|  |
| --- |
| **İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ****HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ** |

****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı:** |  | **Güvencesi** | **SGK ( ) ÖZEL ( ) DİĞER ( )** |
| **Soyadı:** |  | **Yatış Tarihi:** | **…/.../…** |
| **Teşhis/Klinik Tanı:** |  | **Yatış Saati:** | **…:…** |
| **Hastanın Şikayeti:** |  | **Çıkış Tarihi:** | **…/.../…** |
| **Hastanın Hikayesi:** |  | **Yattığı Servis/Oda No:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cinsiyeti:** |  **K ( ) E ( )** | **Öğrenci Hemşire:** |  |
| **Yaş:** |  | **Kullandığı Dil:** |  |
| **Kilo:** |  | **Eğitimi:** |  |
| **Boy:** |  | **Mesleği:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geldiği Yer:** | **Ev: Yoğun Bakım: Acil: ……………Kliniği Diğer:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Birime Geliş Şekli:** | **Yürüyerek: Sedye: Tekerlekli sandalye:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kan Grubu:** |  |
| **Daha önce kan transfüzyonu uygulandı mı?** | **Hayır: Evet: Bilinmiyor** |
| **Evetse Reaksiyon gelişti mi?:** | **Hayır: Evet (açıklayınız):** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Alerjisi:** | **Yok: Var: Bilinmiyor: Alerji bilekliği takıldı (kırmızı):** |
| **Varsa Belirtiniz** | **İlaç:** |
| **Yiyecek:** |
| **Diğer(belirtiniz ):** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hasta Kabul Hayati****Bulguları** | **Ateş: Nabız: Solunum/SPO2: Tansiyon:** |

|  |
| --- |
| **Gerektiğinde iletişim kurulabilecek kişinin** |
| **Adı – Soyadı:** |  |
| **Yakınlık derecesi:** |  |
| **Telefon:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kronik Hastalıklar:** | **Yok: DM: HT: KOAH: KBY : Kalp Yetmezliği : Diğer:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ailesel Hastalıklar:** | **Yok: Bilinmiyor: Var (belirtiniz):** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geçirilmiş Hastalıklar/ Operasyonlar:** | **Yok: Bilinmiyor:****Var (belirtiniz):** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sürekli Kullandığı** | **Diş Protezi: Kalp Pili: Kalp Kapakçığı: Diğer: Yok:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Alışkanlıklar:** | **Yok: Var:** |
| **Varsa Belirtiniz** | **Sigara……………adet/ paket/ gün yıl** |
| **Alkol……………..sıklığı/ miktar yıl** |
| **Madde……………sıklığı/ miktar… yıl** |
| **Diğer:……………………………………** |

|  |
| --- |
| **SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR Yok:** |
| **1.** | **5.** |
| **2.** | **6.** |
| **3.** | **7.** |
| **4.** | **8.** |

**YAŞAM AKTİVİTELERİ (YAŞAM MODELİ)**

**1. GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE SÜRDÜRME AKTİVİTESİ**

**MENTAL DURUM**

 **Bilinci:** ( ) Açık ( ) Bulanık ( ) Kapalı

**DUYU ORGANLARI**

|  |  |
| --- | --- |
| **- Görme:** | Pupilla: Sağ: Normal..… Anormal….. Sol: Normal….. Anormal…..Gözlük: Evet….. Hayır….. Kontakt Lens: Evet….. Hayır….. |
| **- Duyma:** | Sağ Kulak: Normal….. Yetersiz….. Sağır….. Duyma Aracı:Evet…..Hayır….. Sol Kulak: Normal….. Yetersiz….. Sağır…... Duyma Aracı: Evet….. Hayır…..Duymayı etkileyen bir sorun var mı? (akıntı, kaşıntı vb.) Evet:….Hayır….. |
| **- Dokunma:** | His kaybı (ısı, acı, ağrı, basınç vb.): Var:…..Yok:…..Tanımlayınız:…Cilt ısısı: Normal….Anormal….Tanımlayınız… |
| **- Koklama:** | Koku alma duyusu: Var:…..Yok:…..Tanımlayınız:… |

**-Tat Alma:** Tat alma duyusu: Var:….Yok:……Tanımlayınız:….

**ENFEKSİYON RİSKİ**

Enfeksiyon riski: Hayır ( ) Evet ( ) Tanımlayınız…

IV tedavi/tüp/dren: Hayır ( ) Evet ( )

**AĞRI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ağrının yeri** | **Ağrının şiddeti** |
| çizgi sanatı, eklem, taslak, beyaz içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu: | yazı tipi, metin, taslak, beyaz içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu: |
| **Ağrının niteliği** |
| **Sızlama** | **( )** | **Gerilme** | **( )** | **Keskin** | **( )** |
| **Künt** | **( )** | **Zonklama** | **( )** | **Sıkıştırma** | **( )** |
| **Yanma** | **( )** | **Acıma** | **( )** |  |  |

Ağrı / Rahatsızlık: Hayır…….Evet……Başlangıcı……….….Süresi…………

Ağrıyı azaltan faktörler:…………..........................

Ağrıyı arttıran faktörler:…………………………..

**DÜŞME RİSKİ**

 **Değerlendirme Zamanı**

O İlk Değerlendirme O Post-Operatif Dönem O Hasta Düşmesi O Bölüm Değişikliği O Durum Değişikliği

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **RİSK FAKTÖRLERİ** | **PUAN** |
| **ı.** | **Minör****Risk Faktörleri** | 65 yaş 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** |
| **12.** | **Majör****Risk Faktörleri** | 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** .............

|  |
| --- |
| **RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU** |
|  | Düşük Risk | Toplam Puanı 5' in altında |
|  | Yüksek Risk | Toplam Puanı 5 ve 5' in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figüıü kullanılır) |

|  |
| --- |
| **ÇEVRESEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ** |
| Hasta bilekliği takıldı ( ) | Oksijen sistemi: | Açık ( ) | Kapalı ( ) |
| Hasta ünitesi tanıtıldı ( ) | Pencereler: | Açık ( ) | Kapalı ( ) |
| Yatak kenarlıkları kaldırıldı ( ) | Yatak frenleri: | Açık ( ) | Kapalı ( ) |
| Yatak başı düzeni sağlandı ( ) | Refakatçi gereksinimi: | Var ( ) | Yok ( ) |

* 1. **İLETİŞİM**

Hasta kiminle yaşıyor?.......................

İletişim şekline göre birey: İçe dönük ( ) Dışa dönük ( ) İyimser ( ) Karamsar ( ) Kendisi ile barışık ( )

İletişim kurabilmek için herhangi bir araç-gerece (yazı tahtası, işitme cihazı, iletişim kartları) gereksinimi var mı? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:…

Konuşmayı engelleyecek bir sorunu var mı ya da bir girişim, tedavi uygulanmış mı? (disfazi, afazi, yüz travması, endotrekeal entübasyon, antideprasan ilaçlar vb.) Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………………………

Birey sorulan sorulara uygun yanıtlar veriyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………………………

Birey iletişim sırasında göz teması kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………………………

Kaygı, kızgınlık, umutsuzluk, öfori gibi iletişimi etkileyen emosyonel bir durumu var mı? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:………..

**3. SOLUNUM**

**SOLUNUM SİSTEMİ:**

Solunum Hızı:………./Dk. Abdominal…….Diyafragmatik……

Derinliği: Yüzeyel…. Derin….

Normal solunumunu sürdürebiliyor mu? Hayır………….Evet…………..

Geçmişte solunumla ilgili her hangi bir problemi mevcut mu? Hayır……..Evet……..Tanımlayınız……………….

Öksürük: Yok ……….. Var…….. Tanımlayınız…………

Balgam çıkarıyor mu? Hayır…Evet…

Göğüs ağrısı: Yok ……Var…………

Siyanoz: Yok …………Var…………

Tırnak rengi:……………

Hemoptizi: Yok ……….Var…………

Solunum türü: Apne ( ) Bradipne ( ) Takipne ( ) Hiperpne ( ) Hipopne( ) Hiperventilasyon ( ) Hipoventilasyon ( ) Kusmual Solunum ( ) Cheyne-Stokes Solunum ( ) Dispne ( ) Hipoksi ( ) Anoksi ( )

**KARDİYOVASKÜLER SİSTEM:**

Nabız Hızı: Radyal:………. /dk Apikal… /dk.

Nabız ritmi: Düzenli……………Düzensiz………....

Kan Basıncı: ….mmHg

**4.BESLENME**

Boy:…………cm. Kilo:…………kg.

Genel görünümü: Kaşektik( ) Zayıf ( ) Normal kilolu( ) Obez( )

Günlük öğün sayısı:……………………….

Son altı ayda kilo aldı mı? Evet (lütfen belirtiniz)……….Hayır…….Bilinmiyor……

Son altı ayda istemsiz kilo verdi mi? Evet (lütfen belirtiniz)….... Hayır..….Bilinmiyor…..

İştahını nasıl tanımlıyor? İyi….Yetersiz….Kötü…..

Herhangi bir diyet sınırlaması var mı? (Hastanın kendisinin uyguladığı / Hekimin önerdiği)Hayır…Evet...Tanımlayınız……….....

Aşağıdaki durumlarla ilgili bir sorunu var mı?

Bulantı:Hayır…..Evet…. Kusma:Hayır…..Evet….

Yutma: Hayır…..Evet….Tanımlayınız....................... Çiğneme: Hayır…..Evet….Tanımlayınız…………………

Beslenme şekli: ( ) Oral ( ) Enteral ( ) Parenteral

Beslenmeyi Engelleyen Faktörler: ( ) Oral Lezyonlar ( ) Ameliyat ( )Yutma Güçlüğü ( ) Bilinç Durumu ( )Fiziksel Güçsüzlük ( ) Diğer………………………………

**5.BOŞALTIM**

**BAĞIRSAK BOŞALTIMI:**

Konstipasyon: Hayır….Evet…..Sıklık………………. Tanımlayınız ……………Süre:………..

Diyare: Hayır….Evet…..Sıklık………………. Tanımlayınız ……………Süre:……….............

**İDRAR BOŞALTIMI:**

Son bir ay içinde idrar alışkanlığında değişim oldu mu? Hayır….Evet:…….Artma:……Azalma:……Süre:…………….

İdrarın özelliği:

Sıklık (Kez/Gün)……..........

Görünümü: Berrak….. Bulanık …..

Rengi: Amber/saman…… Koyu sarı….

**6.KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME**

**HİJYEN ALIŞKANLIKLARI:**

**-**El yıkama: Sıklık…… Sorun: Hayır….Evet….Tanımlayınız………………………..

-Yüz temizliği: Sıklık…… Sorun: Hayır….Evet….Tanımlayınız………………………..

-Ayak bakımı: Sıklık…… Sorun: Hayır….Evet….Tanımlayınız………………………..

**GİYİNME/KUŞANMA ALIŞKANLIKLARI:**

Giysilerin görünümü: Temiz………..Kirli……………….

Giyinme/soyunmada zorluk çekiyor mu?: Hayır….Evet……

**DERİ MUAYENESİ:**

Sıcak….Soğuk….Nemli….Kuru……

Turgor: Normal..….Dehidrate….......Diğer.............….

Renk: Soluk…. Pembe…. Siyanotik…. Sarı…. Diğer..............

Basınç Yarası: Yeri:………………Büyüklüğü:…………………Görünümü:……………….Evresi:………………….....

Ödem: Yeri:……………………...Büyüklüğü:…………….........Görünümü:………………………

Kızarıklık: Yeri:………………….Büyüklüğü:……………….....Görünümü:………………………

**MUKOZ MEMBRAN:**

* + Ağız:Nemli…. Kuru…. Renk: Beyaz:………Soluk:………Pembe:……..Kırmızı:…………Siyanoze:…………
	+ Diş: Sorun var mı? (çürük, dolgu, protez vb? ): Hayır…Evet…Tanımlayınız...………………
	+ Diş Eti: Sorun var mı? (kızarıklık, kanama, çekilme vb.): Hayır…Evet…Tanımlayınız...……
	+ Dil: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, paslı, çatlak, beyaz vb.): Hayır…Evet…Tanımlayınız...….
	+ Dudak: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, çatlak, beyaz vb.): Hayır…Evet…Tanımlayınız...…….
	+ Göz: Kızarıklık, kaşıntı, akıntı vb. sorun var mı? Hayır…Evet…Tanımlayınız...……………..
	+ Kulak: kaşıntı, akıntı vb. sorun var mı? Hayır…Evet…Tanımlayınız...……………………….
	+ Burun: Kızarıklık, tahriş vb. sorun var mı? Hayır…Evet…Tanımlayınız...……………………

|  |
| --- |
| **BASINÇ YARASI RİSKİNİ DEĞERLENDİRME (NORTON SKALASI)** |
| **Fiziksel durum** | **Puan** | **Mental durum** | **Puan** | **Aktivite** | **Puan** | **Mobilite** | **Puan** | **İnkontinans** | **Puan** | **TOPLAM** |
| İyi | 4 | Açık/ Uyanık | 4 | Yürüyor | 4 | Tam | 4 | Yok | 4 |  |
| Orta | 3 | Apatik-İlgisiz | 3 | Yardımla yürüyor | 3 | Sınırlı | 3 | Bazen | 3 |  |
| Kötü | 2 | Konfüze | 2 | Sandalyeye bağımlı | 2 | Çok sınırlı | 2 | Genellikle idrar | 2 |  |
| Çok kötü | 1 | Stupor | 1 | Yatağa bağımlı | 1 | Hareketsiz | 1 | İdrar ve gaita | 1 |  |
| **RİSK ÖLÇÜMÜ** | **PUAN** | **YAPILMASI GEREKEN FAALİYETLER** |
| Risk yok | 12 ve üzeri | Haftada bir kez basınç yarası riskini yeniden değerlendirin. Basınç yarasını önlemeye yönelik girişimlere devam edin. |
| Yüksek Risk | 1-11 | Hergün basınç yarası riskini yeniden değerlendirin. Basınç yarasını önlemeye yönelik girişimlere devam edin. |

**7.VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ**

Vücut sıcaklığı:…….  °C; Oral…..Rektal…..Aksillar……Timpanik……..Temporal……….

Hasta ortam/çevre sıcaklığına uygun giysiler giymiş miydi? Evet….Hayır….

**8.HAREKET**

Genel yaşam tarzı: Aktif….Sedanter (Sakin)….................................

Harekette zorlanma: Hayır…. Evet…. Tanımlayınız (zamanı, yeri )………......................

Hareket etmesini engelleyen herhangi bir fiziksel/mental engeli var mı? Hayır……..Evet………Tanımlayınız…

Düzenli olarak egzersiz/spor yapıyor mu? (yürüyüş, yüzme vb.) Hayır…Evet…Tanımlayınız………..............

Yorgunluk hali: Hayır…. Evet….

Ekstremite kaybı: Hayır…. Evet…..Yeri……....

Hasta kendi kendine kolaylıkla hareket edebiliyor mu?(Dönme, Yürüme) Evet….Hayır….

Denge: Normal……Ayakta duramama……Sendeleme…….

Postür: Normal….Kifoz….Lordoz….Diğer:........................

Hasta bireyin hareketini destekleyen yardımcı araçlar: (Baston, koltuk değneği, yürüteç, vb.) Hayır...Evet…Tanımlayınız………..

Dinlenme sırasında basınç bölgelerinin desteklenmesi gerekir mi? Hayır…….Evet…………Tanımlayınız……………

Tremor: Hayır….Evet….Tanımlayınız…………………

Traksiyon / Alçı / Splint/Korse/Boyunluk Varlığı: Hayır….Evet…. Tanımlayınız…………

Paralizi Varlığı: Hayır…. Evet….Yeri…..

**9.ÇALIŞMA VE EĞLENME**

Boş zamanlarını değerlendirme biçimi:………………

Son bir aydır sağlık sorununa bağlı olarak normal günlük işleri aksadı mı?(Ev İşi, Çalışma Hayatı): Hayır…..Biraz…..Evet……....

Son bir aydır fiziksel sağlığı ve ruhsal sorunları sosyal aktivitelerini/hobilerini engelledi mi? Hayır….Evet..... Tanımlayınız……...

Çalışıyorsa, son 6 aydır sağlığı yüzünden işe gidemediği oldu mu? Hayır…Evet….. Kaç Gün:…….……........

**10.CİNSELLİĞİ İFADE ETME**

Genel görünümü kimliği ile uyumlu mu: Evet….Hayır…

**KADIN**

-Menstruasyon siklusu: Düzenli……Düzensiz...... Sıklığı……...

-Kullandığı ürünün (ped, bez vb.) gün içindeki sayısı ………….

-Menstruasyon öncesinde yaşadığınız sorunlar var mı: Hayır…….Evet…………Tanımlayınız…………

-Menstruasyon sırasında yaşadığınız sorunlar: Ağrı ( ) Aşırı kanama ( ) Halsizlik ( ) Bulantı/kusma ( )

-Menopoza girdi mi? Evet……Hayır……

-Menopoza girdi ise ne zaman? (yıl)…………………

**11.UYKU VE DİNLENME**

Genel uyku alışkanlıkları: Gece…………….St/Gün Gündüz…………. St/Gün.

Kendini dinlenmiş hissediyor mu? Hayır….Evet….Tanımlayınız………………

Gün boyunca uyku hali var mı? Hayır…..Evet…..... Tanımlayınız………………

Hastanede kalışı süresince uyku hijyeni ile ilgili bir değişiklik oldu mu?

-Uykuya dalmada güçlük: Hayır…. Evet….. Nedeni…………………

-Sık sık uyanma: Hayır…. Evet…. Nedeni……………...

-Uykusuzluk: Hayır…. Evet…. Nedeni………………………

-Dinlenememe: Hayır…. Evet…. Nedeni…………………………..

**12.ÖLÜM**

Terminal dönem:

Bilgi gereksinimi:

Ailenin desteklenmesi:

Spritüel (dinsel/manevi) gereksinimler:

Palyatif bakım:

Ağrı:

Kabullenme:

**HEMOGRAM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih****Tetkik** |  |  |  |  |
| Eritrosit (4 000 000-5 900 000 mm3) |  |  |  |  |
| Hemoglobin (12-18 g/dl) |  |  |  |  |
| Hematokrit (% 37-50) |  |  |  |  |
| Retikülosit |  |  |  |  |
| Lökosit (4 000-11 000 mm3) |  |  |  |  |
|  **FORMÜL %** | Granülosit (%30-70) |  |  |  |  |
| Netrofil (%40-70) |  |  |  |  |
| Eozinofil (%0.0-0.8) |  |  |  |  |
| Bazofil (%0.0-0.1) |  |  |  |  |
| Monosit (%2.0-10) |  |  |  |  |
| Lenfosit (%20-50) |  |  |  |  |
| Trombosit 150 000-400 000 mm3 |  |  |  |  |

**BİYOKİMYA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Tetkik*** | **Tarih** | ***Tetkik*** | **Tarih** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Glikoz | 60-110 mg/dl |  |  |  |  | Amilaz (serum)8-32 Wohlgemuth Ü |  |  |  |  |
| BUN | 10-20 mg/dl |  |  |  |  | Total bilirubin0.1-1.2 mg |  |  |  |  |
| ÜRE | 10-50 mg/dl |  |  |  |  | Direkt bilirubin< %0.3 mg |  |  |  |  |
| Kreatinin | 0.7-1.4 mg/dl |  |  |  |  | İndirekt bilirubin%0.1-0.5 mg |  |  |  |  |
| Ürik asid | 2,4-%5,7 mg/dl |  |  |  |  | Total kolesterol< 200mg/dl |  |  |  |  |
| Sodyum | 135-145 mmol/l |  |  |  |  | Total lipid400-800 mg |  |  |  |  |
| Potasyum | 3.5-5.0 mmol/l |  |  |  |  | Trigliserid%40-150 mg |  |  |  |  |
| Klorür | 97-107 mmol/l |  |  |  |  | HDL-Kolesterol> 35 mg/dl |  |  |  |  |
| Kalsiyum | 8.6-10.2 mg |  |  |  |  | LDL-Kolesterol<160 mg/dl |  |  |  |  |
| Fosfor | 2.5-4.5 mg |  |  |  |  | VLDL-Kolesterol0-40 mg/dl |  |  |  |  |
| Magneziyum0.65-1.25 mmol/l |  |  |  |  | Total protein6-8 gr/dl |  |  |  |  |
| Alkali Fosfataz0.8-2.9 Bessey-Lowry Ü |  |  |  |  | Albümin3.5-5.0 gr/dl |  |  |  |  |
| Prostatik asid fosfataz<0.2 Bessey-Lowry Ü |  |  |  |  | Globülin2.5-3.5 gr/dl |  |  |  |  |
| SGOT |  |  |  |  |  | IgG %700-1700 mg |  |  |  |  |
|  | 13-37 U/l |
| SGPT |  |  |  |  |  | IgA %70-350 mg |  |  |  |  |
|  | 10-40 U/l |
| LDH | 60-220 IU/l |  |  |  |  | IgM %60-210 mg |  |  |  |  |
| CPK | < 40 IU/l |  |  |  |  | Fe 50-175 mg/dl |  |  |  |  |
| PT |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| aPTT |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| pH | (7.35-7.45) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PaO2 | (80-100 mmHg) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PaCO2 | (35-45 mmHg) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**İDRAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih****Tetkik** |  |  |  |  |
| Renk |  |  |  |  |
| Reaksiyon |  |  |  |  |
| Dansite |  |  |  |  |
| Protein |  |  |  |  |
| Şeker |  |  |  |  |
| Aseton |  |  |  |  |
| Bilirubin |  |  |  |  |
| Ürobilinojen |  |  |  |  |
| Ürobilin |  |  |  |  |

**KÜLTÜR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kan kültürü** | **İdrar kültürü** | **Balgam/Boğaz kültürü** | **Dışkı kültürü** | **Yara kültürü** |
|  |  |  |  |  |

**VİTAL BULGULAR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vücüt ısısı** | **Nabız** | **TA** | **Solunum** | **SPO2** |
| **Sayı** | **Tipi** | **mmHg** | **Sayı** | **Tipi** | **mmHg** |
| Tarih/Saat: |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VÜCUT ISISI**1. Oral
2. Rektal
3. Aksiller
 | **NABIZ**1. Normal
2. Taşikardi
3. Bradikardi
4. Filiform nabız
5. Defisit nabız
6. Corrigan nabız
7. Pulsus paradoksus
8. Pulsus alternans İ. Pulsus bigeminus

J. Aritmik nabız | **SOLUNUM**1. Normal
2. Bradipne
3. Taşipne
4. Apne
5. Hipopne
6. Hiperpne
7. Hipoventilasyon
8. Hiperventilasyon İ. Kussmaul solunum
9. Chane-Stokes solunum
10. Biot solunum
11. Dispne
 |  **ŞUUR**1. Açık
2. Kolay uyandırılabilir
3. Somnolans
4. Laterji
5. Stupor
6. Yarı koma
7. Koma
 |  **CİLD**1. Normal
2. Dehidrate
3. Siyanotik
4. Kızarmış
5. Nemli
6. Soluk
7. Ödemli
 |

**ALDIĞI ÇIKARDIĞI TAKİP FORMU**

|  |
| --- |
| **Tarih:** |
|  | **ALINAN SIVI** | **ÇIKARILAN SIVI** |
| **ORAL** | **PARENTERAL** |
| Saat | Miktar | İçerik | Miktar | İçerik | İdrar | Kusma | NG | Dren |
| **Tarih:**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Total: |  |  | Total:Denge: |  |
| **Tarih:**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Total: |  |  | Total:Denge: |  |
| **Tarih:**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Total: |  |  | Total:Denge: |  |

**TEDAVİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ORAL TEDAVİ** | **PARANTERAL TEDAVİ** |
| İlacın adı | Miktarı(örn:2x1) | Zamanı(saat) |  | Miktarı(örn:2x1) | Zamanı(saat) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**HEMŞİRELİK BAKIM PLANI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HEMŞİRELİK TANISI** | **NEDEN** | **AMAÇ** |  **GİRİŞİMLER** | **DEĞERLENDİRME** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **HEMŞİRELİK TANISI** | **NEDEN** | **AMAÇ** |  **GİRİŞİMLER** | **DEĞERLENDİRME** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HEMŞİRELİK TANISI** | **NEDEN** | **AMAÇ** |  **GİRİŞİMLER** | **DEĞERLENDİRME** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HEMŞİRELİK TANISI** | **NEDEN** | **AMAÇ** |  **GİRİŞİMLER** | **DEĞERLENDİRME** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HEMŞİRELİK TANISI** | **NEDEN** | **AMAÇ** |  **GİRİŞİMLER** | **DEĞERLENDİRME** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |