



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

UYGULAMA DOSYASI

Ad-Soyad:
Öğrenci No:
Dersin Adı:

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

T. C.
İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK 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 etiyojisini 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		
VERİ TOPLAMA		
Veri toplama formlarını eksiksiz doldurabilme	4	
HEMŞİRELİK TANISI		
Yeterli sayıda uygun hemşirelik tanısı ve kolobratif tanı koyabilme, Tanı etiyojisini belirleyebilme	4	
BEKLENEN HASTA SONUCU		
Beklenen hasta sonucunu belirleyebilme	4	
PLANLAMA/UYGULAMA		
Belirlediği girişimleri öncelik sırasına göre planlayabilme	4	
Girişimleri uygulama becerisine sahip olma	4	
DEĞERLENDİRME		
Beklenen hasta sonucuna uygun değerlendirme ve gerekli değişiklikleri yapabilme	4	
VAKA-GRUP TARTIŞMASINA KATILMA	8	
TOPLAM PUAN	100	

Öğrenci Ad Soyad
İmza

Öğretim Üyesi Ad Soyad
İmza

T. C.
İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK 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		
VERİ TOPLAMA		
Veri toplama formlarını eksiksiz doldurabilme	4	
HEMŞİRELİK TANISI		
Yeterli sayıda uygun hemşirelik tanısı ve kolobratif tanı koyabilme, Tanı etiolojisini belirleyebilme	4	
BEKLENEN HASTA SONUCU		
Beklenen hasta sonucunu belirleyebilme	4	
PLANLAMA/UYGULAMA		
Belirlediği girişimleri öncelik sırasına göre planlayabilme	4	
Girişimleri uygulama becerisine sahip olma	4	
DEĞERLENDİRME		
Beklenen hasta sonucuna uygun değerlendirme ve gerekli değişiklikleri yapabilme	4	
VAKA-GRUP TARTIŞMASINA KATILMA	8	
TOPLAM PUAN	100	

Öğrenci Ad Soyad
İmza

VERİ TOPLAMA FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Veri Toplama Tarihi:

BİREYE İLİŞKİN VERİLER	Hastanın Adı Soyadı: Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek Yaşı: Medeni Durumu: Eğitimi: Mesleği/İşi: Sosyal güvencesi:
ÖYKÜ	Hastane yatış tarihi: Geldiği yer: <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Yoğun bakım ünitesi Diğer..... Tıbbi Tanısı: Ameliyat tarihi: Ameliyat türü: Anestezi türü: Sürekli kullandığı ilaçlar: Özgeçmiş: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KVVH <input type="checkbox"/> KOAH Diğer Soy geçmişi: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KVVH <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> KOAH Diğer Açıklayınız:..... Alerji (İlaç/Besin vb.): Alerji bilekliği: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Hasta kimlik bilekliği: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Sağlığını tehdit eden riskler: <input type="checkbox"/> Sigara <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Sedanter yaşam Diğer Hastalığa yönelik kültürel/tamamlayıcı tedavileri uygulama: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Açıklayınız:..... Hastalık öyküsü:
SAĞLIĞIN ALGILANMASI ve YÖNETİMİ	Bireyin sağlığını algılama durumu: <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi: <input type="checkbox"/> İnkâr <input type="checkbox"/> Öfke <input type="checkbox"/> Pazarlık <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Kabullenme Diğer: Sağlık taraması/kontrolleri yaptırma: <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Hiç Bakımına katılma isteği/yeteneği: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok

BESLENME METABOLİK DURUM	<p>Boy... Kilo..... BKİ..... kg/m² <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Kaşektik <input type="checkbox"/>Hafif kilolu <input type="checkbox"/>Obez</p> <p>Oral alım: <input type="checkbox"/>Var <input type="checkbox"/>Yok Diyeti:.....</p> <p>Kiloda Değişim: <input type="checkbox"/>Yok <input type="checkbox"/>Artmış <input type="checkbox"/>Azalmışkg/zaman</p> <p>İştah Durumu: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Artmış <input type="checkbox"/>Azalmış</p> <p>Yeme Problemi: <input type="checkbox"/>Disfaji <input type="checkbox"/>Bulantı <input type="checkbox"/>Kusma Diğer:.....</p> <p>Beslenme şekli: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Yardımla besleniyor <input type="checkbox"/>Parenteral</p> <p><input type="checkbox"/>Enteral (Nazogastrik) <input type="checkbox"/>Enteral (Gastrostomi)</p>																																																																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Tarih</th> <th colspan="4">ALDIĞI</th> <th colspan="4">ÇIKARDIĞI</th> <th rowspan="2">DENGE</th> </tr> <tr> <th>Oral</th> <th>Enteral</th> <th>Parante ral</th> <th>TOPLAM</th> <th>İdrar</th> <th>NG/ Dren</th> <th>Kusma</th> <th>Gaita</th> <th>TOPLAM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>											Tarih	ALDIĞI				ÇIKARDIĞI				DENGE	Oral	Enteral	Parante ral	TOPLAM	İdrar	NG/ Dren	Kusma	Gaita	TOPLAM																																																						
Tarih	ALDIĞI				ÇIKARDIĞI				DENGE																																																																											
	Oral	Enteral	Parante ral	TOPLAM	İdrar	NG/ Dren	Kusma	Gaita		TOPLAM																																																																										
BOŞALTIM	<p>İdrar: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Anüri <input type="checkbox"/>Oligüri <input type="checkbox"/>Poliüri <input type="checkbox"/>Pollaküri <input type="checkbox"/>Hematüri</p> <p><input type="checkbox"/>Dizüri <input type="checkbox"/>Noktüri <input type="checkbox"/>Üriner İnkontinans</p> <p>Üriner kateter: <input type="checkbox"/>Var...../gün <input type="checkbox"/>Yok</p> <p>Üriner kataterizasyon şekli:</p> <p>Diyaliz: <input type="checkbox"/>Hemodiyaliz <input type="checkbox"/>Periton Diyalizi Diyaliz giriş yeri:.....</p> <p>Dışkılama: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Diyare <input type="checkbox"/>Konstipasyon <input type="checkbox"/>Melena <input type="checkbox"/>Hematokezya <input type="checkbox"/>Fekal inkontinans</p> <p>Boşaltım şekli: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Alt bezi <input type="checkbox"/>Sürgü <input type="checkbox"/>Ostomi.....</p> <p>Bağırsak alışkanlığı:...../gün Son defekasyon tarihi:.....</p>																																																																																			
AKTİVİTE EGZERSİZ	<p>Oksijen Kullanımı: <input type="checkbox"/>Var.....lt/dk <input type="checkbox"/>Yok</p> <p>Oksijen Uygulama Yöntemi:</p> <p>.....</p> <p>Egzersiz yapıyorsa tipi/sıklığı/süresi:.....</p> <p>Egzersiz sırasında yaşadığı semptomlar: <input type="checkbox"/>Göğüs ağrısı <input type="checkbox"/>Çarpıntı <input type="checkbox"/>Bacak ağrısı</p> <p><input type="checkbox"/>Kas ağrısı <input type="checkbox"/>Dispne <input type="checkbox"/>Yorgunluk Diğer.....</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği (Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)</th> </tr> </thead> <tbody> <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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>											Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği (Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)				Beslenme		Pozisyon Değiştirme/ Hareket		Tuvalete gitme		Güvenliği için riskleri değerlendirme		Giyinme		Çevredeki tehlikelerden kaçınma		Banyo yapma		İletişim kurma		Bedenini temiz tutma		İlaç yönetimi																																																		
Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği (Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)																																																																																				
Beslenme		Pozisyon Değiştirme/ Hareket																																																																																		
Tuvalete gitme		Güvenliği için riskleri değerlendirme																																																																																		
Giyinme		Çevredeki tehlikelerden kaçınma																																																																																		
Banyo yapma		İletişim kurma																																																																																		
Bedenini temiz tutma		İlaç yönetimi																																																																																		

Düşme öyküsü : Hayır Evet Açıklayınız.....

İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

	Değerlendirme
Minör Risk Faktörleri	1. 65 yaş ve üstü. 1
	2. Bilinci kapalı. 1
	3. Son 1 ay içinde düşme öyküsü var. 1
	4. Kronik hastalık öyküsü var.* 1
	5. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var 1
	6. Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var. 1
	7. Görme durumu zayıf 1
	8. 4'den fazla ilaç kullanımı var. 1
	9. Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.** 1
	10. Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor. 1
	11. Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var. 1
Majör Risk Faktörleri	12. Bilinç açık, koopere değil. 5
	13. Ayakta/yürürken denge problemi var. 5
	14. Baş dönmesi var. 5
	15. Ortostatik hipotansiyonu var. 5
	16. Görme engeli var. 5
	17. Bedensel engeli var. 5
	18. Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.** 5
	19. Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.*** 5
TOPLAM PUAN	
<input type="checkbox"/> Düşük Risk: Toplam Puanı 5'in altında <input type="checkbox"/> Yüksek Risk: Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde	

Bilgilendirme Tablosu

*Kronik hastalıklar: Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hast., Sindirim Sistemi Hast., Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar

**Hasta Bakım Ekipmanları: IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren Perfüzör, Pacemaker vb

***Riskli İlaçlar: Psikotropikler, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiyabetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar

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
Zaman		
Yer		
Kişi		
Kendine		

Halüsinasyon/İllüzyon: Yok Var.....

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.....

Bireyin kendi bedeni hakkındaki görüşlerinde değişiklik durumu:

Yok Var.....

	<p>Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendine saygı, güven duyma ve kendine değer verme duygularında değişme durumu: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>Korku/Endişe/Gerginlik /Huzursuzluk/Öfke/Umutsuzluk/Keder/Ölüm anksiyetesi: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>0 10</p> <p>En düşük En yüksek</p>
ROL – İLİŞKİ	<p>Bireyin rollerinde bir sorun var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Var ise: <input type="checkbox"/> Cinsiyet rolü <input type="checkbox"/> Ebeveynlik rolü <input type="checkbox"/> Eş rolü <input type="checkbox"/> Çocuk rolü <input type="checkbox"/> Mesleki rolü Sağlık personeli ile iletişimde bulunuyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Diğer hastalarla iletişimde bulunuyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Yakın çevre ve arkadaşlarıyla ilişkilerinde bir zorluk yaşıyor mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet.....</p> <p>Kimle yaşıyor? Yalnız <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Arkadaş <input type="checkbox"/> Diğer.....</p> <p>Bakmakla yükümlü olduğu kişiler: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklayınız:</p> <p>Hastanın bakımından sorumlu olan kişi:</p> <p>Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik, sosyal, kültürel, ruhsal) <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Açıklayınız:.....</p> <p>Tedaviye katılma isteği: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>Görüş ve isteklerini uygun sözel/sözel olmayan metotlarla anlatabilme: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Açıklayınız:.....</p> <p>Konuşma şekli: <input type="checkbox"/> Normal (Düzenli, mantıklı) <input type="checkbox"/> Normal değil (hızlı, yavaş, argo, alaycı vb) Sözlü ve sözsüz iletişimi arasında uyumsuzluk var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Dinlemede güçlük çekiyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>
CİNSELLİK – ÜREME	<p>Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Açıklayınız.....</p> <p>Cinsellikle ilgili danışmanlık gereksinimi: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok</p>
BAŞETME VE STRES TOLERANSI	<p>Stres düzeyi: Algılanan günlük yaşamdaki stresörler:.....</p> <p>Stres ile baş etmede kullanılan yöntemler:.....</p> <p>Yaşadığı sıkıntılı durumlarla baş etmede ailesinin verdiği desteği yeterli buluyor mu? <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz</p> <p>Hastalık veya hastaneye yatmaya ilişkin endişeleri var mı? (Ekonomik, öz bakım vb.) <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....</p>
İNANÇ VE DEĞERLER	<p>Hastanedeyken yapmak istediği inancına özel uygulamalar: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Açıklayınız:</p>

**KONFOR/
RAHATLIK****Konfor Değerlendirme Skalası**

0

10

Konforsuzluk

Yüksek Konfor

Konforu artırma isteği: Yok Var**Ağrı:** Yok Var**Ağrının yeri:**.....**Ağrının sıklığı:**.....**Ağrının başlama zamanı ve süresi:****Ağrının şiddeti:**.....**Ağrı Değerlendirme Skalası**

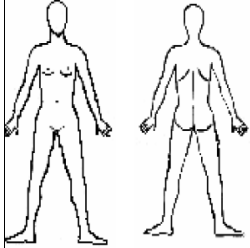
0

10

Yok

Çok fazla

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	Ağrıya Başetme Biçimi
1. Kramp 2. Yanıcı 3. Batıcı 4. Spazm 5. Zonklayıcı 6. Baskı verici 7. Ezici/sıkıştı rıcı		1. Non- Steroid Antiinflamatuvarlar 2. Narkotik analjezikler 3. Adjuvan tedavi 4. Diğer	1. Kızgınlık/Ağlama 2. Aktivitede azalma 3. İştahta azalma 4. Uyku problemleri 5. Konsantrasyon bozukluğu 6. Analjezi isteme 7. Terleme/çarpıntı 8. Diğer	1. Masaj 2. Dikkati dağıtma 3. Müzik 4. Pozisyon değişikliği 5. Sıcak/soğuk Uyg. Diğer.....

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

LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU

TEST	REFERANS ARALIĞI*	Hastanın Bulguları	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.

EK - FİZİKSEL DEĞERLENDİRME FORMU

BELİRTİ VE BULGULAR

DERİ MUAYENESİ	<p>Deri: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Kuru <input type="checkbox"/>Nemli/Terli <input type="checkbox"/>Kızarıklık <input type="checkbox"/>Siyanotik <input type="checkbox"/>Soğuk <input type="checkbox"/>Soluk <input type="checkbox"/>Sıcak <input type="checkbox"/>Sarıklık <input type="checkbox"/>Peteşi <input type="checkbox"/>Purpura <input type="checkbox"/>Ekimoz <input type="checkbox"/>Hematom <input type="checkbox"/>Kaşıntı <input type="checkbox"/>Lezyon Diğer.....</p> <p>BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16'dan az olması basınç ülseri riskini gösterir)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> <p><input type="checkbox"/> Bası yarası Varsa Yeri:..... Evresi: <input type="checkbox"/>Evre I <input type="checkbox"/>Evre II <input type="checkbox"/>Evre III <input type="checkbox"/>Evre IV <input type="checkbox"/>Şüpheli Derin Doku Hasarı <input type="checkbox"/>Evrelendirilemeyen Bası Yarası</p> <p>Deri Turgoru: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Azalmış <input type="checkbox"/>Artmış</p> <p>IV Yol : <input type="checkbox"/>Periferal <input type="checkbox"/>Santral <input type="checkbox"/>Port <input type="checkbox"/>GörünümüTakılma Zamanı:.....</p> <p>Tırnaklar: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Kanama <input type="checkbox"/>Çomak parmak <input type="checkbox"/>Siyanoz Diğer</p> <p>Ödem: <input type="checkbox"/>Yok <input type="checkbox"/>Var Yer:</p> <p>Code: <input type="checkbox"/>1+:0-15 sn <input type="checkbox"/>2+:15-30 s <input type="checkbox"/>3+:30-45 sn <input type="checkbox"/>4+:45 sn↑</p>	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																																											
BAŞ-BOYUN MUAYENE	<p>Saç/saçlı deri: <input type="checkbox"/>Temiz <input type="checkbox"/>Yağlı <input type="checkbox"/>Kuru <input type="checkbox"/>Kepeklenme <input type="checkbox"/>Dökülme <input type="checkbox"/>Kitle <input type="checkbox"/>Skar <input type="checkbox"/>Şekil bozukluğu</p> <p>Gözler: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Gözlük <input type="checkbox"/>Kızarıklık <input type="checkbox"/>Yanma <input type="checkbox"/>Kaşıntı Diğer:.....</p> <p>Kulaklar: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Akıntı <input type="checkbox"/>Çınlama <input type="checkbox"/>Şekil/simetri bozukluğu <input type="checkbox"/>İşitme problemi <input type="checkbox"/>İşitme cihazı</p> <p>Burun/Koku alma: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Azalmış <input type="checkbox"/>Artmış <input type="checkbox"/>Defekt <input type="checkbox"/>Sinüslerde hassasiyet <input type="checkbox"/>Akıntı <input type="checkbox"/>Tıkanıklık <input type="checkbox"/>Epistaksis</p> <p>Ağız-boğaz: <input type="checkbox"/>Boğaz ağrısı <input type="checkbox"/>Ağız kokusu</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">Ağız Değerlendirme Rehberi</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ses</td> <td>Normal</td> <td>Normalden daha boğuk veya çatlak</td> <td>Konuşma sırasında zorlanıyor</td> </tr> <tr> <td>Yutkunma</td> <td>Normal</td> <td>Yutkunma sırasında hafif ağrı</td> <td>Yutkunamıyor</td> </tr> <tr> <td>Dudaklar</td> <td>Pürüzsüz, pembe ve nemli</td> <td>Kuru veya çatlamış</td> <td>Dudaklarda yara veya kanama var</td> </tr> <tr> <td>Dil</td> <td>Pembe ve nemli, Papila mevcut</td> <td>Kuru veya kızarıklık olmadan dilin üstü kirli sarı bir tabakayla kaplanmış</td> <td>Çatlamış</td> </tr> <tr> <td>Tükürük</td> <td>Sulu</td> <td>Koyu veya yapışkan</td> <td>Yok</td> </tr> <tr> <td>Oral Mukoza</td> <td>Pembe ve nemli</td> <td>Kırmızı veya beyaz bir tabak ile kaplanmış, ağız yarası yok</td> <td>Ağız yarası var±kanama</td> </tr> <tr> <td>Diş etleri</td> <td>Pembe ve nemli</td> <td>Ödemli±kızarıklık</td> <td>Kanama var (spontan ya da basınç uygulaması ile)</td> </tr> <tr> <td>Dişler/Protez</td> <td>Temiz, ölü doku yok</td> <td>-</td> <td>Diş ve diş eti arasındaki sınırdaki sınırdaki veya protezin yerleştiği alanda plak ya da ölü doku mevcut</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Toplam Oral Mukoza Puanı (OMP) 8-14 ise; Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski</td> <td rowspan="2">Toplam Puan:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Toplam Oral Mukoza Puanı (OMP) 14-24 ise; Oral Mukoz Membranda Bozulma</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tat alma duyusu: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Bozulmuş Açıklayınız.....</p> <p>Lenfadenopati: <input type="checkbox"/>Yok <input type="checkbox"/>Var Yeri; <input type="checkbox"/>Preoriküler <input type="checkbox"/>Suboksipital <input type="checkbox"/>Posterior servikal <input type="checkbox"/>Tonsiller <input type="checkbox"/>Submandibular <input type="checkbox"/>Aksiller <input type="checkbox"/>Servikal <input type="checkbox"/>İnguinal</p>	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 kızarıklık 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 sınırdaki sınırdaki veya protezin yerleştiği alanda plak ya da ölü doku mevcut	Toplam Oral Mukoza Puanı (OMP) 8-14 ise; Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski			Toplam Puan:	Toplam Oral Mukoza Puanı (OMP) 14-24 ise; Oral Mukoz Membranda Bozulma		
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 kızarıklık 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 sınırdaki sınırdaki veya protezin yerleştiği alanda plak ya da ölü doku mevcut																																													
Toplam Oral Mukoza Puanı (OMP) 8-14 ise; Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski			Toplam Puan:																																													
Toplam Oral Mukoza Puanı (OMP) 14-24 ise; Oral Mukoz Membranda Bozulma																																																
KARDİYO-VASKÜLER MUAYENE	<p>Apeks vuruşu (elle): <input type="checkbox"/> Hissediliyor <input type="checkbox"/> Hissedilmiyor</p> <p>Aort ve pulmoner odaklarda pulsasyon: <input type="checkbox"/>Var <input type="checkbox"/>Yok</p> <p>Kalp seslerini dinleme: <input type="checkbox"/>Aort <input type="checkbox"/>Pulmoner <input type="checkbox"/>Triküspit <input type="checkbox"/>Mitral</p>																																															

	<p>Kalp seslerinde patolojik bulgu varsa açıklayınız.....</p> <p>Normal kalp sesleri: <input type="checkbox"/>S1 <input type="checkbox"/>S2</p> <p>Anormal Kalp sesleri: <input type="checkbox"/>S3 <input type="checkbox"/>S4</p> <p>Nabız: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/>Taşikardi <input type="checkbox"/>Bradikardi <input type="checkbox"/>Palpitasyon <input type="checkbox"/>Filiform</p> <p>Apikal Ritm: <input type="checkbox"/>Düzenli <input type="checkbox"/>Düzensiz Kapiller Dolum: saniye <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/>Gecikmiş</p> <p>Kan basıncı: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Hipotansiyon <input type="checkbox"/>Ortostatik Hipotansiyon <input type="checkbox"/>Hipertansiyon</p> <p>Periferik nabızlar: Güç 0=yok 1= Zayıf 2= Orta 3= Güçlü</p> <table border="1" data-bbox="255 548 1209 689"> <thead> <tr> <th>Nabızlar</th> <th>Sol</th> <th>Sağ</th> <th>Nabızlar</th> <th>Sol</th> <th>Sağ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Brakial</td> <td></td> <td></td> <td>Femoral</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Radial</td> <td></td> <td></td> <td>Dorsalis Pedis</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Popliteal</td> <td></td> <td></td> <td>Posterior Tibial</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Boyun ven dolgunluğu: <input type="checkbox"/>Var <input type="checkbox"/>Yok</p> <p>Tromboflebit (Human's Bulgusu): <input type="checkbox"/>Var <input type="checkbox"/>Yok Varis: <input type="checkbox"/>Var <input type="checkbox"/>Yok</p>	Nabızlar	Sol	Sağ	Nabızlar	Sol	Sağ	Brakial			Femoral			Radial			Dorsalis Pedis			Popliteal			Posterior Tibial																				
Nabızlar	Sol	Sağ	Nabızlar	Sol	Sağ																																						
Brakial			Femoral																																								
Radial			Dorsalis Pedis																																								
Popliteal			Posterior Tibial																																								
<p>SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ</p>	<p>Göğüs kafesi şekli: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Anormal Açıklayınız.....</p> <p>Göğüs kafesi: <input type="checkbox"/>Solunuma eşit-simetrik katılıyor <input type="checkbox"/> Eşit-simetrik katılmıyor</p> <p>Solunum Niteliği: <input type="checkbox"/>Düzenli <input type="checkbox"/>Düzensiz <input type="checkbox"/>Dispne <input type="checkbox"/>Paroksizmal Noktürnal Dispne <input type="checkbox"/>Ortopne</p> <p><input type="checkbox"/>Siyanoz <input type="checkbox"/>Hipoventilasyon <input type="checkbox"/>Hiperventilasyon <input type="checkbox"/>Öksürük <input type="checkbox"/>Balgam <input type="checkbox"/>Hemoptizi</p> <p>Solunum Sesleri: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Wheezing <input type="checkbox"/>Raller <input type="checkbox"/>Stridor <input type="checkbox"/>Ronküs <input type="checkbox"/>Stertor</p> <p>Solunum Örüntüsü: <input type="checkbox"/>Apne <input type="checkbox"/>Taşipne <input type="checkbox"/>Bradipne <input type="checkbox"/>Cheynes-Stokes solunum <input type="checkbox"/>Kussmaul solunum</p> <p>Solunumla Ağrı: <input type="checkbox"/>Var <input type="checkbox"/>Yok</p>																																										
<p>ABDOMİNAL MUAYENE</p>	<p>Abdomen: <input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>Renk değişikliği <input type="checkbox"/>Hepatomegali <input type="checkbox"/>Asit Bel çevresi:cm Kalça çevresi:cm</p> <p>Barsak sesleri: <input type="checkbox"/>Normoaktif <input type="checkbox"/>Hiperaktif <input type="checkbox"/>Hipoaktif Sayısı.....</p> <p>Rebound hassasiyeti: <input type="checkbox"/>Var <input type="checkbox"/>Yok</p>																																										
<p>NÖROLOJİK MUAYENE</p>	<table border="1" data-bbox="255 1355 1452 1668"> <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 rowspan="2">Oryante yanıt</td> <td rowspan="2">5</td> </tr> <tr> <td>İstemli</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> <p>Bilinç düzeyi (Toplam puan üzerinden):</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>13-14 puan Deliryum ve Hafif Nörolojik Hasar <input type="checkbox"/>15 puan Bilinçli</p> <p>Işık refleksi (IR): Sağ: +/- Sol: +/- Pupil büyüklüğü: <input type="checkbox"/> İzokorik <input type="checkbox"/>Anizokorik</p> <p>Ekstra oküler hareketler: Görme alanı testi:.....</p> <p>Duyu kontrolü: <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>His kaybı <input type="checkbox"/>Uyuşma/karınçalanma <input type="checkbox"/>Sıcak/Soğuk İntoleransı</p> <p>Periferik nöropati: <input type="checkbox"/>Var <input type="checkbox"/>Yok (ayak ve ellerden değerlendirilecek)</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																																								

	<p><u>Motor sistem muayenesi: Eli kavrama(Sağ/Sol):</u> <input type="checkbox"/>Eşit <input type="checkbox"/>Eşit değil <input type="checkbox"/>Güçlü <input type="checkbox"/>Güçsüz</p> <p>Bacak kasları kullanımı (Sağ/Sol): <input type="checkbox"/>Eşit <input type="checkbox"/>Eşit değil <input type="checkbox"/>Güçlü <input type="checkbox"/>Güçsüz <input type="checkbox"/>Paralizi <input type="checkbox"/>Paraestezi</p> <p><input type="checkbox"/>Hemipleji <input type="checkbox"/>Parapleji <input type="checkbox"/>Quatupleji</p> <p><u>Denge ve koordinasyon:</u> <input type="checkbox"/>Var <input type="checkbox"/>Yok</p> <p>Babinski Refleksi: <input type="checkbox"/>Var <input type="checkbox"/>Yok</p>
KAS İSKELET SİSTEMİ MUAYENESİ	<p><u>Genel Görünüş:</u> <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Kifoz <input type="checkbox"/>Skolyoz <input type="checkbox"/>Lordoz <input type="checkbox"/>Spinal Deformite <input type="checkbox"/>Tremor</p> <p><input type="checkbox"/>Yürüyüş bozulmuş <input type="checkbox"/>Postür bozulmuş <input type="checkbox"/>Amputasyon</p> <p><u>Eklemler:</u> <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Kızarıklık <input type="checkbox"/>Ekleimde şişlik <input type="checkbox"/>Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/>Kontraktür <input type="checkbox"/>Deformite</p> <p><u>Kuvvet: Üst ekstremité: ROM:</u> <input type="checkbox"/>Tam <input type="checkbox"/>Sınırlı <u>Alt ekstremité: ROM:</u> <input type="checkbox"/>Tam <input type="checkbox"/>Sınırlı</p> <p><u>Yardımcı Araç Kullanımı:</u> <input type="checkbox"/>Yok <input type="checkbox"/>Var Açıklayınız</p>

EK - TIBBİ TANI BİLGİ FORMU

HASTANIN TIBBİ TANISI:

Etiyoloji:

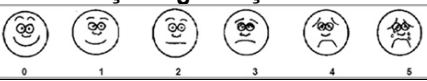
Patofizyoloji:

Tanı Yöntemleri:

Klinik Belirti – Bulgular (3 önemli belirti-bulgunun Fizyopatolojisi ile açıklayınız):

Tıbbi ve Cerrahi Tedavi :

<u>Yara etrafındaki cilt</u> 1. Sağlıklı 7. Frajil 2. Islak 8. Kuru 3. Ödemli 9. Eritem 4. Masere 10. Bül 5. Kabuklaşma 11. Selülit 6. Hipergranülasyon 12. Suture								
<u>Yara etrafındaki cildin ısı</u> 1. Normal 2. Soğuk 3. Sıcak								
<u>Enfeksiyon bulguları</u> 1. Ağrı 4. Ödem 7. Eksuda artışı 2. Koku 5. Kızarıklık 8. Eritem 3. Hassasiyet 6. Isı artışı								
Yara kültürü Tarih:../../... Sonuç:..... Kan kültürü Tarih:../../... Sonuç:.....								

Tedavi Planı/...../.....	Açıklama/...../.....	Açıklama/...../.....	Açıklama/...../.....	Açıklama
Yara çevresindeki cildin bakımı 1. Bariyersprey 3. Bariyer krem 2. Nemlendirici krem 4. Diğer								
İrrigasyon solüsyonu 1. Serum fizyolojik 2. Steril su 3. Laktatlı ringer 4. Ticari solüsyonlar:..... 5. Diğer.....								
Debitman 1. Otolitik 2. Enzimatik 3.Mekanik 4. Cerrahi 5.Diğer.....								
Primer pansuman 1. Transparan film 8. Gazlı bez 2. Hidrokolloid 9. Hipertonikjel 3. Hidrojel 10. Köpük 4. Hidrofiber 11.Diğer..... 5. Kalsiyum alginat 6. Gümüşlü pansuman 7. Negatif basınçlı kapama								
Sekonder pansuman 1. Transparan film 3. Köpük 2. Gazlı bez 4. Diğer								
Pansuman sıklığı:gün/hafta								
Pansuman öncesi analjezi gereksinimi 1. Yok 2. Var								
Yara ile ilişkili ağrının şiddeti 								
Hemşire notu								
Hemşirenin Adı-Soyadı							İmza	

EK - HEMŞİRELİK TANILARI : MEVCUT (M), POTANSİYEL (P)

...../...../.....

	ÖNCELİK SIRASI	HEMŞİRELİK TANISI
SAĞLIĞIN ALGILANMASI		
BESLENME-METABOLİK DURUM		
BOŞALTIM		
AKTİVİTE EGZERSİZ		
UYKU-DİNLENME		
BİLİŞSEL ALGILAMA		

KENDİNİ ALGILAMA- KAVRAMA		
ROL-İLİŞKİ		
CİNSELLİK-ÜREME		
BAŞ ETME VE STRES TOLERANSI		
İNANÇ VE DEĞERLER		
KONFOR/RAHATLIK		

EK - TABURCULUK PLANINDA ELE ALINACAK KONULAR

İlaç:

Diyet:

Egzersiz:

Öz bakımın desteklenmesi/ özel sağlık gereksinimi:

Sağlık kontrolü:

Hastalığın komplikasyonlarına yönelik eğitim:

Not: Taburculuk eğitim materyali bakım planına eklenmelidir.