|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **YETİŞKİN HASTA**  **TANILAMA FORMU** | | | | Hasta Adı Soyadı: Protokol No:  Cinsiyeti: E K  Doğum Tarihi: Yatış Tarihi:  Post-op ….. gün | | | | | | |
| **KABUL BİLGİLERİ** |  | | | Hasta Kol Bandı | Var (Bilgileri Kontrol Et) | | | | | Takıldı |
| Hastaneye Geldiği Yer | Ev (Herhangi Bir Bakım Yok) | | | Acil Servis | | | | Bir Başka Kurum | |
|  | Diğer…………………………………………………………………………………. | | | | | | | | |
| Bilgi Kaynağı | Kendisi | | Yakını (Adı Soyadı) ……………………………………………… | | | | | | |
| Eğitim Durumu | ………………………………………................................................................................. | | | | | | | | |
| İşi/Mesleği | ……………………………....... | | | | | Aktif Çalışıyor | | Çalışmıyor | |
| Sağlık Güvencesi | Yok | | Var (Tanımla) ………………………………………………………... | | | | | | |
| Son 6 Ay İçinde Hastaneye Yatış | Hayır | | Evet (Tanımla) ……………………………………………………….. | | | | | | |
| Acile Aynı Nedenle Başvuru | Hayır | | Evet (Tanımla) ……………………………………………………….. | | | | | | |
| Hastaneye Geliş Nedeni | (Şikayetleri)…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | |
| Tıbbi Teşhis | …………………………………………………………………………………………... | | | | | | | | |
| Servise Geliş Şekli | Yürüyerek | | Sedye ile | | | | Tekerlekli Sandalye | Kucakta | |
|  | Yardımcı destek araçları (Walker vb) | | | | | | Yakını İle | Diğer ..………… | |
| Kabuldeki Emosyonel Durumu | Sakin | | Kaygılı | | | | Üzgün | Ajite | |
|  | Ağlıyor | | Diğer………………………………………………………………….. | | | | | | |
| Kabuldeki Boy/Kilo | Boy | | Kilo | | | BKİ: | | Bel çevresi:  Kalça çevresi: | |
| Kan Grubu |  | |  | | |  | |  | |
| **TIBBİ HİKÂYESİ** | Daha Önce Geçirilmiş Hastalıklar / Operasyonlar | | | Yok | | | Var | | | |
| Geçirilmiş Hastalık / Operasyon | | | | | | Tarih | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| Birinci derece yakınlarında kalıtsal hastalık var mı?  Diyabet Hipertansiyon Hayır Kanser Diğer | | | | | | | | | |
| Kullanmakta Olduğu İlacın adı | | Günlük kullanım miktarı | | | | Kullanım süresi | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
| Yanında Getirdi mi? | | Hayır | Evet | | |  | | | |
| Allerjiler(İlaç, gıda, latex, çevre) | | Yok | Var | | | Alerji bilekliği takıldı | | | |
| **PROTEZLER** | İşitme Cihazı | | Yok | | | | Var | | | |
| Gözlük | | Yok | Var | | | Kontak Lens | | | |
| Diş Protezi | | Yok | Var | | |  | | | |
| Kardiyak İnplant | | Yok | Kalıcı Pace | | | Geçici Pace | | | |
| Diğer | |  |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | | |
| **ROL- İLİŞKİ ÖRÜNTÜSÜ** | Yardıma ihtiyacı olduğunda  başvurduğu kişiler | |  | | | | | | | |
| Bakımını üstlendiği kişiler | | Yok | Var | | Açıklayınız: ………………. | | | | |
| Hastanede kendisine refakat edecek kişiler | | Yok | Var | | Açıklayınız: ………………. | | | | |
| Evde bakımında yardımcı olacak kişiler | | Yok | Var | | Açıklayınız: ………………. | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GÜVENLİK KORUNMA ÖRÜNTÜSÜ** | Uygun oda ısısı | | Normalden Sıcak Olmalı | | | | | | | Normalden Soğuk Olmalı | | | | | |
| Düşme riski | | Puan | | | Düşük | | | | Orta | | | | | Yüksek |
| Basınç yarası riski | | Puan | | | Düşük | | | | Orta | | | | | Yüksek |
| Kanama riski | | Yok | | | Aspirin Kullanıyor | | | | Antikoagulan Kullanıyor | | | | | Trombositopeni |
|  | | Diğer: …………………. | | | | | | | | | | | | |
| Aspirasyon riski | | Yok | | | Var | | | | Açıklayınız: ………………. | | | | | |
| Enfeksiyon riski | | Yok | | | Lökopeni | | | | Kortikosteroid Kullanımı | | | | İmmunosupresif Kullanımı | |
|  | | Katater | | | İnsizyon | | | | Açıklayınız:……… | | | | | |
|  | | Sekresyon Artışı | | | | | | Diğer | | | | | | |
| **RAHATLIK** | Ağrı | | Yok | | Var | | | Yerleşim Yeri: ………  Ağrının Niteliği: Sızlama Gerilme Keskin Künt Zonklama Acıma Yanma Sıkıştırma | | | | | Süre: ……………  Ağrıyı Azaltan Faktörler:  Ağrıyı Artıran Faktörler  Ağrı Puanı: | | |
| Bulantı kusma | | Yok | | Var | | | Açıklayınız: …………… | | | | |  | | |
| Yorgunluk | | Yok | | Var | | |  | | | | | Puan: | | |
| **SAĞLIĞI GELİŞTİRME** | Hsatanın tedavi ve bakımla ilgili beklentisi(kendi ifadesi) | |  | | | | | | | | | | | | |
| Sigara | | Kullanmıyor | | | | Kullanıyor | | | | Bırakmış  Açıklayınız: …………… | | | | |
| Alkol | | Kullanmıyor | | | | Kullanıyor | | | Bırakmış  Açıklayınız: …………… | | | | | |
| Diğer | |  | | | |  | | |  | | | | | |
| Kişisel temizlik ve giyinme: | | | | | | | | | | | | | | |
| Banyo sıklığı: ………………………………………………………………………………………………………………………  Ağız bakım sıklığı: …………………………………………………………………………………………………………………  Traş sıklığı: ………………………………………………………………………………………………………………………..  Egzersiz durumu: ………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | |
| **BİLİŞSEL –ALGISAL ÖRÜNTÜ** | Bilinç durumu | Bilinç Açık  Yer  Zaman  Kişi | | Bilinç Kapalı Halüsünasyonlar Dikkat Dağınıklığı    Oryantasyon Bozukluğu/Konfüzyon Diğer ……… | | | | | | | | | | | |
| Emosyenel durum | Sakin  Ajite | | Kaygılı  Diğer………… | | | | | | | | Üzgün | | | |
| Görme problemi | Yok | | Var(Tanımlayınız): ………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | |
| İşitme güçlüğü | Yok | | Var(Tanımlayınız): ………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | |
| Destekleyici araç ihtiyacı | | Yok  Alçı | | | Koltuk Değneği  Sandalye | | | | Baston | | | | | Atel |
| Diğer………….. | | | | |  |
| Uyku saatleri/ süresi (tanımlayınız): ……………………………………………………………………………………………………  Uyku ile ilgili alışkanlıkları: ……………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | |
| Gündüz uykusu | | Yok | | | Var(Tanımla) | | | | | | | | | |
| Uyku sonrası kendinizi dinlenmiş hissediyor musunuz? | | Evet | | | Hayır(Tanımla) | | | | | | | | | |
|  | Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirirsiniz? | |  | | |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KENDİNİ ALGILAMA** | Kendine özen gösterir | | Evet | | | Hayır(Tanımla) | | |
| Beden imajını etkileyebilecek faktörler | | Yok | | | Var(Tanımla) | | |
| Diğer | | | | | | | |
| **BESLENME/METABOLİK ÖRÜNTÜ** | Beslenme şekli: | Oral | TPN | | NG | | | Gastrostomi |
| Diyeti | Oral Stop | R1 | | R2 | | | R3 |
| Özel diyeti (tanımla) |  | | | | | | |
| Beslenme ile ilgili problemler | Yok Dehidratasyon Ağız Yarası  İştahsızlık Yutma Güçlüğü Diş Problemi Diğer…….. | | | | | | |
| Normal beslenme alışkanlığı | | | | | | | |
| Diyetine uyumu | | | | | | | |
| Kilo kaybı | Yok | | | | | Var(Tanımla) | |
| Diğer………………… | | | | | | | |
| **BOŞALTIM** | Defekasyon şekli | Normal Ostomi Diğer | | | | | | |
| Defekasyon sıklığı: ……. / gün | En Son Defekasyon Tarihi: | | | | | | |
| Defekasyon problemleri | Yok Konstipasyon Diyare Melana  Hematemez Dışkılamada Ağrı Lavman Kullanımı  Diğer……………… | | | | | | |
| Defekasyon problemleri çözümü için kullanılan medikal ilaçlar | Laksatif  Antidiyaretik | | | | | | |
| Diürez/boşaltım şekli | Normal Foley Sonda Slikon Sonda Hasta Bezi Diğer | | | | | | |
| Diürez Problemleri | Yok Pollakürü Retansiyon Dizüri  İnkontinans Poliüri Hematüri  Diğer……………… | | | | | | |
| Diüretik kullanıyor mu? | Evet  Hayır | | | | | | |
| Diğer |  | | | | | | |
| **CİNSELİK ÜREME ÖRÜNTÜSÜ** | Cinsellikle ilgili problem | Yok | | | Var | | | |
| (Tanımla)……………………………… | | | | | | | |
| Son menstrasyon tarihi: | | | | Mensturasyon yaşı | | | |
| Mensturasyon siklusu | Düzenli  Sıklık: ……./Gün | | | Düzensiz(Tanımla) | | | |
| Mensturasyona ilişkin sorunlar | Yok Ara Kanama Dismenore Diğer | | | | | | |
| Vulvar kaşıntı | Yok | | | Var | | | |
| Vajinal sekresyon | Yok |  | |  | | |  |
|  | Var | Miktar: | | Renk: | | | Koku: |
| Gebelik şüphesi | Yok | Var | | Soru Uygun Değil | | | |
| Gebelik sayısı |  | | | | | | |
| Kürtaj sayısı |  | | | | | | |
| Düşük sayısı |  | | | | | | |
| Son smear test tarihi |  | | | | | | |
| Kendi kendine meme muayenesi | Yapıyor | | Yapmıyor | | | | |
| Kendi kendine testis muayenesi | Yapıyor | | Yapmıyor | | | | |
| Prostat muaeyenesi yaptırma durumu | Yapıyor | | Yapmıyor | | | | |
| PSA yaptırma durumu | Evet | | Hayır | | | | |
| Prezervatif kullanma durumu | Evet | | Hayır | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BAŞETME /STRES TOLERANS Ö.** | Hastalık ya da hastaneye yatmaya bağlı endişeler | | | | |
| Yakın geçmişte önemli bir kayıp /değişim yaşama | | | | |
| Çoğu zaman kullandığı baş etme yolları | | | | |
| **DEĞER VE İNANÇ Ö.** | İnancınız doğrultusunda yapılmasını istediğiniz/istemediğiniz uygulamalar var mı? | | | |  |
| Ölümü algılayışı | | | | |
| **FİZİKSEL DEĞERLENDİRME** | | | | | |
| **SOLUNUM** | Solunum Özelliği Normal Dispne Taşipne  Ortopne Hırıltılı solunum Diğer | | | | |
| Öksürük | Yok | Var (Tanımla) | | |
| Balgam | Yok | Var (Tanımla) | | |
| Entübasyon | Yok | Var (Süresi) | | |
| Trakeostomi | Yok | Var (Süresi) | | |
| Oksijen Desteği | Yok | Var (Süresi/Miktarı) | | |
| Akciğer Sesleri Dinleme Bulguları | Normal | Var (Tanımla)………………………………………………………… | | |
| Göğüs tüpü | Yok | Var (Tanımla) | | |
| Yardımcı solunum kaslarının kullanımı | Yok | Var (Tanımla) | | |
| Basınçlı O2 | Yok | Var (Tanımla) | | |
| Diğer |  |  | | |
| **DOLAŞIM** | Nabız | Düzenli | Düzensiz(Tanımla)……………………………………………… | | |
| Kapiller dolum | >3 Sn | < 3 Sn | | |
| CVP: |  |  | | |
| Periferik nabızlar | Normal | Nabız Alınamıyor (Tanımla) | | |
| Ekstremiteler | Normal | Siyonize Diğer | | |
| Diğer |  |  | | |
| **DERİ** | Gözler | Temiz Akıntılı Kızarık Diğer | | | |
| Sıcaklık | Normal Hipotermi Hipertermi Terleme | | | |
| Kızarıklık | Yok | | Var (Tanımla) | |
| Kuruluk /pullanma | Yok | | Var (Tanımla) | |
| Kızarıklık | Yok | | Var (Tanımla) | |
| Tüp/Katater/Dren | Yok | | Var (Tanımla) | |
| Ödem | Yok | | Var  Yeri……………. Şiddeti……………….. | |
| Basınç yarası | Yok | | Var  Yeri:……………. Büyüklük:………………. Özellik:. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KAS- İSKELET** | Tüm Ekstremitelerin Hareketi | Yeterli | Yetersiz (Tanımla)……………………………………………………….. | | | | | | | | | | |
| Yürüyüş ve Denge | Dengeli | Dengesiz (Tanımla)……………………………………………………….. | | | | | | | | | | |
| El Kavrayışı | Eşit Güçlü Zayıf/Paralizi | | | | | | | | | | | |
| Bacak Kasları | Eşit Güçlü Zayıf/Paralizi | | | | | | | | | | | |
| **NÖROVASKÜLER DEĞERLEDNİRME** |  | | | ALT EKSTREMİTE | | | | ÜST EKSTREMİTE | | | | |
| Sağ | | Sol | | Sağ | | | Sol | |
| Evet | Hayır | Evet | Hayır | Evet | Hayır | | Evet | Hayır |
| Ağrı var mı? | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Solukluk var mı? | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Nabız alınıyor mu? | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Hissizlik yaşıyor mu? | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Hareket ettirebiliyor mu? | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Basınç hissi var mı? | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Isı farkı var mı? | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **NÖROLOJİK** | Pupiller | Eşit | | Eşit Değil | | | | | | | | | |
| Işık Reaksiyonu (Sağ)  (Sağ) | Yok Var (Tanımla)  Yok Var (Tanımla) | | | | | | | | | | | |
|  | Var Yok Var (Tanımla) | | | | | | | | | | | |
| Gözler | Temiz | | Dengesiz Yürüme | | | | | | | Deformite | | |
| Glaskow Koma Skalası Puanı |  | |  | | | | | | |  | | |
| **GIS** | Bağırsak Sesleri | Sayı: | | | | | | | | | | | |
| Karın Muayenesi | İnspeksiyon bulguları:  Oskültasyon bulguları:  Palpasyon bulguları:  Perküsyon bulguları: | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **TABURCULUK PLANI** | TABURCU OLDUKTAN SONRA ÖZBAKIM İLE İLGİLİ BEKLENEN PROBLEMLER: ……………. |
| EVDE BAKIM HİZMETİNE İHTİYACI OLACAK MI? |
| EVDE SÜRDÜRMESİ GEREKEN TEDAVİ PLANI NEDİR: …………………. |
| **EĞİTİM PLANI**  **Eğitim Verilen Kişi:**  **Eğitimin Konusu:**  **Eğitimin Tarihi:**  **Eğitim Verilen Yer:**  **Eğitimin Süresi:**  **Eğitimde Kullanılan Yöntemler:**  **Eğitimin Amacı:**  **Eğitimin Hedefleri:** (Bilişsel, Duyuşsal, Psikomotor alanlara göre yazılmalıdır)    **Eğitimin İçeriği:**  **Eğitimin Değerlendirmesi:** (Hedefler doğrultusunda yazılmalıdır) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HASTANIN LABORATUVAR BULGULARI VE HEMŞİRE YORUMU** | | | |
| LABORATUAR PARAMETRESİ | NORMAL ARALIKLARI | HASTANIN SONUÇLARI | HEMŞİRE YORUMU |
|  |  |  |  |