.....  
**Tat alma duyusu:** Normal  Bozulmuş  Açıklayınız.....  
**Tükürük:** Normal  Azalmış  Artmış  Koyu veya yapışkan   
**Oral Mukoza:** Pembe ve nemli  Kuru  Kırmızı/beyaz  Ağız yarası/ülser  Kanama   
**Diş Etleri:** Pembe ve normal  Ödemli/kızarıklık  Kanama   
**Lenfadenopati:** Yok  Var  **Yeri;** Preoriküler  Suboksipital  Posterior servikal   
Tonsiller  Submandibuler  Aksillar  Servikal  İngiunal

**KARDİYO-  
VASKÜLER  
MUAYENE**

**Kalp seslerinde patolojik bulgu varsa açıklayınız.....**  
**Nabız:** Normal  Taşikardi  Bradikardi  Çarpıntı  Filiform (ipliksi) nabız   
**Apikal Ritm:** Düzenli  Düzensiz   
**Kapiller Dolum:** Normal  Gecikmiş   
**Kan basıncı:** Normal  Hipotansiyon  Ortostatik Hipotansiyon  Hipertansiyon   
**Periferik nabızlar: Güç** 0=yok 1= Zayıf 2= Orta 3= Güçlü

Nabızlar	Sol	Sağ	Nabızlar	Sol	Sağ
Brakial			Femoral		
Radial			Dorsalis Pedis		
Popliteal			Posterior Tibial		

**Boyun ven dolgunluğu:** Var  Yok   
**Tromboflebit (Homans Bulgusu):** Var  Yok  **Varis:** Var  Yok

<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"/> 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="331 920 1533 1267"> <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>Lokelize edici</td> <td>5</td> <td>Oryante yanıt</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>İstemli</td> <td>6</td> <td></td> <td></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/karıncaalanma <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	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	Lokelize edici	5	Oryante yanıt	5	İstemli	6		
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																																								
		Lokelize edici	5	Oryante yanıt	5																																								
		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"/> 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"/> Eklemdede şişlik <input type="checkbox"/> Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/> Kontraktür <input type="checkbox"/> 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





## 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:**

**GÜNLÜK VERİ TOPLAMA FORMU**

Hastanın Adı ve Soyadı:

Tarih:

<b>1. SAĞLIĞIN ALGILANMASI</b>	<b>2. BESLENME - METABOLİK DURUM</b>	<b>3. ELİMİNASYON</b>
<b>4. AKTİVİTE – EGZERSİZ</b>	<b>5. UYKU – DİNLENME</b>	<b>6. ROL – İLİŞKİ</b>
<b>7. KENDİNİ ALGILAMA-KAVRAMA</b>	<b>8.BAŞETME BİÇİMİ</b>	<b>9. İLETİŞİM</b>
<b>İLAÇLAR/SIVILAR (Adı/Dozu/Etkisi):</b>		

### HASTA BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Adı Soyadı .....

Öğrenci Hemşirenin Adı-Soyadı .....

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