|  |  |
| --- | --- |
| **YETİŞKİN HASTA****TANILAMA FORMU** | Hasta Adı Soyadı:Protokol No:Cinsiyeti: [ ] E [ ] KDoğum 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 FaktörlerAğrı Puanı: |
| Bulantı kusma  | [ ] Yok | [ ] Var | Açıklayınız: …………… |  |
| Yorgunluk | [ ] Yok | [ ] Var |  | Puan: |
| **SAĞLIĞI GELİŞTİRME** | Hsatanın tedavi ve bakımla ilgili beklentisi(kendi ifadesi) |  |
| Sigara | [ ] Kullanmıyor | [ ] Kullanıyor | [ ] BırakmışAçıklayınız: …………… |
| Alkol | [ ] Kullanmıyor | [ ] Kullanıyor | [ ] BırakmışAçıklayınız: …………… |
| 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 | LaksatifAntidiyaretik  |
| 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 | [ ] DüzenliSıklık: ……./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 | [ ] VarYeri……………. 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 |
|  |  |  |  |