

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

UYGULAMA DOSYASI

Ad-Soyad:
Öğrenci No:
Dersin Adı:

Uygulama Tarihleri:/...../20.... -/...../20....

T. C.
İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
..... BÖLÜMÜ
KLİNİK UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı- Soyadı:
Öğrenci No:

	PUAN	DEĞERLENDİRME
A. MESLEKİ GELİŞİM		
Profesyonel görünüm-davranış sergileyebilme	4	
Sorumluluk alabilme	4	
Öğrenme ve araştırmaya istekli olma, klinik uygulamaya teorik hazırlık yaparak gelme	4	
Hastayı uygun teslim alıp-verebilme	2	
Eğitici tarafından verilen geri bildirimleri bakım ve davranışlarına yansıtma	4	
Öğretim elemanı, arkadaşları, hasta-hasta yakınları ve ekip ile mesleki iletişim kurabilme	4	
Öz değerlendirme	2	
B. HASTA BAŞI ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRMESİ		
Hastanın hastalığı ile ilgili kuramsal bilgiye sahip olma	4	
Hastanın tedavisi hakkında kuramsal bilgiye sahip olma	4	
Hastanın semptomlarının etiolojisini açıklayabilme	4	
Bakım girişimlerini evrensel ve standart önlemleri göz önüne alarak uygulayabilme	4	
Hastanın fiziksel muayenesini yapabilme	4	
Hastanın laboratuvar bulgularını yorumlayabilme	4	
Tanı, tedavi, fizik muayene ve laboratuvar bulguları doğrultusunda hastayı bütüncül olarak değerlendirebilme	4	
Hastada meydana gelen önemli değişikliklerin farkına varma, hekim, hemşire ya da öğretim elemanına bildirebilme	4	
İlaç uygulamalarını bilme ve uygun hazırlayabilme	4	
Hastanın kullandığı ilaçları uygulayabilme ve kaydedebilme	4	
Güncel kaynaklardan yararlanılarak hastanın gereksinimlerine uygun eğitim planlama ve uygulama	4	
C. HEMŞİRELİK SÜRECİ		
Veri toplama*	4	
Hemşirelik tanısı**	4	
Beklenen hasta sonucu***	4	
Planlama/Uygulama****	8	
Değerlendirme*****	4	
Vaka-grup tartışmasına katılma	8	
TOPLAM PUAN	100	

* Veri toplama formlarını eksiksiz doldurabilme

** Yeterli sayıda uygun hemşirelik tanısı ve kolobratif tanı koyabilme, tanı etiyojisini belirleyebilme

*** Beklenen hasta sonucunu belirleyebilme

****Belirlediği girişimleri öncelik sırasına göre planlayabilme/ Girişimleri uygulama becerisine sahip olma

*****Beklenen hasta sonucuna uygun değerlendirme ve gerekli değişiklikleri yapabilme

Öğrenci Ad Soyad
İmza

Öğretim Üyesi Ad Soyad
İmza

T. C.
İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
..... BÖLÜMÜ
ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı- Soyadı:

Öğrenci No:

	PUAN	DEĞERLENDİRME
A. MESLEKİ GELİŞİM		
Profesyonel görünüm-davranış sergileyebilme	4	
Sorumluluk alabilme	4	
Öğrenme ve araştırmaya istekli olma, klinik uygulamaya teorik hazırlık yaparak gelme	4	
Hastayı uygun teslim alıp-verebilme	4	
Eğitici tarafından verilen geri bildirimleri bakım ve davranışlarına yansıtma	4	
Öğretim elemanı, arkadaşları, hasta-hasta yakınları ve ekip ile mesleki iletişim kurabilme	4	
B. HASTA BAŞI ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRMESİ		
Hastanın hastalığı ile ilgili kuramsal bilgiye sahip olma	4	
Hastanın tedavisi hakkında kuramsal bilgiye sahip olma	4	
Hastanın semptomlarının etiolojisini açıklayabilme	4	
Bakım girişimlerini evrensel ve standart önlemleri göz önüne alarak uygulayabilme	4	
Hastanın fiziksel muayenesini yapabilme	4	
Hastanın laboratuvar bulgularını yorumlayabilme	4	
Tanı, tedavi, fizik muayene ve laboratuvar bulguları doğrultusunda hastayı bütüncül olarak değerlendirebilme	4	
Hastada meydana gelen önemli değişikliklerin farkına varma, hekim, hemşire ya da öğretim elemanına bildirebilme	4	
İlaç uygulamalarını bilme ve uygun hazırlayabilme	4	
Hastanın kullandığı ilaçları uygulayabilme ve kaydedebilme	4	
Güncel kaynaklardan yararlanılarak hastanın gereksinimlerine uygun eğitim planlama ve uygulama	4	
C. HEMŞİRELİK SÜRECİ		
Veri toplama*	4	
Hemşirelik tanısı**	4	
Beklenen hasta sonucu***	4	
Planlama/Uygulama****	8	
Değerlendirme*****	4	
Vaka-grup tartışmasına katılma	8	
TOPLAM PUAN	100	

* Veri toplama formlarını eksiksiz doldurabilme

** Yeterli sayıda uygun hemşirelik tanısı ve kolobratif tanı koyabilme, tanı etiolojisini belirleyebilme

*** Beklenen hasta sonucunu belirleyebilme

****Belirlediği girişimleri öncelik sırasına göre planlayabilme/ Girişimleri uygulama becerisine sahip olma

*****Beklenen hasta sonucuna uygun değerlendirme ve gerekli değişiklikleri yapabilme

Öğrenci Ad Soyad

İmza

T.C
İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE KADIN SAĞLIĞI TANILAMA FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih:

Uygulama Alanı:

Hasta Adı Soyadı:	Hastaneye Yatış Tarihi:
Yaşı:	Hastaneye Başvurma Nedeni:
Sosyal güvencesi:	Tanı:
	Postpartum/Postoperatifgün

1.SAĞLIĞI ALGILAMA- SAĞLIĞI YÖNETİM BİÇİMİ

Hastaneye başvuru öyküsü:

Geçmiş sağlık öyküsü:

Düzenli kullandığı ilaçlar:

Gebelikte kullandığı ilaçlar:

Postpartum dönemde kullandığı ilaçlar:

Sağlık Davranışları:

Sigara Kullanımı: ☐Hayır ☐Evet.....
Alkol Kullanımı: ☐Hayır ☐Evet.....
Kendi kendine meme muayenesi: ☐Hayır ☐Evet.....☐Uygun değil
Klinik meme muayenesi: ☐Hayır ☐Evet ☐Uygun değil
Mamografi: ☐Hayır ☐Evet ☐Uygun değil
Pap smear testi: ☐Hayır ☐Evet ☐Uygun değil
Jinekolojik muayene: ☐Hayır ☐Evet ☐Uygun değil
Kolestrol Taraması: ☐Hayır ☐Evet ☐Uygun değil
Düzenli kilo takibi: ☐Hayır ☐Evet
Tansiyon kontrolü: ☐Hayır ☐Evet
Kemik dansite ölçümü: ☐Hayır ☐Evet ☐Uygun değil
Diş muayenesi: ☐Hayır ☐Evet
Göz muayenesi: ☐Hayır ☐Evet

Aşılanma Durumu

Hepatit B ☐Yok ☐Var
Tetanoz ☐Yok ☐Var
Grip aşısı ☐Yok ☐Var
Covid-19 aşısı ☐Yok ☐Var

Diğer:

2.BESLENME VE METABOLİK DURUM

Boy: Gebelikten önceki kilo: BKİ: Yorum:
Şu anki kilo:

Beslenme Alışkanlıkları

Öğün sayısı:.....

Sıklıkla tükettiği gıdalar:

Sıvı alımı:

Yiyecek allerjileri ☐Yok ☐Var.....

Çiğneme/yutma problemi ☐Yok ☐Var.....

Takma diş ☐Yok ☐Var.....

Kalsiyum içeren besinleri tüketme durumu: ☐Hayır ☐Evet

Katkılı, hazır, fast-food yiyecek tüketim sıklığı:

Kafeinli içeceklerden tüketim sıklığı:

Önerilen özel bir diyeti var mı? ☐Hayır ☐Evet

Varsa uyumu nasıl?

Diğer:

Yenidoğanın Beslenmesi (varsa)

Doğumdan sonra meme emmiş mi? ☐Hayır ☐Evet

En son emdiği zaman (Saat):.....

Emme süresi:.....

Her iki memeyi de emmiş mi? ☐Hayır ☐Evet

Emme ve Emzirme Davranışı:

Bebek memeyi tutmak için istekli mi? ☐Hayır ☐Evet

Bebekte emme davranışı gözleniyor mu? ☐Hayır ☐Evet

Meme ucu: ☐Çökük ☐Düz ☐Uyarıyla dışa çıkıyor

Meme şişkinliği: ☐Var ☐Yok

Meme ucunun durumu: ☐Kızarık ☐Çatlak ☐Sorun yok

Anne bebeği rahat tutabiliyor mu? ☐Hayır ☐Evet

Diğer:

3. BOŞALTIM

Normal Defekasyon Alışkanlıkları:

☐İshal ☐Kabızlık ☐Kaç gündür.....

Hemoroid : ☐Yok ☐Var.....

İdrar yapma sıklığı:

İdrarın Özellikleri:

Renk Dansite..... Beraklık.....

☐Poliüri ☐Pollaküri ☐Dizüri ☐Noktüri

İnkontinans (İdrar kaçırma): ☐Yok ☐Var.....

Diğer:

4. AKTİVİTE EGZERSİZ

Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesine engel olacak bir sağlık sorunu var mı?

☐Yok ☐Var.....

Sözel ifade edilen yorgunluk ya da halsizlik ☐Yok ☐Var

Düzenli egzersiz alışkanlığı: ☐Yok ☐Var

Egzersiz alışkanlığı:

Tipi:

Süresi:

Sıklığı:

Diğer:

5. UYKU -DİNLENME

Uyku süresi:

Uyandığında dinlenmiş hissediyor mu? ☐Hayır ☐Evet

Uyku sorunu var mı? ☐Hayır ☐Evet

Gündüz uyuma alışkanlığı: ☐Yok ☐Var

Dinlenme alışkanlıkları:

Diğer:

. BİLİŞSEL/DUYUSAL ALGILAMA

Duyuları ile ilgili bir problemin varlığı

Görme:

☐ Normal ☐ Astigmat ☐ Katarakt ☐ Hipermetrop ☐ Bulanık görme

☐ Miyop ☐ Çift görme ☐ Glokom

İşitme:

☐ Normal ☐ Az/hangi taraf.....

İşitme cihazı: ☐ Kullanmıyor ☐ Kullanıyor

Tad alma

Tad almaya ilişkin problem varlığı ☐Yok ☐Var.....

Koku alma:

Tad almaya ilişkin problem varlığı ☐Yok ☐Var.....

Refleksler:

Kişi, yer zaman oryantasyonu:

Uzak Bellek:

Yakın Bellek

Soruları anlama ve yorumlama yeteneği (Gözleminizi yazınız):

Diğer:

7. KENDİNİ ALGILAMA VE KAVRAMA

Duygusal durumu

☐ Sakin ☐ Endişeli ☐ Öfkeli ☐ İçte kapanık ☐ Korkmuş ☐ Huzursuz ☐ Sabırsız ☐ Öforik ☐ Diğer.....

Yaşadığı duygularla baş etme biçimi:

Duygusal durumunu nasıl tanımladığı:

Hastalığı/Durumunu algılayışı:

Gebeliği / Doğum sonu dönemi algılayış durumu:

Diğer:

8. ROL İLİŞKİ

Mesleği:

Medeni durumu: ☐Evli ☐Bekar

Evlilik yılı:

Aile tipi: ☐Çekirdek aile ☐Geniş aile

Aile içinde karar verme yetkisi (çocukları, ekonomi vb.. konularda kararları kim alıyor):

Gebeliği İsteme Durumu: ☐Evet ☐Hayır

Hayır ise şu anda bebeğini isteme/kabullenme durumu: ☐Evet ☐Hayır

Ebeveynlik (anne-baba) Rollerine Hazırlık ve Uyumu:

Rollerini yerine getirmede yaşadığı sorunlar:

Gebelikte yaşadığı sorun var ise bu sorun annelik rolünü etkilemiş mi?

☐Evet (nasıl etkilemiş).....☐Hayır

Sosyal destek ağları ☐Yok ☐Var.....

Sosyal güvence ☐Yok ☐Var.....

Diğer:

9. CİNSELLİK VE ÜREME

Menstrual Öykü

Menarş (İlk menstruasyon yaşı):

Menstrual siklus (sıklık, süre, miktar):

Son adet tarihi:

Dismenore: ☐Yok ☐Var

Amenore ☐Yok ☐Var

Premenstrual semptomlar (baş ağrısı, kilo alma, sinirlilik, ödem, memelerde duyarlılık vb):

☐Yok ☐Var.....

Premenstrual sendromuyla baş etmek için kullandığı yöntem var mı? ☐Yok ☐Var

☐Var ise kullandığı yöntemi açıklayınız.....

Anormal kanama öyküsü:

Menstrual Hijyen:

Vajinal Akıntının Tanılanması

Vajinal akıntı ☐Normal ☐Anormal

Rengi: Kokusu:

Vajinal kaşıntı: ☐Yok ☐Var

Eşinde semptomların varlığı: ☐Yok ☐Var

Genital hijyen alışkanlıkları

Vajinal duş yapma alışkanlığı: ☐Hayır ☐Evet.....

Perine tuvaletini nasıl yaptığı: ☐Önden arkaya ☐Arkadan öne ☐Karışık

Banyo yapma sıklığı:

İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:

Kullandığı iç çamaşırların özelliği: ☐Pamuklu ☐Naylon ☐Karışık

İç çamaşırlarını temizleme şekli:

Kullanılan ped türü: ☐Hijyenik ped ☐Bez/tülbent ☐Diğer.....

Menstruasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:

Enfeksiyon öyküsü (Cinsel yolla bulaşan hastalıklar veya genital yol enfeksiyonları):

Obstetrik Öyküsü

G....P....A....E....Y....C.....

Gebelik Sayısı:

Düşük veya kürtaj sayısı:

Canlı doğup ölen çocuk sayısı:

Ölü doğum sayısı:

Engelli doğum: ☐Yok ☐Var.....

Doğum Şekli: ☐ND ☐C/S ☐Vakum ☐Forseps ☐Epizyo

Cinsel ilişki

Düzenli cinsel yaşam: ☐Yok ☐Var

Cinsel ilişkide yaşadığı sıkıntılar:

☐Cinsel ilişki sırasında ağrı ☐İsteksizlik ☐Vajinal kuruluk ☐Olumsuz duygu ☐Orgazm olamama

Aile Planlaması Yöntemleri

Doğum kontrol yöntemi kullanıyor mu? ☐Hayır ☐Evet.....

Aile Planlaması Yöntemleri Konusunda Bilgisi ☐Var ☐Yok ☐Doğru ☐Yanlış

Kullandığı yöntemle ilişkili görüşleri:

Önceden kullandığı yöntemler ve süresi:

Şimdiki Gebelik Öyküsü (Varsa)

SAT: BDT:

Gebelik Öncesi Kilosu: Şimdiki Kilosu:

Gebelik haftasına göre aldığı kilo miktarını yorumlayınız.....

Antenatal izlemlerine düzenli gidiyor mu? ☐Evet ☐Hayır

Açıklayınız.....

Fetal Hareketler ☐Normal ☐Hipoaktif ☐Hiperaktif

USG de: Amnion sıvısı: ☐Normal ☐Oligohidroamnioz ☐Polihidroamnioz

Fetüsün Gelişimi:.....Hafta ÇKS:.....

Fetal anomali ☐Yok ☐Var.....

Leopold: Fetüsün duruşu:.....

Gebelik yaşı (fundus seviyesi):

Annenin Gebeliğe İlişkin Şikayetleri

Doğum Eylemi ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulgular(Varsa)

Doğum Şekli: ☐ND ☐C/S ☐Vakum ☐Forseps ☐Epizyotomi

Plasentanın ayrılması : ☐Normal Sürede ☐Normal Sürede değil

Plasenta retensiyonu ☐Yok ☐Var Yapılan Müdahale.....

Doğumda : ☐İndüksiyon ☐Anestezi ☐Diğer.....

Annenin doğuma ilişkin duyguları:

Doğum Sonu Dönem(Varsa)

Anneye ilişkin bulgular

ANT-TA:

Uterus Tonüsü ☐Normal ☐Atonik

İnvölüsyon Kontrolü Fundus Seviyesi.....

Loşianın Özellikleri/(kaç saatlik pedin kaçta kaçı hangi renkte ve özellikte):

Perine: ☐Epizyo ☐Düzensiz Yırtıklar ☐Ödem ☐Enfeksiyon ☐Hematom ☐Hassasiyet ☐Diğer....

Memeler:

Meme Ucu ☐İçe dönük / Dışa dönük ☐Büyük / Küçük ☐Çatlak ☐Kızarık ☐Hassas

Memeler ☐Dolgun ☐Ağrılı ☐Kızarık ☐Gergin ☐Hassasiyet ☐Ateş ☐Abse ☐Diğer.....

Süt Salınımı ☐Kolostrum ☐Normal Süt ☐Pürülan

Anne Mobilize ☐Evet ☐Hayır

İdrar Yapma

Saati..... Miktarı..... ☐Hassasiyet ☐Glob ☐İdrar sondası ☐İnkontinans

Defekasyon ☐Yapmadı ☐Yaptı/saati.....Konstipasyon ☐Yok ☐Var

Annenin Uyku Düzeni: ☐Uyuyabiliyor ☐Uyuyamıyor

Korkuları: ☐Yok ☐Var.....

Bebek Bakımında Güçlüğü ☐Yok ☐Var

Bebeğe ilişkin Bulgular

Ateş:.....⁰C Nabız(Apikal):...../dk Solunum Sayısı:...../dk

Doğum Tarihi..... Doğum Kilosu.....gr Boyu:.....cm Baş çevresi.....cm

APGAR Skoru: 1. dakika.....5. dakika.....

Gebelik Haftası.....

Anomali ☐Yok ☐Var.....

Solunum sıkıntısı ☐Yok ☐Var:.....

Cilt rengi.....

GIS:☐Emme refleksi ☐Yutma refleksi ☐Sık regürjitasyon ☐Kusma Kusmanın Özelliği

Emme Durumu: ☐Evet ☐Hayır..... Ne sıklıkta emiyor.....saat/dakikada bir.

Kaç dakika emiyor?

Perinatal Sarılık ☐Yok ☐Var

☐İdrar yaptı ☐Defekasyon yaptı

Genel Durumu : ☐Hareketli ☐Laterjik ☐Tiz Ağlama ☐Tremor ☐Diğer

Premenopoz ile ilgili belirti ve bulgular

Premenopoz belirti/bulguları var mı?

☐Evet (açıklayınız).....☐Hayır

Premenopoz ile ilgili yakınmaları var mı?

☐Evet (açıklayınız).....☐Hayır

Ne zamandan beri premenopoz belirti/bulguları var?.....

Premenopoz ise sağlık kuruluşuna başvurmuş mu?

☐Evet (açıklayınız).....☐Hayır

Menopoz (Bu bölüm Menopoza girmiş kadınlar için doldurulacaktır)

Menopoza girdiği yaş:

Kaç yıldır menopozda olduğu:

Yaşadığı fiziksel belirtiler:

Yaşadığı psikolojik sıkıntılar:

Menopoza ait sorunlarla baş etme şekli:

HRT (Hormon Replasman Tedavisi) alma durumu:

HRT alıyorsa; kaç yıldır kullandığı:

Tedaviye uyumu:

Diğer:

10. STRES İLE BAŞ ETME

Stres yaratan faktörler:

Stresli durumda rahatlamak için kullandığı teknikler

☐Müzik dinleme ☐Egzersiz ☐El işi ☐Ağlama ☐Uyuma ☐Diğer.....

Daha önce karşılaştığı krizlerle/hastalıklarla başa çıkma yöntemleri:

Gebelikte stres yaşamasına sebep olan faktör var mı?

☐Evet (açıklayınız).....☐Hayır

Doğum sonu dönemde stres yaşamasına sebep olan faktör var mı?

☐Evet (açıklayınız).....☐Hayır

Diğer:

11. İNANÇ VE DEĞERLER

Dini inançları düzenli sağlık kontrolüne gitmesini, kontraseptif yöntem kullanımını etkiliyor mu?

☐Hayır ☐Evet.....

Dini inançları gebe/loğusanın bakımını etkiliyor mu?

☐Hayır ☐Evet.....

Dini inançları yenidoğanın bakımını etkiliyor mu?

☐Hayır ☐Evet.....

Geleneksel uygulamaları gebe/loğusanın bakımını etkiliyor mu?

☐Hayır ☐Evet.....

Geleneksel uygulamaları yenidoğanın bakımını etkiliyor mu?

☐Hayır ☐Evet.....

Diğer:

Laboratuvar Bulguları

Kan Grubu: Anne: Eş: Bebek:

Tarih	Testin Adı	Referans Değerler	Sonuç/Yorum

Kullandığı ilaçlar

İlacın adı	Kullanım süresi	Kullanım amacı

--	--	--

T.C
İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DOĞUMHANE VERİ TOPLAMA FORMU

Veri toplama tarihi:

Doğumhaneye kabul tarihi:

Gebe/Loğusa Adı Soyadı:

Fetusun pozisyon ve prezantasyonu :

Öğrenci Hemşire Adı Soyadı:

Saat	Annenin Yaşam Bulguları	Dilatasyon	Efasman	Seviye	Posh (+/-)	İndüksiyondamla/ dk	Kontraksiyon Takibi		FKS (Fetal kalp atım sayısı)	İdrar
							Sıklığı	Süresi		

Yorumunuz:

YAŞAMSAL BULGULARI TAKİP FORMU

[illegible]

İLAC VE İNTRAVENÖZ SIVI TEDAVİSİ FORMU

İlacın Adı	İlacın Grubu	İlacın Dozu	İlacın Sıklığı	Veriliş	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

$$\text{D.D.S.} = (\text{Total s1v1 miktarı} \times 20) / (60\text{dk} \times 24)$$
[illegible]

LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU

TEST	REFERANS ARALIĞI*	HASTANIN BULGULARI	1.Bu test bu hasta için neden istenmiş açıklayın 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+ K+ Ca			
KAN ŞEKERİ KŞ Açlık : HbA1C:			
BUN Kreatin Ürik asit			
Total Kolesterol HDL LDL Trigliserid			
CPK:			
CPK MB:			
LDH			
ALT AST			
Total protein			
Albumin			
Total bilirubin Direkt bilirubin			
PT INR			

ARTERİYEL KAN GAZLARI PH PaO ₂ PaCO ₂ SpO ₂ HCO ₃			
İDRAR Dansite pH Lökosit Eritrosit 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 oluşturulmalıdır. Her tanı için tüm uygulamalar yazılmalıdır. Yapılan uygulamaların yanına + işareti konulmalıdır. Değerlendirme günlük yapılmalıdır.