# İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ

# SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

# HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

# 2026-2027 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI

# ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ

# KLİNİK UYGULAMA DOSYASI


Hazırlayanlar

Doç. Dr. İlknur BEKTAŞ

Doç. Dr. Şeyda BİNAY YAZ

Dr. Öğr. Üyesi Sinem BAŞDEMİR


**2026 - İZMİR**

# İÇİNDEKİLER


**1.** Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Klinik Uygulama Hedefleri

**2.** Mesleki Uygulamalı Dersler Uygulamalı Alanı Kuralları

**3.** İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Uygulama Alanı Öğrenci Kılık Kıyafet Kılavuzu

**4.** Beceri Karnesi Uygulama Protokolü

**5.** Etik Beyan Formu

**6.** Kesici Delici Alet Yaralanması Formu

**7.** Öğrenci Erken Uyarı Formu

**8.** Uygulama Değerlendirme Formu

**9.** Hemşirelik Bakım Planı Değerlendirme Formu

**10.** Veri Toplama Formu

**İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**M3-HEM 303 ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMA HEDEFLERİ**

M3-HEM 303 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi, haftalık 5 saat teorik, 8 saat uygulama olmak üzere toplam 13 saatlik bir eğitim müfredatına sahiptir. Dersin yerel kredisi 9, Avrupa Kredi Transfer Sistemi'ne göre kredisi 11'dir. Dersin uygulamalı bölümünün yürütülmesinde "İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Uygulamalı Eğitim Esasları" geçerlidir. Bu dersin uygulamaları: İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi ve Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin ilgili kliniklerinde gerçekleştirilmektedir. Bu uygulamaya ait hedefler aşağıda açıklanmıştır.

***Uygulamanın genel hedefleri:***

- Uygulama süresince ''İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Uygulama Alanı Öğrenci Kılık Kıyafet Kılavuzu''na uygun olarak giyinme,
- Özel durumlar ve/veya kurumsal farklılıklar belirtilmediği sürece 08.00-16:00 saatleri arasında uygulama alanında olma,
- Hasta, hasta yakını, klinik ekibi (hemşire, ebe, hekim ve diğer ekip üyeleri), akran, rehber hemşire, uygulamada görevli öğretim elemanları ve diğer kişilerle etkili iletişim kurma,
- Uygulama alanının rutin işleyişini sürdürmeye katkı verme,
- Klinikteki iş bölümüne uygun davranabilme (gerekli kliniklerde çay arası ve yemek molalarının listesini yapabilme, planlamaya uyumlu çalışabilme),
- Uygulama süresince yanında; öğrenci kimlik kartı, not defteri, kalem, veri toplama formu, stetoskop, mezura, saniyeli saat ve uygulama formlarının yer aldığı dosyasını bulundurma,
- Sorumlu olduğu hastanın verilerini toplayabilme, yaşam bulgularını uygun şekilde takip edebilme ile fiziki ve dijital ortamdaki hasta kayıtlarını/formlarını uygun şekilde kullanabilme,
- Lisans birinci ve ikinci sınıfta öğrendiği mesleki becerilerini uygun şekilde yapabilme (intravenöz sıvı hazırlama, uygulama ve izlemini yapabilme, intravenöz, intramüsküler ve subkutan girişim yapabilme, ağız bakımı, masaj, mobilizasyon, preoperatif ve postoperatif bakım, aspirasyon, kolostomi bakımı vb.),

***Çocuk Kliniği/Bölümü Hedefleri***

*Uygulamanın genel hedeflerine ek olarak;*

- Sorumlu olduğu çocuk hastadan ''Pediatrik Hasta Grubu için Fiziksel Değerlendirme ve Veri Toplama Formu'' ve "Sağlıklı Yenidoğan Veri Toplama Formu" doğrultusunda veri toplayabilme, bakımını planlama ve uygulayabilme,
- Sorumlu olduğu çocuk hastanın büyüme gelişmesini değerlendirebilme,

- Sorumlu olduğu çocuk hastasını yaşlara göre işleme hazırlayabilme, işlem sırasında ve sonrasında rahatlamasını sağlayabilme,
- Sorumlu olduğu çocuk hastasının yaşına uygun ağrı değerlendirmesi yapabilme,
- Sorumlu olduğu çocuk hastanın yaş dönem özelliklerine göre (yenidoğan, oyun çocuğu, okul çocuğu, adölesan dönem) çocuk sağlığını ve sağlıktan sapma durumlarını tanıyabilme açıklayabilme ve uygun bakımı planlayabilme.

***Öğrenciden Beklenenler:***

- Uygulama öncesi toplantıya katılma,
- Uygulama günlerinde imza föyüne devamlılık durumunu gösteren imzayı atma,
- Uygulamada, İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Uygulama Alanı Öğrenci Kılık Kıyafet Kılavuzuna uygun şekilde giyinme,
- İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Uygulama Hedeflerine uygun davranabilme,
- Erken uyarı alınması durumunda iki hafta sonra tekrar değerlendirilmesinin yapılacağını bilme,
- Uygulamanın ölçme ve değerlendirilmesinde kullanılacak ödev/belge/formları belirtilen tarihlerde kendi kliniğinden sorumlu olan öğretim elemanına teslim etme.

**Dayanaklar:**


1. İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Uygulamalı Eğitim Esasları https://hemsirelik.bakircay.edu.tr/Yuklenenler/Hem%C5%9Firelik%20Duyurular%202021-2022/Uygulama%20Duyurular/2022-2023%20G%C3%BCz%20Yar%C4%B1y%C4%B1l%C4%B1/sbf_uygulama_egitim_esaslari.pdf
2. İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kılık Kıyafet Kılavuzu https://hemsirelik.bakircay.edu.tr/Yuklenenler/Hem%C5%9Firelik%20Duyurular%202021-2022/Uygulama%20Duyurular/K%C4%B1l%C4%B1k_K%C4%B1yafet_K%C4%B1lavuzu.pdf


***Öğretici ve uygulamaya katkı verici bir süreç diliyoruz.***

***İzmir Bakırçay Üniversitesi***

***Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı***

**T.C.**
**İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**
**MESLEKİ UYGULAMALI DERSLER UYGULAMALI ALANI KURALLARI**

İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencisi olarak,

(1) İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün her bir mesleki uygulamalı dersin uygulama alanlarına yönelik laboratuvar, klinik ve saha uygulama esasları ve kurallarına uygun davranacağım.

(2) İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve ilgili uygulama alanının kuralları çerçevesinde her iki kurumun "saygınlığını" koruyacak şekilde hareket edeceğim.

(3) Bakımından sorumlu olduğum birey/aile/toplum ve hastalara, sorumlu öğretim elemanlarına ve ilgili ekip üyelerine karşı sorumlu olacağım.

(4) Hemşirelik mesleğinin etik ilke ve kurallarına bağlı kalacağım.

(5) Klinik ve saha uygulamaları sırasında bakımından sorumlu olduğum bireyler ile ilgili bilgileri Kişisel Verileri Koruma Kanunu'na göre gizli tutacağım ve onayları olmaksızın hiç kimse ile paylaşmayacağım.

(6) Uygulama alanı ve hasta ile ilgili bütün bilgileri gizli tutacağım ve fotoğraf, video, ses kaydı vb. sosyal paylaşım sitelerinde paylaşmayacağım.

(7) Uygulama yapılan kurumun protokol, politika, işlem ve sistem talimatlarına bağlı kalacağım.

(8) Uygulama alanında kullanılan form vb. dokümanları ve bu dokümanların fotoğraf ve videolarını izinsiz almayacak ve kurum dışında kullanmayacağım.

(9) Etik Beyan Formu'nda belirtilen kurallara uyacağım.

(10) Mesleki Beceri ve Simülasyon Laboratuvarı Kural Kabul Beyanı'nda yer alan kurallara uyacağım.

(11) İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Uygulama Alanı Öğrenci Kılık Kıyafet Kılavuzu'nda yer alan kurallara uyacağım.

(12) Beceri Karnesi Uygulama Protokolü'nde belirtilen kurallara uyacağım.

# İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ

# SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

# UYGULAMA ALANI ÖĞRENCİ KILIK KIYAFET KILAVUZU

## Amaç ve Dayanak

**Madde 1** - (1) Bu kılavuz, İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü öğretim elemanları ve öğrencilerinin klinik ve saha uygulamalarında uyacakları kılık kıyafet ilkelerini düzenlemeyi amaçlar.

(2) Bu usul ve esaslar, İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Staj ve Uygulamalı Eğitim Esasları Madde 10 (7)'ye dayanır.

## İlkeler

**Madde 2** - (1) İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü öğrencileri klinik ve saha uygulamalarında, aşağıda belirlenen ilkelere uymak zorundadır.

(2) Genel görünüm, üniforma bütünlüğüne uygun şekilde olmalıdır. Laboratuvar için kılık kıyafet kuralları Laboratuvar Kullanım İlkeleri içerisinde belirtilmiştir. Klinik alan uygulamalarında öğrencilerin üniforması pantolon ve üst olacak şekilde iki parçadan oluşur.

a) Üst üniforma; öğrencinin ölçülerine uygun, beyaz renkte alpaka kumaş, kısa kollu, V yakalı, iki etek kısmında ve bir sol göğüs kısmında olmak üzere üç cepli, etek kısımlarında yırtmaçlı olup, basenleri örtecek uzunlukta olmalıdır (Ek 1). Üniformanın sol üst cebinde, İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Logosu basılı olmalıdır (EK 2).

b) Alt üniforma; öğrencinin ölçülerine uygun, petrol yeşili renkte alpaka kumaş, belden lastikli, ikisi önde ve biri arkada olmak üzere üç cepli olup klasik kesim pantolon paçası şeklinde olmalıdır (Ek 1).

(3) Kış aylarında yürütülen uygulamalarda üniformanın üzerine uzun kollu laboratuvar önlüğü ya da siyah renk, desensiz, kapüşonsuz ceket ve üniforma içine, sadece beyaz renk bady giyebilir.

(4) Başörtülü öğrencilerin başörtüsü, bakım uygulamalarını engellemeyecek ve omuz aşağısına sarkmayacak şekilde beyaz, krem rengi veya petrol yeşili tek renkte olmalıdır.

(5) Öğrencilerin saçları, hemşirelik bakım uygulamalarını engellemeyecek ve omuz aşağısına sarkmayacak şekilde yüzü açık ve üniforma bütünlüğünü bozmayacak şekilde toplu olmalıdır. Kısa saç kulak hizasını geçmeyecek ve yüzü kapatmayacak şekilde olmalıdır.

(6) Öğrenciler uygulamaya çıktıkları alanlarda kendilerine ve hastalarına zarar verecek şekilde aksesuarlar kullanmamalıdır. Öğrenciler sadece uygulama alanlarında saniyeli saat, alyans ve küçük top küpe takılabilir. Bunların dışında sarkan ve büyük küpe, hızma, pirsing, kolye, yüzük, bileklik, bilezik gibi takı ve aksesuar takılmamalıdır.

(7) Uygulamalar sırasında erkek öğrencilerin sakalı, asepsi antisepsi ve bakım uygulamalarını engellemeyecek şekilde kesilmiş olmalıdır.

(8) Uygulamaya çıkan öğrenciler, kişisel hijyen ve asepsi kurallarına uymak zorundadır. Tırnaklar kısa (parmak ucunu geçmeyecek uzunlukta) ve temiz olmalıdır. Uygulamada açık renk oje sürülebilir. Ameliyathane uygulamasında oje sürülmemelidir. Protez tırnak, kalıcı oje, takma tırnak vb. aseton ile çıkarılamayan tırnak uygulamaları kullanılmamalıdır.

(9) Öğrenciler uygulama için beyaz, lacivert veya siyah renkte önü ve arkası kapalı, topuksuz, yürürken ses çıkarmayan ve temiz ayakkabı ve çorap giymelidir.

(10) Öğrenciler mesleki üniforması temiz ve ütülü olmalıdır. Mesleki üniforma, yalnızca uygulama alanında giyilmelidir. Öğrenciler uygulama saatleri dışında ve sosyal alanlarda üniforma giymemelidir.

(11) Ameliyathane uygulamasında ameliyathanenin standartlarına uygun yeşil cerrahi yakalı üst ve alt üniforma giyilmelidir. Ameliyathane forması ile ameliyathane dışına çıkılmamalıdır. Ameliyathane uygulamasında dışarıda kullanılan eşarp ve ayakkabılar giyilmemelidir.

(12) Öğrenciler üniforma üzerine uygulama alanlarında öğrenci kimlik kartını dışardan görünür şekilde takmalıdır. İzmir Bakırçay Üniversitesi amblemi ve öğrenci kimlik kartı dışında her hangi bir rozet, işaret ya da sembol takmamalıdır.

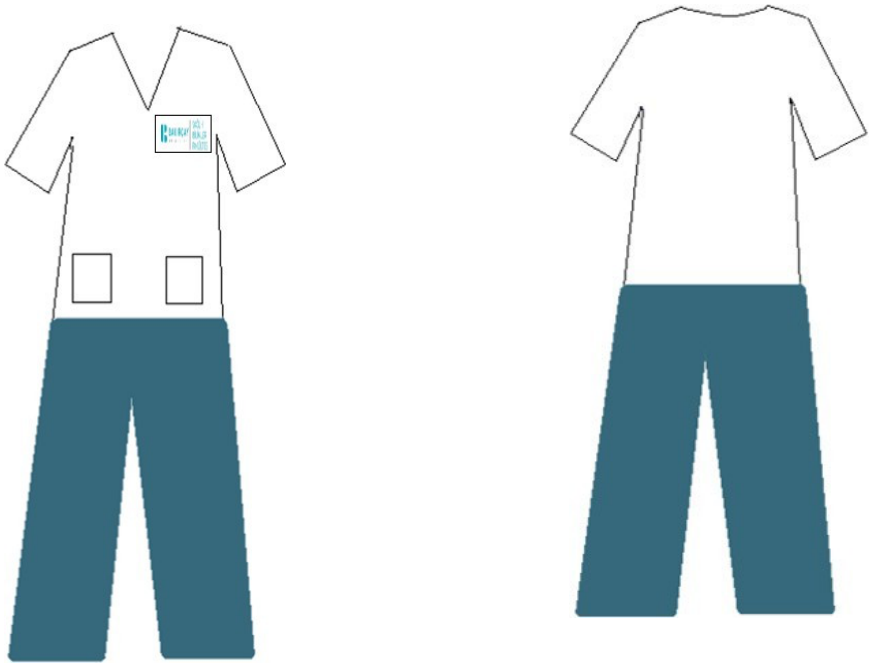
(13) Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı okullar, ev ziyaretleri, Sosyal Hizmet Kurumları gibi saha uygulamalarında giyilecek üniforma ya da forma alanın özelliklerine göre belirlenerek ilan edilir.

(14) Uygulamaya çıkacak öğretim elemanları beyaz önlük ya da üniforma giymelidir.

*Yukarıda belirtilen kurallara uymayan öğrenciler için 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 54. Maddesi uyarınca disiplin hükümleri uygulanacaktır.

Ek-1

**ÜST BEYAZ ALPAKA KUMAŞ, V YAKA YARASA KOL ALT PETROL YEŞİLİ ALPAKA KUMAŞ**



Ek-2

**İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ LOGOSU**

BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ | SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

**Beceri Karnesi Uygulama Protokolü**

**Öğrencinin Adı-Soyadı:**

**Tarih:**

İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ndeki her öğrenci uygulama alanlarında kullanmak üzere Beceri Karnesi bulundurmak, ilgili beceriyi işaretleyerek klinik sorumlusuna onaylatmak, ilgili dersin öğretim elemanına teslim etmekten sorumludur. Buna göre;

**<u>İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü öğrencisi olarak;</u>**

1. Her uygulama alanına çıkarken beceri karnemi yanımda bulunduracağım.
2. İlgili beceriyi yaptıktan hemen sonra işaretleyeceğim.
3. Her yarıyıl sonunda karnemi teslim ederken, eksiksiz ve hatasız kayıtları sağlamak için kontrol edeceğim.
4. Değerlendirilen Beceri karnemi ilgili öğretim elemanından teslim alacağım.
5. Tüm eğitim süresince Beceri karnemi koruyacağım ve kaybetmemek için gerekli önlemleri alacağım.
6. Dersin öğretim planında belirlenen hedeflere ulaşmak için gerekli becerileri tamamlamayacağım.
7. Uygulanan becerilerin gözlemcisi olan klinik/rehber hemşire veya öğretim elemanın onayını almam gerektiğini ve bu onayın zorunlu olduğunu biliyorum.
8. Beceri karnem ile ilgili kayıtların doğruluğunu ve eksiksizliğini sağlamakla yükümlüyüm; gerektiğinde belgeleri sunacağım.

İmza

İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
ETİK BEYAN FORMU

Tarih: …/…/….

1. İzmir Bakırçay Üniversitesi Hemşirelik Bölümü ve ilgili uygulama alanının kuralları çerçevesinde her iki kurumun "saygınlığını" koruyacak şekilde hareket edecektir.
2. "İzmir Bakırçay Üniversitesi Uygulamalı Eğitim Yönergesi", "İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Staj ve Uygulamalı Eğitim Esasları" ve "İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kılık Kıyafet Kılavuzu"nda belirtilen esaslara uyacaktır.
3. Bakımından sorumlu olduğu hastalara, klinik eğitimcilerine ve ilgili hastane personeline karşı sorumludur.
4. Hemşirelik mesleğinin etik kurallarına bağlı kalacaktır.
5. Klinik uygulama sırasında kapasitesini etkileyebilecek her türlü bilgiyi klinik eğitimcisine bildirecektir.
6. Bakımından sorumlu olduğu ya da klinikteki diğer hastalar ve yakınları ile ilgili tüm bilgileri gizli tutacaktır ve hiç kimse ile paylaşmayacaktır.
7. Uygulamada bulunduğu hastane/klinik ile ilgili özel bilgileri gizli tutacak ve hiç kimse ile paylaşmayacaktır.
8. Uygulama yapılan kurumun protokol, politika, işlem ve sistem talimatlarına bağlı kalacaktır
9. Klinikte birlikte çalıştığım hastane çalışanları, hasta ve hasta yakınları ile ilgili bilgi, fotoğraf vb. sosyal paylaşım sitelerinde paylaşmayacağım.

Yukarıda belirtilen etik ilkeler ve yasalara uygun olarak hastama bakım vereceğimi beyan ederim.

İmza

**Adı Soyadı:**

**Öğrenci Numarası:**

**Ders:** M2-M3 HEM303 / HEM309 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

**Uygulamaya çıkılan Yer/Klinik/Alan:**

☐ İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

☐ İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi

☐ Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

| | | |
|---|---|---|
| BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ | **T.C.**<br>**İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ**<br>**Sağlık Bilimleri Fakültesi** | |
| | **KESİCİ VE DELİCİ ALET YARALANMASI FORMU** | **Dok. No:** FRM/SBF/25<br>**İlk Yayın Tar.:** 4.12.2024<br>**Rev. No/Tar.:** 01/13.03.2025<br>**Sayfa 1 / 1** |

| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | | | |
|---|---|---|---|
| Ad Soyad | | Sınıf | |
| Öğrenci No | | Tetanoz Aşısı | ☐ Yok ☐ Var Aşı Tarihi: |
| TC Kimlik No | | Hepatit B Aşısı | ☐ Yok ☐ Var Aşı Tarihi: |
| Telefon Numarası | | | |

| **OLAY BİLGİLERİ** | |
|---|---|
| Olay Tarihi ve Saati | |
| Olayın Meydana Geldiği Yer | |
| Olayın Türü | ☐ Kesici Delici Alet Yaralanması<br>☐ Vücut Sıvılarına Maruz Kalma |
| Yaralanma Bölgesi | |
| Olayın Nedeni | |
| Yaralanmaya neden olan alet | ☐ İğne ucu ☐ Lanset ☐ Bistüri ☐ Ampul/flakon<br>☐ İnvaziv kateter iğnesi ☐ Diğer: …….. |
| Yaralanmaya neden olan alet bir hastanın vücut materyali ile kontamine olmuş mu? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| Olay sırasında kullandığınız kişisel koruyucu ekipmanları işaretletiniz | ☐ Eldiven ☐ Maske ☐ Önlük ☐ Gözlük<br>☐ Diğer: ……. |
| Olayı Kısaca Açıklayınız: | |
| Olayla İlgili Yapılan İşlemleri Açıklayınız: | |
| Tanık Beyanı: | |

*Öğrencinin ve hastanın test sonuçlarının bir örneğini forma ekleyiniz.

| Tanık<br>(Adı Soyadı ve İmza) | Öğrenci<br>(Adı Soyadı ve İmza) | Sorumlu Öğretim Elemanı<br>(Adı Soyadı ve İmza) |
|---|---|---|
| | | |

**5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu çerçevesinde, bu DEB elektronik imza ile imzalanarak yayımlanmış olup, güncelliği elektronik ortamda "Bakırçay Üniversitesi Kalite Doküman Yönetim Sistemi (KDYS)" üzerinden takip edilmelidir.**

| | | |
|---|---|---|
| BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ | **T.C.**<br>**İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ**<br>**Sağlık Bilimleri Fakültesi** | |
| | **HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİ ERKEN UYARI FORMU** | **Dok. No:** FRM/SBF/29<br>**İlk Yayın Tar.:** 14.03.2025<br>**Rev. No/Tar.:** 00/...<br>**Sayfa 1 / 1** |

Öğrenci Erken Uyarı Formu, yeterli akademik gelişimi gösterememiş öğrencileri belirlemek amacıyla, öğretim üyelerimiz ve akademik danışmanlarımız için hazırlanmıştır. Bu sayede, durumlarını düzeltmeleri için öğrencilerle birlikte çalışmaları mümkün olacaktır.

***Bir değişiklik olmadığı takdirde kalma riskiniz bulunmaktadır.***

| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** | | | |
|---|---|---|---|
| Ad Soyad | | Sınıf | |
| Öğrenci No | | Telefon Numarası | |
| TC Kimlik No | | | |

| | |
|---|---|
| **Göstergelere göre zorluklar yaşadığınız konular** | |
| **Özellikle endişelendiğim konular** | |

Başarılı olmanızı arzu ettiğimiz için, bu zorlukları yenmenizde yardımcı olmak istiyoruz. Lütfen bu durumun sebebi veya sebepleri hakkında bizi aydınlatın. Lütfen danışmanızla..... tarihinden geç olmamak üzere bir toplantı talep edin.

Akademik danışmanınıza bu formun bir kopyasını yolluyorum.

| | |
|---|---|
| **Öğrencinin açıklaması/düşünceleri** | |
| **Öğrenciye yardım etmek için öğretim üyesi tarafından yapılanlar:** | |

*Formu imzaladıktan 2 hafta içerisinde yeniden değerlendirileceksiniz.*

*Formu okudum ve.....dersinden kalma riskim olduğunu biliyorum.*

| Öğrenci imzası | Öğretim üyesi imzası | Öğrenci danışmanı imzası |
|---|---|---|
| | | |

**5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu çerçevesinde, bu DEB elektronik imza ile imzalanarak yayımlanmış olup, güncelliği elektronik ortamda "Bakırçay Üniversitesi Kalite Doküman Yönetim Sistemi (KDYS)" üzerinden takip edilmelidir.**

**İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

# UYGULAMA DOSYASI

**Ad-Soyad:**
**Öğrenci No:**
**Dersin Adı:**

**Uygulama Tarihleri: …./…./20…...../…./20….**

**UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU**

**Öğrencinin Adı Soyadı/No:** **Tarih:**

**Dersin Adı:** **Sonuç**

| | **Puan** | **Öğrenci** | **Eğitimci** |
|---|---|---|---|
| **1- PROFESYONEL DAVRANIŞLAR** | **20** | | |
| Uygulama alanına zamanında gelmek | 5 | | |
| Uygulama alanı için gerekli araç ve gereçleri yanında bulundurmak | 5 | | |
| Bakım verdiği/izlediği bireyin güvenliğini sağlamak | 5 | | |
| Bakım verdiği/izlediği bireyin kayıtlarını zamanında ve eksiksiz olarak tutmak | 5 | | |
| Kliniğin uygulama kurallarına uygun davranmak | 5 | | |
| **2- İLETİŞİM** | **20** | | |
| Bakım verdiği/izlediği birey ve yakınları ile iletişimi başlatmak ve uygun şekilde sürdürmek | 5 | | |
| Sağlık ekibi üyeleri ile uyumlu ve saygılı iletişimi sürdürmek | 5 | | |
| Öğretim elemanı ile uyumlu ve saygılı iletişimi sürdürmek | 5 | | |
| Uygulama alanında birlikte çalıştığı arkadaşları ile uyumlu ve saygılı iletişimi sürdürmek | 5 | | |
| **3- MESLEKİ YÖNDE GELİŞME** | **55** | | |
| Kuramsal bilgiyi uygulama alanına aktarabilmek | 5 | | |
| Hastaya özgü gerekli uygulamaları doğru teknikle yapmak | 5 | | |
| Sorumluluk almak ve aldığı sorumluluğu eksiksiz yerine getirmek | 5 | | |
| Uygulama sırasında etkin iş planı yapabilmek | 5 | | |
| Bireyin hastane/bulunduğu ortamda karşılaşabileceği riskleri (Travma, enfeksiyon, yanlış uygulama) tanıyabilme ve önlem alabilme | 5 | | |
| Problem çözme becerilerini kullanmak | 5 | | |
| Klinik uygulamalara aktif olarak katılmak | 5 | | |
| Öğrenmeye istekli davranmak | 5 | | |
| Uygulama alanlarında geliştirilebilecek alanları fark edebilmek, buna yönelik planlamalar yapabilme ve uygulayabilmek | 5 | | |
| Kendi ile ilgili geliştirilmesi gereken yönlerini fark etmek ve geliştirmek için çaba göstermek | 5 | | |
| Uygulama alanında geçirdiği zamanı etkin kullanabilmek | 5 | | |

**1:**Yetersiz **2:**Desteğe ihtiyacı var **3:**Kısmen Yeterli **4:**Yeterli **5:**Çok iyi **GY:** Gözlem Yapılmadı

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI DEĞERLENDİRME FORMU

**Öğrencinin Adı Soyadı:** **Tarih:**
**Uygulama Alanı:** **Sonuç:**

| HEMŞİRELİK SÜRECİ AŞAMALARI | Puan | Öğrenci | Eğitimci |
|---|---|---|---|
| **1- Tanılama** | **25** | | |
| Bütüncül bakım doğrultusunda gereksinimlere yönelik yeterli ve doğru veri toplama | 15 | | |
| Fonksiyonel sağlık örüntülerinin birbiri ile etkileşimini dikkate alma | 5 | | |
| Verilerin doğru ve zamanında kayıt altına alınması | 5 | | |
| **2- Hemşirelik Tanısı** | **25** | | |
| NANDA'ya özgü doğru hemşirelik tanılarını belirleyebilme | 5 | | |
| Hastasının gereksinimlerini karşılayacak yeterli hemşirelik tanılarını belirleyebilme | 5 | | |
| Hemşirelik tanılarını öncelik sırasına koyabilme | 5 | | |
| Hemşirelik tanılarının nedenini belirleyebilme | 5 | | |
| Hemşirelik tanılarının tanımlayıcı özelliklerini belirleyebilme | 5 | | |
| **3- Planlama-Uygulama** | **30** | | |
| Hasta/bireye özgü ve tanı ile ilgili beklenen hasta sonucunu belirleyebilme | 5 | | |
| Beklenen hasta sonucunun açık ve ölçülebilir olması | 5 | | |
| Beklenen hasta sonucunun gerçekçi ve ulaşılabilir olması | 5 | | |
| Tüm tanılara yönelik bilimsel kanıta dayalı, uygun ve kapsamlı girişimleri planlayabilme, | 5 | | |
| Gereksinimlere uygun teknik, yönetsel, eğitsel nitelikte bakımı planlayabilme | 5 | | |
| Gereksinimlere uygun teknik, yönetsel, eğitsel nitelikte bakım uygulayabilme | 5 | | |
| **4- Değerlendirme** | **20** | | |
| Bakım sonuçlarını beklenen hasta sonucu kriterleri doğrultusunda değerlendirme | 5 | | |
| Değerlendirmenin açık ve ölçülebilir olması | 5 | | |
| Değerlendirmenin gerçekçi ve ulaşılabilir olması | 5 | | |
| Değerlendirme sonuçlarını veri olarak kullanabilme | 5 | | |
| **TOPLAM** | **100** | | |

**VERİ TOPLAMA FORMU**

**Öğrenci Adı Soyadı:** **Veri Toplama Tarihi:**

**Uygulamaya Çıkılan Klinik:**

| | |
|---|---|
| **BİREYE İLİŞKİN VERİLER** | **Hastanın Adı Soyadı**:……<br>**Cinsiyeti:** ☐ Kadın ☐ Erkek **Yaşı:** …….. **Medeni Durumu:**……<br>**Eğitimi:**…….. **Okul/Sınıf düzeyi:**……<br>**Sosyal güvencesi:**…….. |
| **ÖYKÜ** | **Hastane yatış tarihi:**……<br>**Geldiği yer:** ☐Acil ☐Poliklinik ☐Yoğun bakım ünitesi Diğer…..<br>**Tıbbi Tanısı:**…….<br>**Ameliyat tarihi**:……<br>**Ameliyat türü**:……<br>**Anestezi türü:** …….<br>**Sürekli kullandığı ilaçlar:**<br><br>**Özgeçmiş:** ☐DM ☐HT ☐KVH ☐ Diğer ……<br>**Soy geçmiş:** ☐DM ☐HT ☐KVH ☐Kanser ☐ Diğer ……..<br>Açıklayınız……..<br>**Alerji (**İlaç/Besin vb.): …….. **Alerji bilekliği**: ☐Var ☐Yok<br>**Hasta kimlik bilekliği:** ☐Var ☐Yok<br>**Sağlığını tehdit eden riskler:** ……..……..<br>**Hastalığa yönelik kültürel/tamamlayıcı tedavileri uygulama:** ☐Evet ☐Hayır<br>Açıklayınız:…….<br>**Hastalık öyküsü**:…….....<br>……..<br>……<br>……..……..<br>…….....<br>…….<br>……<br>……..……<br>…….....<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……. |
| **SAĞLIĞIN ALGILANMASI ve YÖNETİMİ** | **Bireyin sağlığını algılama durumu:** ☐İyi ☐Orta ☐Kötü<br>**Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi:**<br>☐İnkar ☐Öfke ☐Pazarlık ☐Depresyon ☐Kabullenme **Diğer:** .....<br>**Sağlık taraması/kontrolleri yaptırma:** ☐Düzenli ☐Düzensiz ☐Hiç<br>**Bakımına katılma isteği/yeteneği:** ☐Var ☐Yok |

**BESLENME METABOLİK DURUM**

**Boy**… **Kilo**…… **BKİ**…… kg/m$^2$ ☐Normal ☐Kaşektik ☐Hafif kilolu ☐Obez
**Oral alım:** ☐Var ☐ Yok **Diyeti:**……..
**Kiloda Değişim:** ☐Yok ☐Artmış ☐Azalmış ……...kg/zaman
**İştah Durumu:** ☐Normal ☐Artmış ☐Azalmış
**Yeme Problemi:** ☐Disfaji ☐Bulantı ☐Kusma Diğer:……
**Beslenme şekli:** ☐Normal ☐Yardımla besleniyor ☐ Parenteral
☐Enteral (Nazogastrik) ☐ Enteral (Gastrostomi)
**Anne sütü alma durumu:** ☐ Evet. ☐ Hayır

| Tarih | ALDIĞI | | | | ÇIKARDIĞI | | | | | DENGE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Oral | Enteral | Parenteral | TOPLAM | İdrar | NG/ Dren | Kusma | Gaita | TOPLAM | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

**BOŞALTIM**

**İdrar:** ☐Normal ☐Anüri ☐Oligüri ☐Poliüri ☐Pollaküri ☐Hematüri
☐Dizüri ☐Noktüri ☐Üriner İnkontinans
**Üriner kateter:** ☐Var……/gün ☐Yok
**Üriner kataterizasyon şekli**: ……..
**Diyaliz**: ☐Hemodiyaliz ☐Periton Diyalizi Diyaliz giriş yeri:.....
**Dışkılama:**☐Normal ☐Diyare ☐Konstipasyon ☐Melena ☐Hematokezya ☐Fekal inkontinans
**Boşaltım şekli:** ☐Normal ☐Alt bezi ☐Sürgü ☐Ostomi…….
Bağırsak alışkanlığı:……./gün Son defekasyon tarihi:……..

**AKTİVİTE EGZERSİZ**

**Oksijen Kullanımı:** ☐Var……...lt/dk ☐Yok
**Oksijen Uygulama Yöntemi**: ……
…….
**Egzersiz yapıyorsa tipi/sıklığı/süresi:**…….
**Egzersiz sırasında yaşadığı semptomlar:** ☐Göğüs ağrısı ☐Çarpıntı ☐Bacak ağrısı
☐Kas ağrısı ☐Dispne ☐Yorgunluk Diğer……..

| **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 | |
| | | | |

**UYKU DİNLENME**

**Normalde gecede kaç saat uyuyor**? .....
**Uykuyu kesintiye uğratan bir durum var mı?** ☐ Yok ☐ Var.....
**Uykuya başlamada bir problem var mı?** ☐ Yok ☐ Var……..
**Rahat uyumak/gevşemek için kullandığı bir yöntem var mı?**
☐ Yok ☐ Var.....
**Gündüz uyuma alışkanlığı var mı?**☐ Evet ☐ Hayır
**Uykudan dinlenmiş olarak kalkıyor mu?** ☐Evet ☐ Hayır

**BİLİŞSEL ALGILAMA**

**İşitme güçlüğü:** ☐ Yok ☐ Var.....
**Görme bozukluğu:** ☐ Yok ☐ Var.....
**Dokunma/hissetme kaybı:** ☐ Yok ☐ Var.....
**Koku alma yetisi:** ☐ Normal ☐ Normal değil
**Tat alma yetisi:** ☐ Normal ☐ Normal değil
**Senkop öyküsü:** ☐ Yok ☐ Var
**SVO:** ☐ Yok ☐ Var
**Bilinç:** ☐Açık ☐Konfüzyon ☐Laterjik ☐Obtundasyon ☐Stupor ☐Koma

| **Oryantasyon**: | Yok | Var |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| | <table><tr><td>Zaman</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Yer</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Kişi</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Kendine</td><td></td><td></td></tr></table><br>**Halüsinasyon/İllüzyon**: □ Yok □ Var.....<br>**Son zamanlarda hatırlamada sorun yaşama durumu:** (yakın ve uzak zamana ilişkin olayları hatırlama) □ Yok □ Var..... |
| **KENDİNİ ALGILAMA – KAVRAMA** | **Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendi kimliği hakkındaki görüşlerinde değişme:** □ Yok □ Var……..<br>**Bireyin kendi bedeni hakkındaki görüşlerinde değişiklik durumu:**<br>□ Yok □ Var……<br>**Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendine saygı, güven duyma ve kendine değer verme duygularında değişme durumu:**<br>□ Yok □ Var ……<br>**Korku/Endişe/Gerginlik /Huzursuzluk/Öfke/Umutsuzluk/Keder/Ölüm anksiyetesi**:<br>□Yok□ Var ……..<br>0 10<br>En düşük En yüksek |
| **ROL – İLİŞKİ** | **Bireyin rollerinde bir sorun var mı?** ☐Var ☐Yok<br>**Var ise:** ☐ Çocuk rolü ☐ Oyun rolü ☐ Öğrenci rolü ☐Arkadaş rolü<br>**Sağlık personeli ile iletişimde bulunuyor mu?** □ Evet □ Hayır<br>**Diğer hastalarla iletişimde bulunuyor mu?** □ Evet □ Hayır<br>**Yakın çevre ve arkadaşlarıyla ilişkilerinde bir zorluk yaşıyor mu?**<br>□ Hayır □ Evet.....<br>**Kimle yaşıyor?** Yalnız☐ Aile☐ Arkadaş☐ Diğer……<br>**Bakmakla yükümlü olduğu kişiler:** Var☐ Yok☐ **Açıklayınız:** .....<br>**Hastanın bakımından sorumlu olan kişi:** ……<br>**Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik, sosyal, kültürel, ruhsal)**<br>☐Var ☐Yok **Açıklayınız:**…….<br>**Tedaviye katılma isteği:** □ Yok □ Var ……<br>**Görüş ve isteklerini uygun sözel/sözel olmayan metotlarla anlatabilme:** ☐Var ☐Yok<br>**Açıklayınız:**…….<br>**Konuşma şekli:** □Normal (Düzenli, mantıklı) □Normal değil (hızlı, yavaş, argo, alaycı vb)<br>**Sözlü ve sözsüz iletişimi arasında uyumsuzluk var mı?**□ Yok □ Var<br>**Dinlemede güçlük çekiyor mu?** □ Evet □ Hayır |
| **CİNSELLİK – ÜREME** | **Menarşın başlama durumu:** □ Evet □ Hayır<br><br>**Sünnet olma durumu:** □ Evet □ Hayır<br><br>**Genital Hijyen alışkanlıkları:** …… |
| **BAŞETME VE STRES TOLERANSI** | **Stres düzeyi:**<br>**Algılanan günlük yaşamdaki stresörler:**…….<br>**Stres ile baş etmede kullanılan yöntemler**:……<br>**Yaşadığı sıkıntılı durumlarla baş etmede ailesinin verdiği desteği yeterli buluyor mu?**<br>□ Yeterli □ Kısmen yeterli □ Yetersiz<br>**Hastalık veya hastaneye yatmaya ilişkin endişeleri var mı? (Ekonomik, öz bakım vb.)**<br>□ Yok □ Var…… |
| **İNANÇ VE DEĞERLER** | **Hastanedeyken yapmak istediği inancına özel uygulamalar:** ☐Yok ☐Var<br>**Açıklayınız:** ..... |

**KONFOR/ RAHATLIK**

**Konfor Değerlendirme Skalası**

0 10

Konforsuzluk Yüksek Konfor

**Konforu arttırma isteği:** □ Yok □ Var

**Ağrı:** □ Yok □ Var

**Ağrının yeri**:……Ağrının sıklığı:…….

**Ağrının başlama zamanı ve süresi:** …….

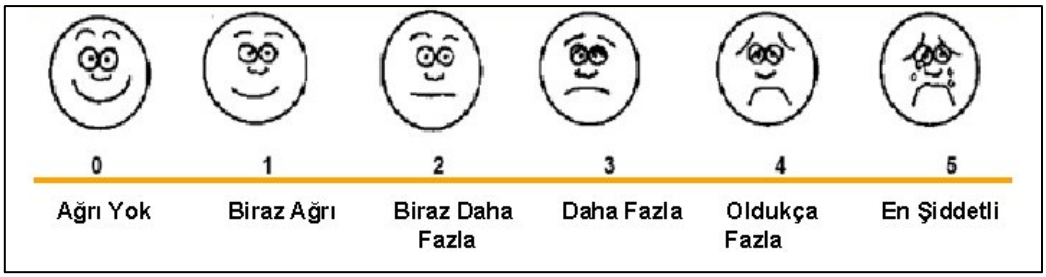
**Ağrının şiddeti:**…….

**Ağrı Değerlendirme Skalası**

0 10

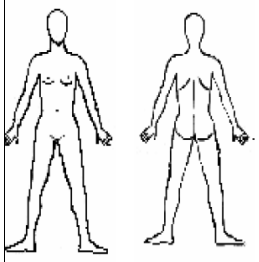
Yok Çok fazla

**Wong-Baker Ağrı Derecelendirme Ölçeği**




**Ağrının yaşam kalitesine etkisi:** □ Yok □ Var----------

**Ağrıya eşlik eden bulgular:** □ Bulantı-kusma □ Uykusuzluk □ İştahsızlık □ Fizik aktivitede azalma □ Sosyal aktivitede azalma □ Terleme □ Diğer----------

| Nitelik | Ağrının Lokalizasyonu | Farmakolojik tedavi | Ağrıya karşı tepkiler | Ağrıyla Başetme Biçimi |
|---|---|---|---|---|
| 1. Kramp<br>2. Yanıcı<br>3. Batıcı<br>4. Spazm<br>5. Zonklayıcı<br>6. Baskı verici<br>7. Ezici/sıkıştırıcı |  | 1. Non-Steroid Antienflamatuarlar<br>2. Narkotik analjezikler<br>3. Adjuvan tedavi<br>4. Diğer …….. | 1. Kızgınlık/Ağlama<br>2. Aktivitede azalma<br>3. İştahta azalma<br>4. Uyku problemleri<br>5. Konsantrasyon bozukluğu<br>6. Analjezi isteme<br>7. Terleme/çarpıntı<br>8. Diğer …….. | 1. Masaj<br>2. Dikkati dağıtma<br>3. Müzik<br>4. Pozisyon değişikliği<br>5. Sıcak/soğuk Uyg.<br>Diğer…… |

**PEDİATRİK HASTA GRUBU İÇİN FİZİKSEL DEĞERLENDİRME VE VERİ TOPLAMA FORMU**

**Uygulama Alanı:**

**ÖYKÜ**

**Çocuğun yanında bulunana ebeveyn:** ……..

**Natal Öyküsü:** *(Bu bölüm 0-12 ay çocuklar için doldurulacaktır)*

Doğum tipi: Normal / Sezaryen

Doğum ağırlığı: ……

Doğum boyu: ……..

Doğum sırasında herhangi bir komplikasyon yaşama durumu:

**Yapılan aşıları işaretleyiniz.** *(Bu bölüm 0-13 yaş çocuklar için doldurulacaktır)*

**Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2026*)**

| | DOĞUM | 2. AY SONU | 4. AY SONU | 6. AY SONU | 9. AY SONU | 12. AY SONU | 18. AY SONU | 24. AY SONU | 48. AY | 13 YAŞ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hep-B | I | | | | | | | | | |
| BCG | | I | | | | | | | | |
| KPA | | I | II | | | RAPEL | | | | |
| DaBT - İPA- Hib - HepB | | I | II | III | | | RAPEL | | | |
| OPA | | | | I | | | II | | | |
| Suçiçeği | | | | | | I | | | II | |
| KKK | | | | | EKDOZ | I | | | II | |
| Hep-A | | | | | | | I | II | | |
| DaBT-İPA | | | | | | | | | RAPEL | |
| Td | | | | | | | | | | RAPEL |

*1 Eylül 2026 tarihi itibarıyla güncellenmiştir

- Hep-B: Hepatit B Aşısı
- BCG: Verem Aşısı
- KPA: Konjuge Pnömokok Aşısı
- DaBT-İPA-Hib-Hep B: Difteri, asellüler Boğmaca, Tetanos, inaktif Polio, Hemofilus influenza tip b, Hepatit B Aşısı
- OPA: Oral Polio Aşısı
- KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
- Hep-A: Hepatit A Aşısı
- Td: Erişkin Tetonos difteri Aşısı
- Rapel: Pekiştirme Doz Aşısı

Aşı Detayları için QR Kodu Okutunuz

**AİLE ÖYKÜSÜ**

| | **Anne** | **Baba** |
|---|---|---|
| Yaş: | | |
| Eğitim: | | |
| Meslek: | | |

Ailenin sağlık öyküsü:

Aile Tipi:(Çekirdek /Geniş Aile)

Ailede kalıtsal bir hastalık var mı? ☐Var ☐Yok Varsa: …….....

Akraba evliliği var mı? ☐Var ☐Yok

**FİZİKSEL ÖLÇÜMLER**

**Persantil Değerleri**

Boy:

Kilo:

Baş çevresi:

Göğüs çevresi:

Vücut Yüzey Alanı (VYA): ..…m2/kg

**AĞRI DEĞERLENDİRME**

(Yaş grubuna uygun ölçeği seçerek ağrı değerlendirmesini yapınız)

**PIPP Ağrı Ölçeği** (Prematüre)

| Prematüre Bebek Ağrı Profili (PIPP) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Kategoriler** | **0** | **1** | **2** | **3** | **Skor** |
| **Gebelik yaşı** | >= 36 hafta | 32 hafta - 35 hafta 6 günlük | 28 hafta - 31 hafta 6 günlük | < 28 hafta | |
| **Davranışsal durum** | Aktif/uyanık, gözler açık, yüz hareketleri var | Sakin/uyanık, gözler açık, yüz hareketleri var | Aktif/uyuyor, gözler kapalı, yüz hareketleri var | Sakin/uyuyor, gözler kapalı, yüz hareketleri yok | |
| **Maksimum kalp atım hızı** | Dakikada 0-4 atım artış | Dakikada 5-14 atım artış | Dakikada 15-24 atım artış | Dakikadaki atım 25 ve üzeri | |
| **Minimum oksijen saturasyonu** | %2.4 azalma | %2.5-%4.9 azalma | %5-%7.4 azalma | %7.5 ve daha fazla azalma | |
| **Alnını kırıştırma** | Yok (Zamanın %9 > ='i) | En az (Zamanın %10'u) | Orta (Zamanın %40'ı) | En çok (Zamanın %70 <='i) | |
| **Gözlerini kısma** | Yok (Zamanın %9 > ='i) | En az (Zamanın %10'u) | Orta (Zamanın %40'ı) | En çok (Zamanın %70 <='i) | |
| **Burun kanatlarında genişleme** | Yok (Zamanın %9 > ='i) | En az (Zamanın %10'u) | Orta (Zamanın %40'ı) | En çok (Zamanın %70 <='i) | |
| | | | | **Toplam Skor** | |

**NIPS Ağrı Ölçeği** (Yenidoğan)

| **Kategoriler** | **0** | **1** | **2** |
|---|---|---|---|
| *Yüz İfadesi* | Sakin Yüz, Doğal İfade | Gergin Yüz kasları, Kırışık alın ve çene | |
| *Ağlama* | Sessiz, Ağlamıyor | Hafif inilti, aralıklı ağlama | Çığlık, feryat, yüksek sesli sürekli ağlama |
| *Solunum Şekli* | Her zamanki alışılmış solunumu | Değişken, düzensiz, her zamankinden hızlı solunum, iç çekme | |
| *Kollar* | Kas rijiditesi yok, sıklıkla gelişigüzel kol hareketleri | Gergin, düz kollar, sert ve / veya hızlı Ekstansiyon/ Fleksiyon | |
| *Bacaklar* | Kas rijiditesi yok, sıklıkla gelişigüzel kol hareketleri | Gergin, düz bacaklar, sert ve / veya hızlı Ekstansiyon/ Fleksiyon | |
| *Uyanıklık Hali* | Sessiz, huzurlu, uyuyor ve/veya sakin | Canlı, huzursuz ve sakinleştirilemeyen | |

**Görsel Ağrı Skalası** (2 ay-6 yaş)




**VAS** (7 yaş ve üzeri)




**Davranışsal Ağrı Skalası**

| DAVRANIŞSAL AĞRI SKALASI | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **0** | **1** | **2** | **Skor** |
| **Yüz ifadesi** | Gevşek, rahat yüz ifadesi | Gergin yüz ifadesi, buruşuk alın ve yüz | Sıklıkla kaş çatma, çene sıkma ve çenede titreme | |
| **Ağlama** | Sessiz, ağlamıyor | Uysal inleme, aralıklı ağlama ve şikayetçi olma | (entübe değilse) Devam eden gürültülü bağırma, çığlık | |
| | Uyuyor ya da uyanık | | (entübe ise) Yüz hareketlerinden anlaşılan sessiz ağlama | |
| **Nefes alma** | Rahat, güçlük yok | Solunum sesinde artma, solunumda güçlük, gergin görüntü | Nefes alıp vermede zorlanma, soluk soluğa kalma, solunum sayısında artma | |
| **Aktivite** | Rahat, kolayca hareket edebilir | Kıvranma, öne-arkaya hareket etme, gergin olma | Fleksiyon veya çekme, tekmeleme, bacakları yukarı kaldırma, ağrıdan kurtulmaya çalışma | |
| **Teselli** | Rahat | Bazen dokunma ve konuşma ile güven verilebilir | Rahatlatılması ve tesellisi zor | |
| | | | **Toplam Skor** | |

(İletişin kuramayan hastalar içindir)

**FİZİKSEL DEĞERLENDİRME**
**BELİRTİ VE BULGULAR**

**GENEL GÖRÜNÜM**

☐Normal ☐Koopere ☐Halsiz ☐Laterjik ☐Ajite ☐Hipotonik ☐Mental retarde ☐Obez ☐Zayıf ☐Kaşektik ☐Huzursuz
Vücut postürü: ☐Opustotonus ☐Ortopne ☐Bacaklar karına çekili

**DERİ MUAYENESİ**

**Deri:** ☐Normal ☐Kuru ☐Pembe ☐Koyu kırmızı ☐Soluk ☐Siyanotik ☐Sarılık (Fizyolojik/Patolojik) ☐Soğuk ☐Sıcak ☐Nemli/Terli ☐Peteşi ☐Purpura ☐Ekimoz ☐Hematom ☐Kaşıntı ☐Lezyon ☐Pişik ☐Mekonyumla boyalı ☐Lanugo tüyleri ☐Verniks kazeosa ☐Diğer……..
(*5 yaş üzeri hastalar için kullanılabilir)

***BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16'dan az olması basınç ülseri riskini gösterir)**

| Duyu / algı | Nem | Aktivite | Hareketlilik | Beslenme | Sürtünme | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tamamen sınırlı **1** | Sürekli nemli **1** | Yatağa Bağımlı **1** | İmmobil **1** | Çok kötü **1** | Problem **1** | |
| Çok sınırlı **2** | Çok nemli **2** | Sandalye **2** | Çok Sınırlı **2** | Yetersiz **2** | Olası problem **2** | |
| Hafif Sınırlı **3** | 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** | |

☐ Bası yarası Varsa Yeri:…… Evresi: ☐Evre I ☐Evre II ☐Evre III ☐Evre IV
☐Şüpheli Derin Doku Hasarı ☐Evrelendirilemeyen Bası Yarası

**Deri Turgoru:** ☐Normal ☐Azalmış ☐Artmış

**IV Yol** : ☐Periferal ☐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 MUAYENE**

**Saç/saçlı deri:** ☐Temiz ☐Yağlı ☐Kuru ☐Kepeklenme ☐Dökülme ☐Kitle ☐Skar ☐Şekil bozukluğu ☐İnce ☐Seyrek ☐Alopesi

Fontaneller ☐Normal ☐Bombe ☐Çökük

Ön fontanel ☐Açık ☐Kapalı (…/…cm) Arka fontanel ☐Açık ☐Kapalı (…/…cm)

**Gözler:** ☐Normal ☐Gözlük ☐Kızarıklık ☐Yanma ☐Kaşıntı ☐Akıntı ☐Ödem ☐ Şaşılık

Diğer:……

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

**Burun/Koku alma**: ☐Normal ☐Deliklerde darlık (sağ/sol) ☐Kapalı (sağ/sol) ☐ Epistaksis ☐Azalmış ☐Artmış ☐ Basık burun kökü ☐Milia ☐Burun kanadı solunumu ☐Defekt ☐Sinüslerde hassasiyet ☐Akıntı ☐Tıkanıklık ☐Epistaksis

**Ağız-boğaz:** ☐Normal ☐Yarık damak ☐Yarık Dudak ☐Natal diş ☐Pamukçuk ☐Kötü ağız hijyeni ☐Boğaz ağrısı ☐Ağız kokusu ☐Dil kökü yapışık Diş sayısı: …… Diş Çürüğü: ……

**Ağız Değerlendirme Rehberi**

| | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| **Ses** | Normal | Normalden daha boğuk veya çatlak | Konuşma sırasında zorlanıyor |
| **Yutkunma** | Normal | Yutkunma sırasında hafif ağrı | Yutkunamıyor |
| **Dudaklar** | Pürüzsüz, pembe ve nemli | Kuru veya çatlamış | Dudaklarda yara veya kanama var |
| **Dil** | Pembe ve nemli, Papila mevcut | Kuru veya kızarık olmadan dilin üstü kirli sarı bir tabakayla kaplanmış | Çatlamış |
| **Tükürük** | Sulu | Koyu veya yapışkan | Yok |
| **Oral Mukoza** | Pembe ve nemli | Kırmızı veya beyaz bir tabak ile kaplanmış, ağız yarası yok | Ağız yarası var±kanama |
| **Diş etleri** | Pembe ve nemli | Ödemli±kızarıklık | Kanama var (spontan ya da basınç uygulaması ile) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Dişler/Protez** | Temiz, ölü doku yok | - | Diş ve diş eti arasındaki sınırda veya protezin yerleştiği alanda plak ya da ölü doku mevcut |
| | **Toplam Oral Mukoza Puanı (OMP) 8-14 ise**; Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski<br>**Toplam Oral Mukoza Puanı (OMP) 14-24 ise;** Oral Mukoz Membranda Bozulma | | | **Toplam Puan:** |

**Tat alma duyusu:** ☐Normal ☐Bozulmuş Açıklayınız……

**Lenfadenopati:** ☐Yok ☐Var **Yeri;** ☐Preoriküler ☐Suboksipital ☐Posterior servikal ☐Tonsiller ☐Submandibular ☐Aksiller ☐ Servikal ☐İnguinal

**KARDİYO-VASKÜLER MUAYENE**

**Apeks vuruşu (elle):** ☐ Hissediliyor ☐ Hissedilmiyor

**Aort ve pulmoner odaklarda pulsasyon:** ☐Var ☐Yok

**Kalp seslerini dinleme:** ☐Aort ☐Pulmoner ☐Triküspit ☐Mitral

**Kalp seslerinde patolojik bulgu varsa açıklayınız…….**

**Normal kalp sesleri:** ☐S1 ☐S2

**Anormal Kalp sesleri:** ☐S3 ☐S4

**Nabız:** ☐ Normal ☐Taşikardi ☐Bradikardi ☐Palpitasyon ☐Filiform

**Apikal Ritm:** ☐Düzenli ☐Düzensiz **Kapiller Dolum:** …… saniye ☐ 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 (Human's Bulgusu):** ☐Var ☐Yok **Varis:** ☐Var ☐Yok

**SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ**

**Göğüs kafesi şekli:** ☐Normal ☐Anormal Açıklayınız……

**Göğüs kafesi:** ☐Solunuma eşit-simetrik katılıyor ☐ Eşit-simetrik katılmıyor

**Solunum Tipi:** ☐Yüzeyel ☐Derin ☐Abdominal ☐Torasik

**Solunum Niteliği:** ☐Düzenli ☐Düzensiz ☐Dispne ☐Paroksismal Noktürnal Dispne ☐Ortopne ☐Siyanoz ☐Hipoventilasyon ☐Hiperventilasyon ☐Öksürük ☐Balgam ☐Hemoptizi ☐Retraksiyon ☐Burun kanadı solunumu

**Solunum Sesleri:** ☐Normal ☐Wheezing ☐Raller ☐Stridor ☐Ronküs ☐Stertor

**Solunum Örüntüsü:** ☐Apne ☐Taşipne ☐Bradipne ☐Cheynes-Stokes solunum ☐Kussmaul solunum

**Solunumla Ağrı:** ☐Var ☐Yok

**ABDOMİNAL MUAYENE**

**Abdomen:** ☐Yumuşak ☐Gergin ☐Sert ☐Hassas ☐Distansiyon ☐Skar ☐Kitle ☐Döküntü ☐Renk değişikliği ☐Hepatomegali ☐Asit Bel çevresi: …….cm Kalça çevresi: …….cm

**Barsak sesleri:** ☐Normoaktif ☐Hiperaktif ☐Hipoaktif Sayısı…….

**Rebound hassasiyeti:** ☐Var ☐Yok

**NÖROLOJİK MUAYENE**

**Işık refleksi (IR): Sağ**: + / - **Sol:** + / - **Pupil büyüklüğü:** ☐ İzokorik ☐Anizokorik

Ekstra oküler hareketler: …….. Görme alanı testi:…….

**Duyu kontrolü:** ☐Normal ☐His kaybı ☐Uyuşma/karıncalanma ☐Sıcak/Soğuk İntoleransı

| | |
|---|---|

**GLASGOW KOMA SKALASI (Pediatrik)**

| Kategori | Puan | Bebek ve Küçük Çocuklar | Büyük Çocuklar |
|---|---|---|---|
| Göz Açıklığı | 4<br>3<br>2<br>1 | Spontan<br>Yüksek sese<br>Ağrıya<br>Tepki yok | Spontan<br>Sözlü uyaranlara<br>Ağrıya<br>Tepki yok |
| Sözel Yanıt | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 | Gülümseme, ağlama<br>İrritabilite<br>Uygunsuz ağlama<br>İnleme<br>Tepki yok | Oryante<br>Konfüze<br>Anlamı olmayan kelimeler<br>Anlaşılmaz sesler<br>Tepki yok |
| Motor Yanıt | 6<br>5<br>4<br>3<br>2<br>1 | Spontan haraketler<br>Dokunmada geri çekilme<br>Ağrıda geri çekilme<br>Anormal fleksiyon(dekortike)<br>Anormal extansiyon (deserebre)<br>Tepki yok | Yanıt verir<br>Ağrıyı lokalize etme<br>Ağrıdan kaçınma<br>Ağrıda fleksiyon (dekortike)<br>Ağrıda ekstansiyon (deserebre)<br>Tepki yok |

**Puan Değerlendirme:**
**14-15:** Çok İyi **12-13:** İyi **11-9:** Kötü **8 ve Altı:** Çok Kötü

**Periferik nöropati:** ☐Var ☐Yok (ayak ve ellerden değerlendirilecek)

**Motor sistem muayenesi: Eli kavrama(Sağ/Sol):** ☐Eşit ☐Eşit değil ☐Güçlü ☐Güçsüz

**Bacak kasları kullanımı (Sağ/Sol):** ☐Eşit ☐Eşit değil ☐Güçlü ☐Güçsüz ☐Paralizi ☐Paraestezi ☐Hemipleji ☐Parapleji ☐Quatripleji

**Denge ve koordinasyon:** ☐Var ☐Yok

**REFLEKSLER**

**Arama Refleksi:** ☐Var ☐Yok **Emme Refleksi:** ☐Var ☐Yok

**Yakalama Refleksi:** ☐Var ☐Yok **Adımlama (Stepping) Refleksi:** ☐Var ☐Yok

**Moro Refleksi:** ☐Var ☐Yok **Tonik Boyun Refleksi:** ☐Var ☐Yok

**Glabella Refleksi:** ☐Var ☐Yok **Galant Refleksi:** ☐Var ☐Yok

**Babinski Refleksi:** ☐Var ☐Yok

**KAS İSKELET SİSTEMİ MUAYENESİ**

**Genel Görünüş:** ☐Normal ☐Kifoz ☐Skolyoz ☐Lordoz ☐Spinal Deformite ☐Tremor ☐Yürüyüş bozulmuş ☐Postür bozulmuş ☐Amputasyon

**Eklemler:** ☐Normal ☐Kızarıklık ☐Eklemde şişlik ☐Hareket kısıtlılığı ☐Kontraktür ☐Deformite

**Kuvvet: Üst ekstremite**: ROM: ☐Tam ☐Sınırlı **Alt ekstremite**: ROM: ☐Tam ☐Sınırlı

**Yardımcı Araç Kullanımı:** ☐Yok ☐Var Açıklayınız …….

**Ekstemitelerde;**

**Kas tonüsü:** ☐İyi ☐Kötü **Parmak anomalileri:** ☐Sindaktili ☐Polidaktili ☐Adaktili ☐Simian çizgisi ☐Çomak parmak

**GASTROİNTESTİNAL SİSTEM MUAYENESİ**

☐Normal ☐Mekonyum ☐Kusma ☐Distansiyon ☐Konstipasyon ☐Diyare ☐Geçiş kakası ☐Melena ☐Karında sertlik ☐İştahsızlık ☐Yutma güçlüğü ☐Oral alamama ☐Anomali ☐Diğer……

| | |
|---|---|
| **GENİTO-ÜRİNER SİSTEM** | ☐Normal ☐Ödem ☐Akıntı ☐Koku ☐Kanama ☐Anomali ☐Menstruasyon ☐Fimozis ☐Hipospadias ☐Epispadias ☐Hidrosel ☐Kriptorşitizm ☐Sünnet<br>**İdrar çıkışı:** ☐Normal ☐Azalmış ☐Artmış |

## GELİŞİMSEL DEĞERLENDİRME FORMU

| |
|---|
| **Psiko-Motor gelişme (Yaşa uygun):** |
| **Psiko-Sosyal gelişme (Yaşa uygun):** |
| **Bilişsel Gelişme (Yaşa uygun):** |

**Psiko-Seksüel gelişme (Yaşa uygun):**

## ÇOCUK HASTALARDA BRADEN Q BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

(28 gün-5 yaş arası çocuk grubu içindir)

| **Basıncın Yoğunluk ve Süresi** | | | | | **Puan** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Hareketlilik** Vücut pozisyonunu değiştirebilme ve kontrol edebilme | **1.Tamamen Hareketsiz:** Yardımsız, vücut ya da ekstremite pozisyonunda hafif değişiklikler bile yapamaz. | **2. Oldukça Sınırlı:** Vücut ya da ekstremite pozisyonunda ara sıra hafif değişiklikler yapabilir, ancak bağımsız olarak kendi başına tam dönemez. | **3. Hafif Sınırlı:** Bağımsız olarak vücut ya da ekstremite poziyonunda sık, ancak hafif değişiklikler yapabilir. | **4.Sınırlılık Yok:** Yardımsız sık ve majör pozisyon değişiklikleri yapar. | |
| **Aktivite**<br><br>Fiziksel aktivite seviyesi | **1.Yatağa Bağımlı:** Yatağa bağımlıdır. | **2.Sandalyeye Bağımlı:** Yürüme becerisi çok sınırlıdır ya da hiç yoktur. Kendi ağırlığını taşıyamaz ve/veya sandalyede ya da tekerlekli sandalyede desteklenmelidir. | **3.Ara Sıra Yürüyor:** Gün boyunca yardımsız ya da yardımla ara sıra, ancak çok kısa mesafeli yürür. Her şifte zamanın çoğunu sandalyede ya da yatakta geçirir. | **4.Sık Sık Yürüyor ya da Yürüme İçin Çocuk Çok Küçük:** Oda dışında günde en az iki kere yürür ve oda içinde, uyanık olduğu saatlerde en az her iki saatte bir yürür. | |
| **Duyusal Algılama** Basınçla ilişkili bir uyarana gelişimsel olarak uygun bir şekilde yanıt verebilme | **1.Tamamen Sınırlı:** Bilinç düzeyinde azalma ya da sedasyon nedeniyle ağrılı uyaranlara tepkisi yoktur (inleme, kaçınma, kavrama yok) ya da vücudunun büyük bir kısmında ağrıyı hissetme becerisi sınırlıdır. | **2.Oldukça Sınırlı:** Yalnızca ağrılı uyaranlara tepki verir. İnleme ya da huzursuzluk dışında rahatsızlığını ifade edemez ya da vücudunun yarısından fazlasında ağrıyı ya da rahatsızlığı hissetmesini sınırlayan duyusal algılama bozukluğu vardır. | **3.Hafif Sınırlı:** Sözel uyaranlara tepki verir, ancak rahatsızlığını ya da pozisyon verilmesi gerektiğini her zaman ifade edemez ya da bir ya da iki ekstremitesinde ağrı ya da rahatsızlığı hissetme becerisini sınırlayan bazı duyusal algılama bozukluğu vardır. | **4.Bozulma Yok:** Sözel uyaranlara tepki verir. Ağrı ya da rahatsızlığı hissetmesini ya da ifade etmesini engelleyen herhangi bir duyusal yetersizliği yoktur. | |

| **Destekleyici Yüzey ve Derinin Toleransı** | | | | | **Puan** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nem**<br><br>Cildin neme maruz kalma düzeyi | **1.Sürekli Nemli:** Deri ter, idrar, drenaj vb. nedenlerle hemen her zaman nemlidir. Hasta her hareket ettirildiğinde ya da çevrildiğinde ıslaklık fark edilir. | **2.Sıklıkla Nemli:** Deri sıklıkla nemlidir, ancak sürekli nemli değildir. Yatak çarşaflarının en az 8 saatte bir kez değiştirilmesi gereklidir. | **3.Ara Sıra Nemli:** Deri ara sıra nemlidir ve yatak çarşaflarının 12 saatte bir değiştirilmesi gerekir. | **4.Nadiren Nemli:** Deri genellikle kurudur; çocuğun alt bezleri rutin olacak şekilde, yatak çarşaflarının ise 24 saatte bir değiştirilmesi gerekir. | |
| **Sürtünme - Yırtılma**<br>Sürtünme: Cilt destek yüzeyine karşı hareket ettiğinde oluşur. Yırtılma: Cilt ve yakın kemik yüzeyler birbirine zıt yönde hareket ettiğinde oluşur. | **1.Önemli Sorun:** Spasite, kontraktür, kaşıntı ya da ajitasyon neredeyse sürekli sürtünme ve darbe almaya yol açar. | **2.Sorun:** Hareket ederken hafiften maksimuma kadar yardıma gereksinim duyar. Çarşaf üzerinde kaydırmadan tam olarak kaldırılması olanaksızdır. Yatak ya da sandalyede sık sık aşağı doğru kayar ve maksimum düzeyde yardımla pozisyon değişikliğine gereksinim duyar. | **3.Potansiyel Problem:** Bağımsız hareket eder ya da minimum yardıma gereksinimi vardır. Hareket sırasında deri, büyük olasılıkla çarşaf, sandalye ve diğer araçlarla üzerinde bir miktar zıt yöne kayabilir. Sandalye ya da yatakta nispeten iyi bir pozisyonda kalabilir ancak bazen aşağı doğru kayar. | **4.Görünen Problem Yok:** Pozisyon değişimi sırasında hasta tamamen kaldırılabilecek durumdadır. Yatakta ve sandalyede bağımsız hareket eder ve hareket sırasında tamamen kalkmak için yeterli kas gücü vardır. Yatakta ya da sandalyede uygun pozisyonu sürdürür. | |
| **Beslenme**<br><br>Genel Besin Alım Örüntüsü | **1.Çok Kötü:** 5 günden daha uzun süredir oral alamaz ya da berrak sıvılar alır ya da intravenöz (IV) sıvı alır veya albümin <2.5 mg/dl'dir veya öğünlerinin tamamını hiçbir zaman bitirmez. Verilen öğünün çok nadir yarısından fazlasını tüketir. Günde 2 porsiyon ya da daha az protein tüketir. Sıvı alımı kötüdür. Destekleyici sıvı alamaz. | **2.Yetersiz:** Yaşa göre yetersiz kalori ve mineral sağlayan tüple veya TPN ile beslenir ya da albumin <3 mg/dl.'den az ya da öğünlerinin tamamını nadiren bitirir, genellikle verilen besinlerin yaklaşık yarısını yer. Protein olarak günde 3 porsiyon et ve süt ürünleri tüketir. Bazen destekleyici diyet ürünü alır. | **3.Yeterince:** Yaşa göre yeterli kalori ve mineral sağlayan tüple veya TPN ile beslenir ya da öğünlerin çoğunda besinlerin yarısından fazlasını yer. Günde 4 porsiyon protein (et, süt ürünleri) tüketir. Bazen yemeyi reddeder fakat önerilirse genellikle gıda desteği alır. | **4.Mükemmel:** Yaşa göre yeterli kaloriyi sağlayan normal diyet ile beslenir. Örneğin her öğününün çoğunu yer. Asla öğün reddetmez. Genel olarak günde 4 porsiyon ya da daha fazla et ve süt ürünleri tüketir. Bazen öğün aralarında yer. Gıda desteğine ihtiyaç duymaz. | |
| **Doku Perfüzyonu ve Oksijenasyon** | **1.Çok Yetersiz:** Hipotansiftir (MAP<50 mm/hg.; yenidoğanda <40 mm/hg.) ya da hasta fizyolojik olarak pozisyon değişimini tolere edemez. | **2.Yetersiz:** Normotensif oksijen saturasyonu <%95'den, hemoglobin <10 mg/dl'den, kapiller geri dolum süresi >2 saniyeden fazla olabilir, serum pH <7.40'dır. | **3.Yeterli:** Normotensif oksijen saturasyonu <%95'den, hemoglobin <10 mg/dl"den olabilir, kapiller geri dolum süresi 2 saniyeden fazla olabilir, serum pH"sı normaldir. | **4.Mükemmel:** Normotensif oksijen saturasyonu >%95, hemoglobin düzeyi normaldir, kapiller geri dolum süresi <2 saniyedir. | |
| **(16-23 orta derecede risk),(13-15 ciddi risk), (10-12 yüksek risk), (9 ve altı çok yüksek risk)**<br>**Total Puan** | | | | | |

**Kaynak:** Bora Güneş, N., Törüner, E. (2014). Çocuk Hastalarda Braden Q Basınç Ülseri Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17*:1; 6-14.

**YAŞAMSAL BULGULARI TAKİP FORMU**

| Tarih | Saat | Vücut Sıcaklığı | Nabız | Solunum | Kan Basıncı | Ağrı | SpO2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**İLAÇ VE İNTRAVENÖZ SIVI TEDAVİSİ FORMU**

| İlacın Adı | İlacın Grubu | İlacın Dozu | İlacın Veriliş Sıklığı | IV Hızı-Saati | Etken Maddesi / İstenen Etki | Olası Yan Etkisi | İlacın Kullanılma Nedeni |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Not: Eğer kullanılan ilaçlar beşten az ise hepsini, fazla ise sadece ciddi yan etkileri ya da önemi nedeniyle hemşirelik tanılarında yer vereceğiniz ilaçlar ile ilgili bilgileri yazınız

**SIVI İZLEM FORMU**

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

| Tarih /Saat | Sıvının Cinsi | Dakikadaki damla sayısı | Mayi Seviyesi | Hastaya Giden Miktar | Açıklamalar |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU**

| **TEST** | **REFERANS ARALIĞI*** | **Hastanın Bulguları** | 1. Bu test bu hasta için neden istenmiş açıklayın<br>2. Anormal bulguların hastanın durumuyla ilişkisi |
|---|---|---|---|
| **HEMOGRAM** | | | |
| Eritrosit (RBC) | | | |
| Hemoglobin(HGB) | | | |
| Hemotokrit(HTC) | | | |
| Trombosit | | | |
| Lökosit(WBC) | | | |
| MO# | | | |
| LY# | | | |
| GR# | | | |
| MO# | | | |
| LY# | | | |
| GR# | | | |
| MCV | | | |
| MCH | | | |
| MCHC | | | |
| RDW | | | |
| PLT | | | |
| MPV | | | |
| PDW | | | |
| PCT | | | |
| **BİYOKİMYA** | | | |
| Na+<br>K+<br>Ca | | | |
| **KAN ŞEKERİ**<br>KŞ Açlık :<br>HbA1C: | | | |
| BUN<br>Kreatin<br>Ürik asit | | | |
| Total Kolesterol<br>HDL<br>LDL<br>Trigliserid | | | |
| CPK: | | | |
| CPK MB: | | | |
| LDH | | | |
| ALT<br>AST | | | |
| Total protein | | | |
| Albumin | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total bilirubin<br>Direkt bilirubin | | | |
| PT<br>INR | | | |
| **ARTERIYEL KAN GAZLARI**<br>PH<br>$PaO_2$<br>$PaCO_2$<br>$SpO_2$<br>$HCO_3$ | | | |
| **İDRAR**<br>Dansite<br>pH<br>Lökosit<br>Eritrosit<br>Kültür/Antibiyogram | | | |
| **DİĞER** | | | |

**TANI VE TETKİK İŞLEMLERİ FORMU**

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

**Tomografi:**……

**MR:**……...……

**USG:**……..……

**Doppler**:…….

**EKG:**……

**Angiografi:**……..……

**Biyopsi:**:……

**Diğer:**:……

**Tanı ve tetkik işlemleri için eğitim**

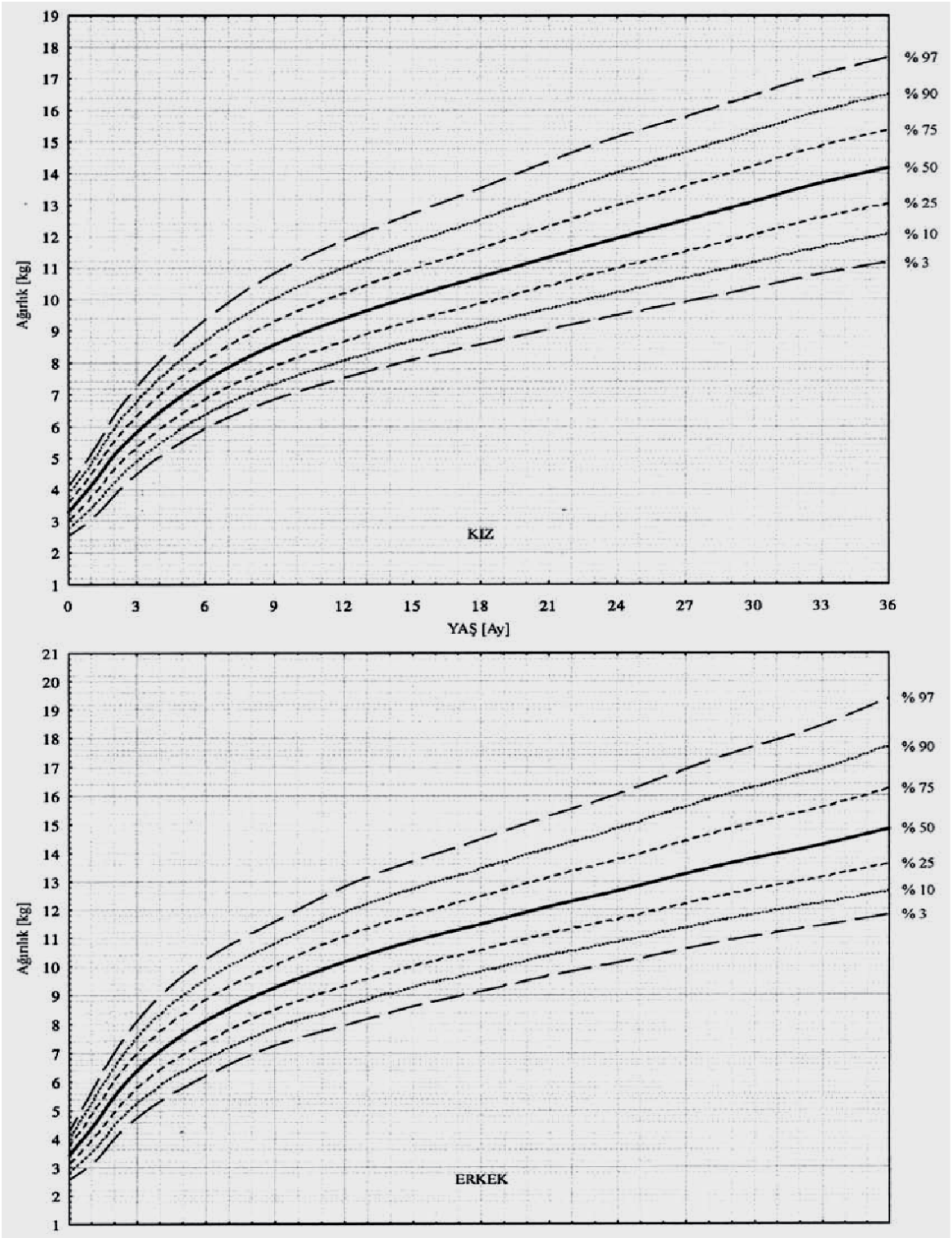
**BAKIM PLANI FORMU**

Hastanın Adı Soyadı .....  Öğrenci Hemşirenin Adı-Soyadı .....

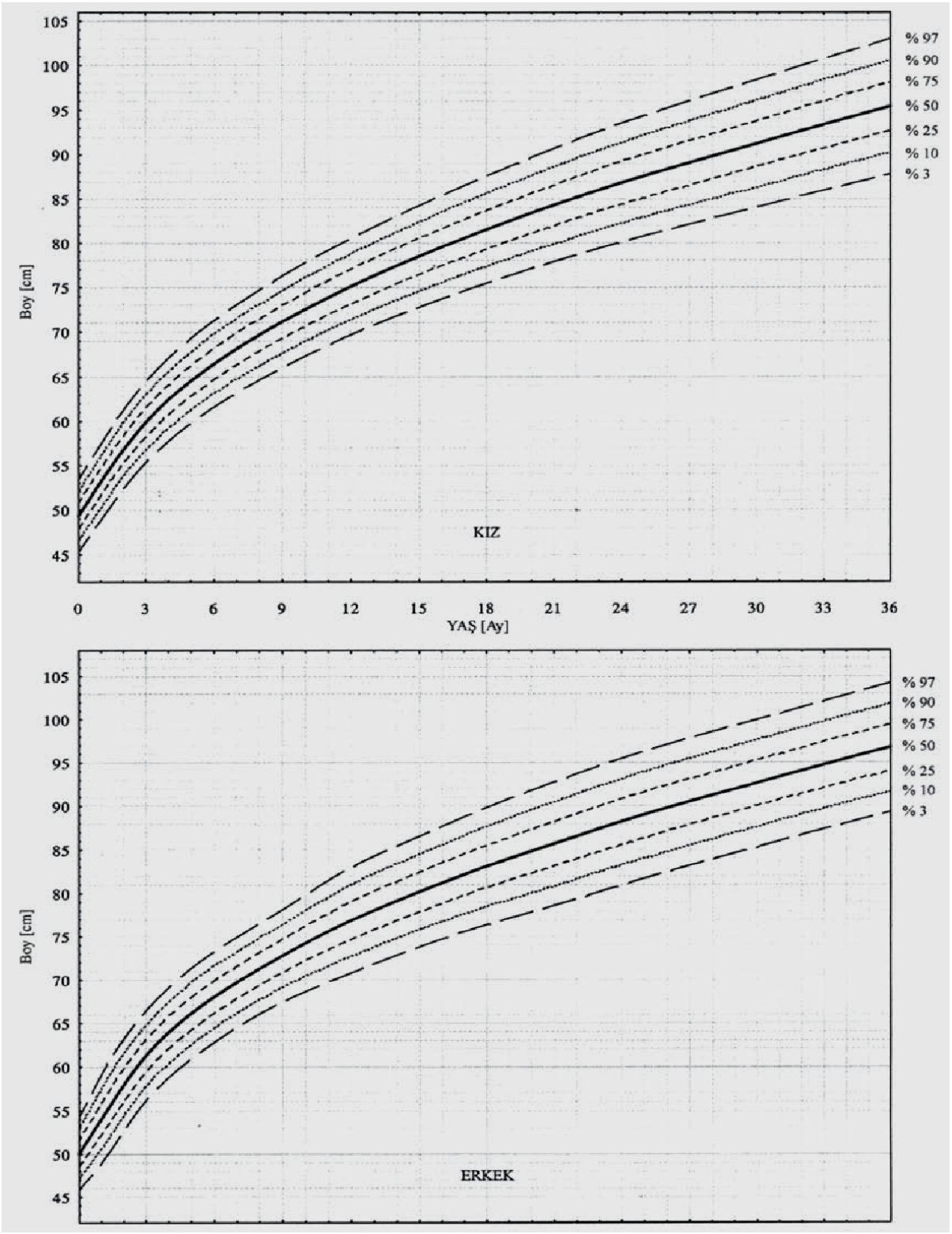
| Tarih | HEMŞİRELİK TANISI | | | PLANLAMA | | UYGULAMA | | DEĞERLENDİRME |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Etiyolojik Faktörler | Kanıtlanmış Tanımlayıcı Kriterler | Hemşirelik Tanıları (G/P/O) Kollobratif Problemler (PK) | Beklenen Hasta Sonuçları | Müdahaleler/Girişimler | Evet | Hayır | |
| | | | | | | | | |

**Her tanı için bu form doldurulmalıdır. Her tanı için tüm uygulamalar yazılmalıdır. Yapılan uygulamaların yanına + işareti konulmalıdır. Değerlendirme günlük yapılmalıdır.**

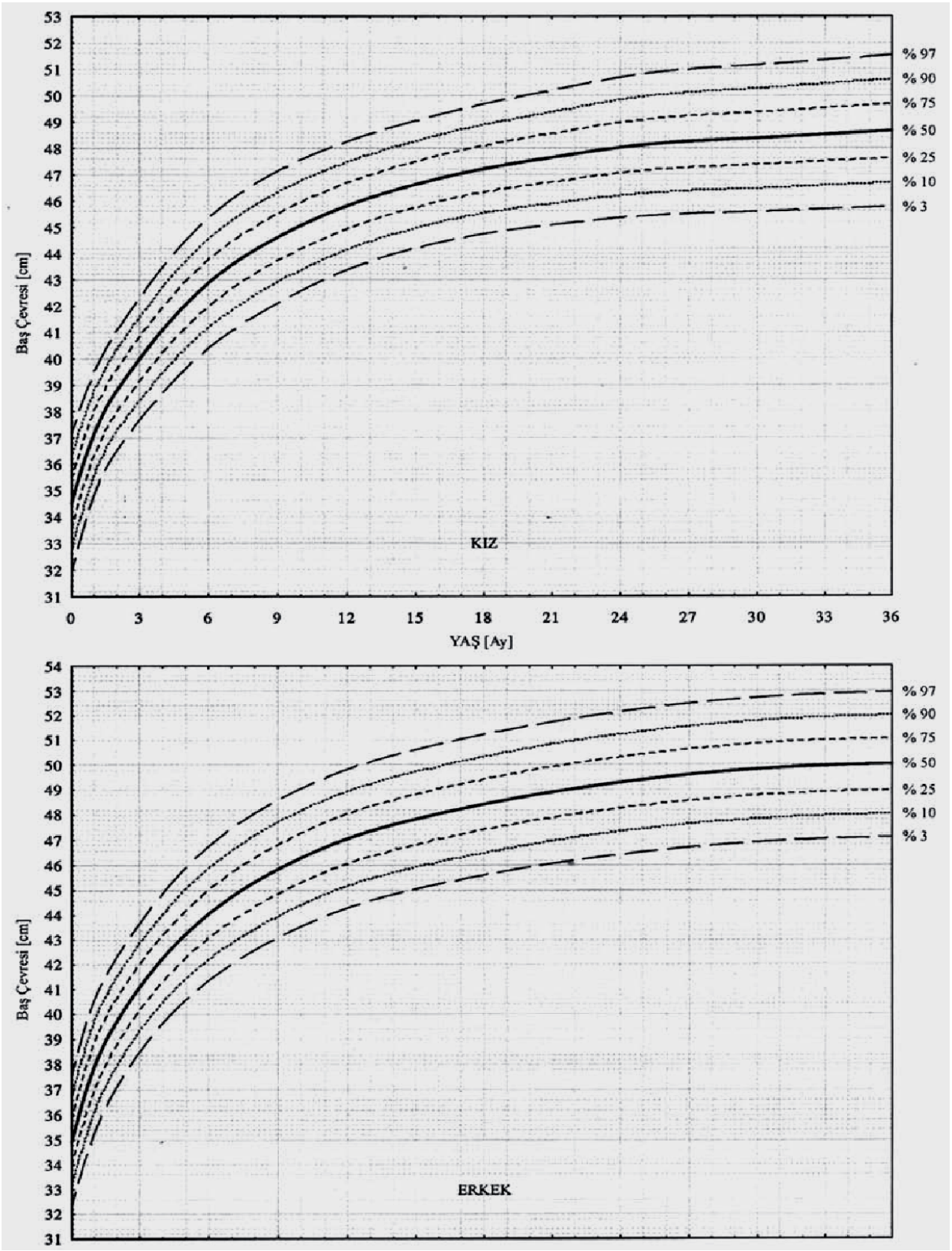
## EK. PERSANTİL EĞRİLERİ



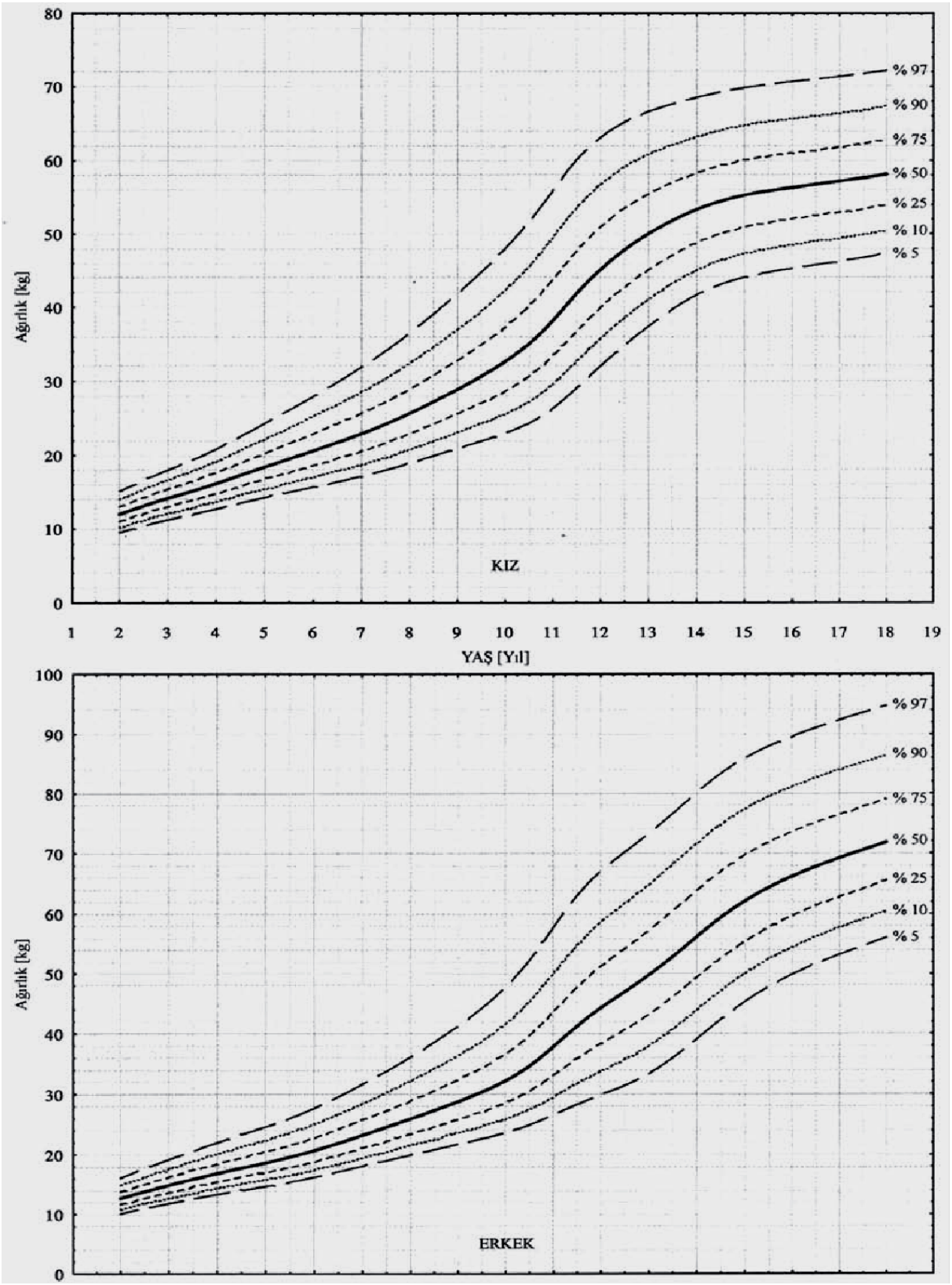

**Şekil 1:** 0-3 yaş erkek ve kız çocuklarında vücut ağırlığı persantil eğrileri (Neyzi ve ark, 2008).



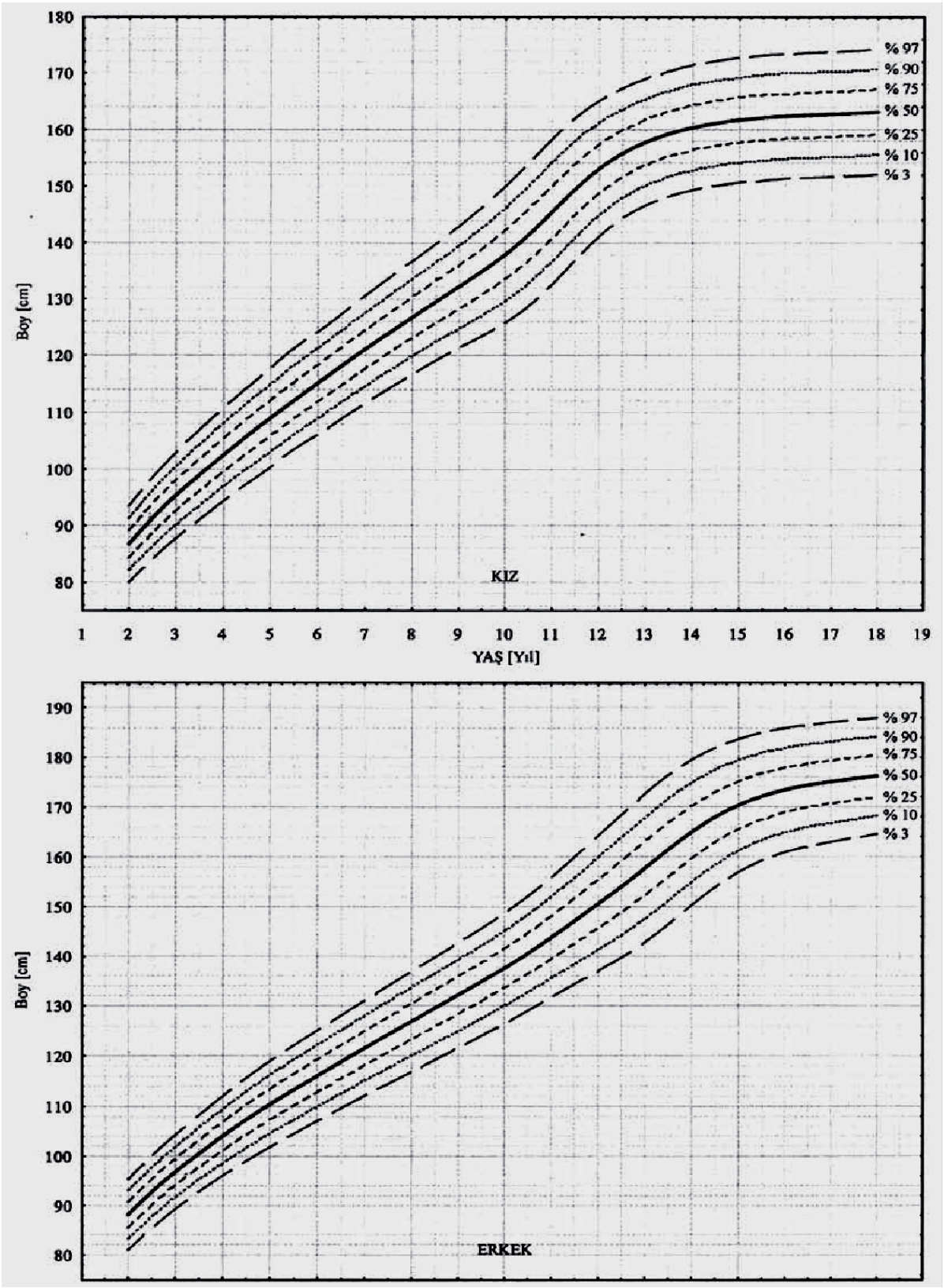

**Şekil 2:** 0-3 yaş erkek ve kız çocuklarında boy uzunluğu persantil eğrileri (Neyzi ve ark, 2008).




**Şekil 3:** 0-3 yaş erkek ve kız çocuklarında baş çevresi persantil eğrileri (Neyzi ve ark, 2008).




**Şekil 4**: 2-18 yaş erkek ve kız çocuklarında vücut ağırlığı persantil eğrileri (Neyzi ve ark, 2008).




**Şekil 5:** 2-18 yaş erkek ve kız öğrencilerde boy uzunluğu persantil eğrileri (Neyzi ve ark, 2008).

## HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

**Değerlendirme Gerekçesi/Numarası**

1 İlk Değerlendirme | 2 Post-op Dönem | 3 Hasta Düşmesi | 4 Bölüm Değişikliği | 5 Durum Değişikliği

| Risk Faktörleri | Değerlendirme | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Değerlendirme Numarası | | | | |
| | … | … | … | … | … |
| | Tarih: | Tarih: | Tarih: | Tarih: | Tarih: |
| | …./…/…. | …./…/…. | …./…/…. | …./…/…. | …./…/…. |
| 1. Nörolojik hastalığı/ semptomu var. | **5** | **5** | **5** | **5** | **5** |
| 2. Oksijenlenme değişikliği var. | **5** | **5** | **5** | **5** | **5** |
| 3. Düşme riski açısından özellikli hastalığı/semptomu var. | **15** | **15** | **15** | **15** | **15** |
| 4. Hasta uygun yatakta yatırılmıyor. | **5** | **5** | **5** | **5** | **5** |
| 5. Görme engeli var. | **5** | **5** | **5** | **5** | **5** |
| 6. Hastaya bağlı 3 ve üstünde bakım ekipmanı var. | **5** | **5** | **5** | **5** | **5** |
| 7. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var. | **5** | **5** | **5** | **5** | **5** |
| 8. Hasta post-op ilk 48 saatlik dönemde. | **5** | **5** | **5** | **5** | **5** |
| 9. Riskli ilaç kullanımı var. | **5** | **5** | **5** | **5** | **5** |
| **TOPLAM PUAN** | | | | | |

☐ **Yüksek Risk: Toplam puanı 15 ve üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilmeli ve bu hastalarda Düşme riski sembolü kullanılmalıdır.**

| HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ<br>Bilgilendirme Tablosu | |
|---|---|
| **Nörolojik Hastalıklar/Semptomlar** | • Epilepsi<br>• Mental Retardasyon<br>• Konvülsiyon<br>• Denge bozukluğu<br>• Kooperasyon bozukluğu vb. |
| **Oksijenlenme Değişiklikleri** | • Solunum Hastalıkları<br>• Dehidratasyon<br>• Anemi<br>• Anoreksi<br>• Senkop<br>• Baş Dönmesi<br>• Asidoz<br>• Ödem<br>• Hipotansiyon vb. |
| **Özellikli Hastalıklar/Semptomlar** | • Cam Kemik Hastalığı<br>• Hemofili<br>• Trombositopeni<br>• İdiopatik Trombositopenik Purpura |
| Hastane yönetimi tarafından hastanın yaşına, genel durumuna, boy-kilo vb. özelliklerine göre uygun yatak tanımlaması yapılmalıdır. | |
| **Hasta Bakım Ekipmanları** | • IV İnfüzyon<br>• Solunum Cihazı<br>• Kalıcı Kateter<br>• Dren<br>• Perfüzatör<br>• Pacemaker vb. |
| Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyaç durumu yürüme kabiliyetini edinmiş hastalarda değerlendirilir. | |
| **Riskli İlaçlar** | • Hipnotikler<br>• Barbitüratlar<br>• Nöroleptikler<br>• Antidepresanlar<br>• Laksatifler/Diüretikler<br>• Narkotikler<br>• Kemoterapötikler<br>• Sedatifler<br>• Antihipertansifler<br>• Antidiyabetikler |