

**HEMŞİRELİK ESASLARI II DERSİ**  
**HASTA BAKIMINA İLİŞKİN**  
**VERİ TOPLAMA VE DEĞERLENDİRME FORMU**

Öğrenci Adı Soyadı:

Öğrenci No:

Hasta Adı Soyadı:

Tıbbi tanısı:

Yaşı:

Yapılan ameliyat:

Cinsiyeti: Kadın ☐ Erkek ☐

Postoperatif gün:

Eğitim düzeyi:

Servise Kabul Tarihi:

Veri Toplama Tarihi:

Taburculuk Tarihi:

Bilgi Kaynağı:

☐ Kendisi ☐ Yakını ☐ Diğer.....

Hastanın mevcut yakınması/şikayeti:

Şikayetin başlangıç zamanı:

Şikayete yönelik hastanın kendi uygulamaları:

Önceden geçirdiği hastalıklar:

Önceden geçirilmiş operasyon:

Alerjileri:

Varsa aldığı ilaç tedavisi:

Hastanın adresi:

İletişim kurulacak yakınının adı soyadı:

Hemşire imza

**FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜSÜ**  
**1.SAĞLIĞI ALGILAMA-SAĞLIĞIN YÖNETİMİ**

VERİ	SIKLIĞI	HEMŞİRELİK TANISI
Sağlığını nasıl tanımlarsınız? Düzenli sağlık kontrolü yaptırır mısınız? Egzersiz yapıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Hayır	
Sigara kullanıyor musunuz? Alkol kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Hayır	
Baş dönmesi hissediyor musunuz? Yorgunluk hissediyor musunuz? Bu şikayetlerin başlangıcı, süresi ve sıklığı Ne zaman başladı? Ne kadar sürdü? Ne sıklıkta oluyor?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Hayır ..... ..... .....	

**2.BESLENME- METABOLİK DURUM**

VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
Diyeti		
Hangi yoldan besleniyor?	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nazogastrik- cc/h <input type="checkbox"/> Gastrostomi-cc/h <input type="checkbox"/> Total parenteral-cc/h	
Günlük tuz tüketimi	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kısıtlı <input type="checkbox"/> Fazla	
Günlük sıvı alımı	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kısıtlı <input type="checkbox"/> Fazla .....cc   .....cc .....cc	
IV Yol IV Yolun takılma zamanı Periferik katater yeri	<input type="checkbox"/> Perifer <input type="checkbox"/> Santral <input type="checkbox"/> Port .....tarihinde .....bölgesi	

## 2.BESLENME- METABOLİK DURUM

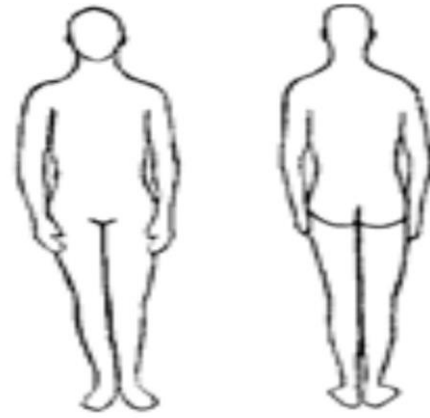
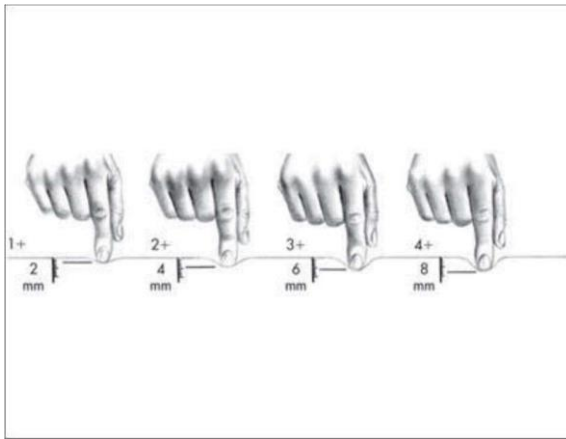
VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
<b>Günlük gıda ve sıvı alımını etkileyen faktörler</b>		
İştah durumu	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Artmış	
<b>Ağız-Boğaz durumu</b>		
Ağızda hassasiyet	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Oral mukoz membranda bozulma	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Ağızda yara	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Ağızda kuruluk	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Dişetinde şişme/kanama	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Boğaz ağrısı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Yutma güçlüğü	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Tat almada azalma	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
<b>Mide</b>		
Hazımsızlık	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Midede ağrı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Bulantı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Kusma	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Regürjitasyon	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
<b>Metabolik durum</b>		
Boy	.....cm	
Kilo	.....kg	
Beden kitle endeksi	..... kg/m <sup>2</sup>	
Son bir ayda kilo değişimi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Kilo alımı .....kg <input type="checkbox"/> Kilo kaybı.....kg	
<b>Deri</b>		
Vücut sıcaklığı	<input type="checkbox"/> Sabah.... <sup>0</sup> C <input type="checkbox"/> Akşam.... <sup>0</sup> C	
Turgor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış	
Deride renk değişikliği	<input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Solukluk	
Kuruluk	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Kaşıntı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Tırnak değişikliği	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Çomak parmak <input type="checkbox"/> Kaşık tırnak <input type="checkbox"/> Siyanotik	

## 2.BESLENME- METABOLİK DURUM

VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
<b>Karın</b>		
Karında asit Karın çevresi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok .....	
<b>Ayaklar</b>		
Ödem *Ödem derecesi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok .....	
<b>Basınç ülseri</b>		
***Braden skalası puanı	.....	
Basınç ülseri derece (1-4)	.....	
**Basınç ülserinin yeri (tanımla)	.....	

\*Ödem Derecesi

\*\*Basınç Ülseri Bölgesi



ÖN

ARKA

***BRADEN SKALASI (uygun sayıyı daire içine alın ve toplam skoru hesaplayın)						
Duyu / algı	Nem	Aktivite	Hareketlili k	Beslenme	Sürtünme	Toplam
Tamamen sınırlı 1	Sürekli Nem 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	Ara sıra 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		
****Toplam Braden skalasının 16'dan az olması basınç ülseri riskini gösterir						

### 3. BOŞALTIM

VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
<b>Barsak boşaltımı</b>		
Barsak sesleri (4-12/dk) Abdomen  Barsak boşaltım sıklığı En son barsak boşaltım tarihi Konstipasyon Diyare Laksatif kullanımı Karında ağrı/gerginlik Fekal inkontinans Dışkıda anormal koku Ostomi Rektum	...../dk <input type="checkbox"/> Yumuşak <input type="checkbox"/> Yarı yumuşak <input type="checkbox"/> Sert <input type="checkbox"/> Gergin <input type="checkbox"/> Düz <input type="checkbox"/> Hassas .....kez/günde .....tarihinde .....kez/haftada .....kez/günde <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var/bölge..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Problem yok <input type="checkbox"/> Döküntü <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Hemoroid	
<b>İdrar boşaltımı</b>		
İdrara çıkma sıklığı artmış İdrar yaparken yanma/zorlanma Hematüri Oligüri Anüri Uregency Glob İdrar inkontinansı İdrarda renk değişimi  İdrar dansitesi İdrar sondası Suprapubik katater Prezervatif sonda Mesane jimnastiği Diüretik kullanımı Diyaliz	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....cc/h <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var .....kez/gün <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Şeffaf <input type="checkbox"/> Bulanık <input type="checkbox"/> Tortulu <input type="checkbox"/> Sarı <input type="checkbox"/> Pembe  ..... <input type="checkbox"/> Var:.....gün <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:.....gün <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:.....gün <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Hemodiyaliz <input type="checkbox"/> Periton diyaliz	

#### 4.AKTİVİTE-EGZERSİZ BİÇİMİ

VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
Fizik bulgular-*Yaşam bulgu değerleri (Tabloya yazınız)		
Solunum	...../dk	
Solunum özelliği	<input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Hiperpne <input type="checkbox"/> Hipopne <input type="checkbox"/> Hiperventilasyon <input type="checkbox"/> Hipoventilasyon <input type="checkbox"/> Dispne	
Oksijen kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Nazal.....L/dk <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Maske O <sub>2</sub> %.....	
Nebul/ilaç kullanımı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
İnhaler kullanımı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Öksürük	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Sekresyon	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Balgam özelliği	<input type="checkbox"/> Şeffaf renksiz <input type="checkbox"/> Sarı renkte <input type="checkbox"/> Koyu kıvam <input type="checkbox"/> Kötü Kokulu	
Aspirasyon	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet.....kez/günde	
Trakeostomi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Sigara kullanımı	<input type="checkbox"/> Var...yıldır.....adet/günde.	
Bırakma isteği	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Bırakma zamanı	.....	
Göğüs tüpü	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var/sağ <input type="checkbox"/> Var /sol <input type="checkbox"/> Gelen sıvı.....cc/h	
Nabız sayısı	...../dk	
Nabız ritmi	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aritmi <input type="checkbox"/> Taşikardi <input type="checkbox"/> Bradikardi	
**Periferal Nabız (tablo)		
Kas-iskelet, Nörolojik sistem		
Kas kuvveti üst ekstremiteler	<input type="checkbox"/> Eşit <input type="checkbox"/> Eşit değil <input type="checkbox"/> Kuvvetli <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Yok	
Kas kuvveti alt ekstremiteler	<input type="checkbox"/> Eşit <input type="checkbox"/> Eşit değil <input type="checkbox"/> Kuvvetli <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Yok	
ROM üst ekstremitelerde	<input type="checkbox"/> Tam <input type="checkbox"/> Sınırlı	
ROM alt ekstremitelerde	<input type="checkbox"/> Tam <input type="checkbox"/> Sınırlı	
Ekstremitelerde Kontraktür	<input type="checkbox"/> Var: sağ/sol/üst/alt <input type="checkbox"/> Yok	
Ekstremitelerde Atrofi	<input type="checkbox"/> Var: sağ/sol/üst/alt <input type="checkbox"/> Yok	
Ekstremitelerde Tremor	<input type="checkbox"/> Var: sağ/sol/üst/alt <input type="checkbox"/> Yok	
Ekstremitelerde Hareket kısıtlı	<input type="checkbox"/> Var: sağ/sol/üst/alt <input type="checkbox"/> Yok	
Ekstremitelerde Deformite	<input type="checkbox"/> Var: sağ/sol/üst/alt <input type="checkbox"/> Yok	
Ekstremitelerde Paralizi/pleji	<input type="checkbox"/> Var: sağ/sol/üst/alt <input type="checkbox"/> Yok	
Eklemlerde şişlik	<input type="checkbox"/> Var: sağ/sol/üst/alt <input type="checkbox"/> Yok	
Eklemlerde Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Var: sağ/sol/üst/alt <input type="checkbox"/> Yok	
Eklemlerde Ağrı	<input type="checkbox"/> Var: sağ/sol/üst/alt <input type="checkbox"/> Yok	

#### 4. AKTİVİTE-EGZERSİZ BİÇİMİ

VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
<p>Günlük yaşam aktiviteleri-Kendine bakabilme yeteneği</p> <p>Düzy belirlleme kodları</p> <p>Düzy 0: Kendi kendine tam bakıyor</p> <p>Düzy I: Araç-gerece gereksinim duyuyor</p> <p>Düzy II: Bir başka kişinin denetiminde (yardımcı gereksinimi var)</p> <p>Düzy III: bir başka kişinin denetiminde ya da yardımcı araç- gerece gereksinim duyuyor)</p> <p>Düzy IV: Bağımlı ve katkıda bulunmuyor.</p>		
Beslenme	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
Banyo yapma	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
Tuvalete gitme	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
Yatak içi hareket	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
Giyinme	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
Yürüme	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	

\*Yaşam bulguları

	Tarih /Saat	Ateş / Bölge	Nabız / Bölge	Solunum	Kan basıncı / Bölge
Yaşam Bulguları					

\*\*Periferel Nabız Gücü : 0=yok ; 1= Zayıf ; 2= Orta ; 3= Güçlü

Brakiyal	Güç	Radial	Güç	Popliteal	Güç	Femoral	Güç	Dorsalis Pedis	Güç	Posterior Tibial	Güç
(Sağ)		(Sağ)		(Sağ)		(Sağ)		(Sağ)		(Sağ)	
(Sol)		(Sol)		(Sol)		(Sol)		(Sol)		(Sol)	

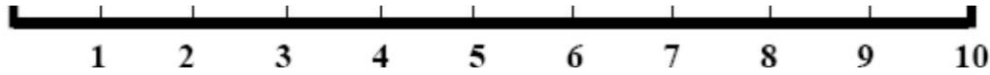
#### 5.UYKU-DİNLENME BİÇİMİ

VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
Fizik bulgular-*Yaşam bulgu değerleri (Tabloya yazınız)		
Gece uyku süresi/evde	.....st	
Gece uyku süresi/hastane	.....st	
Gündüz uyku alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Var.....süre/st <input type="checkbox"/> Yok	
Hastanede uykusuzluk	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Uykuya dalma problemi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Erken uyanma	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Hastanede uykusuzluk nedeni	<input type="checkbox"/> Anksiyete <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Gürültü <input type="checkbox"/> Rutinler için bölünme <input type="checkbox"/> Sürekli ışıklandırma	

## 6.BİLİŞSEL-ALGILAMA BİÇİMİ

VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
<b>Bilişsel</b>		
Yakın hafıza bozukluğu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Uzak hafıza bozukluğu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Düşünme süreci	<input type="checkbox"/> Sorulara cevabı uygun <input type="checkbox"/> Sorulara cevap güvenilir değil	
Bilinç düzeyi	<input type="checkbox"/> Konfüze <input type="checkbox"/> Uyanık <input type="checkbox"/> Laterjik <input type="checkbox"/> Koma	
Oryantasyon kişi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Oryantasyon yer	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Oryantasyon zaman	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Direktifleri anlama yeteneği	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
<b>Duyusal</b>		
Pupil reaksiyonu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Görme	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Lens <input type="checkbox"/> Göremiyor	
İşitme	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> İşt cihazı: sağ/sol	
Periferik duyuşsal algılama	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Sıcak/soğuk intoleransı <input type="checkbox"/> Uyuşukluk/karıncılanma	
*Ağrı (varsa tabloyu doldur)	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	

### Ağrının Değerlendirilmesi



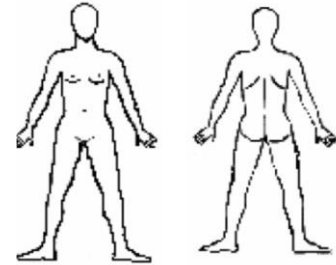
Ağrı yok

Dayanılmaz ağrı

Ağrı ile İlgili Değerlendirmelerinizi Eksiksiz Olarak  
Altta

Gördüğünüz Şekilde Kodlayınız

Ağrı değerlendirme	Tarih/saat
Ağrı skoru (1-10)	
Ağrı niteliği	
Farmakolojik ted.	
Nonfarmakolojik ted.	
Yan etkiler	



Nitelik	Farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik tedavi	Yan etkiler
1.İğneleyici 2.Yanııcı 3.Kramp 4.Kesici 5.Yanııcı 6.Batıcı 7.Spazm 8.Zonklayıcı 9.Diğer.....	1.IV Non-Steroid Anti Enflamatuvar 2.Oral Non-Steroid Anti Enflamatuvar 3.IM İlaç 4. Hasta Kontrollü Analjezi (PCA) 5.Epidural 6.Diğer .....	1.Masaj 2.Dikkati dağıtma 3.Müzik 4.Pozisyon 5.Sıcak/soğuk uygulama 6.Diğer .....	1.Sedasyon 2.Konstipasyon 3.Hipotansiyon 4.Bulantı - Kusma 5.Kaşıntı 6.Üriner retansiyon 7.Uyuşukluk/karıncaalanma 8.Diğer .....

### 7.KENDİNİ ALGILAMA-KAVRAMA BİÇİMİ

VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
Kendini algılama		
Fiziksel sağlığınız ile ilgili en önemli endişeniz/korkunuz nedir?	..... ..... .....	
Şu anki sağlık probleminiz sizde ne tür duygular yaratıyor?	<input type="checkbox"/> Endişe <input type="checkbox"/> Korku <input type="checkbox"/> Öfke <input type="checkbox"/> Huzursuzluk <input type="checkbox"/> Yetersizlik <input type="checkbox"/> Çaresizlik <input type="checkbox"/> Ümitsizlik	
Genel görünüm ve iletişim		
Giyinme Göz iletişimi Konuşma İletişim şekli	<input type="checkbox"/> Temiz/düzgün <input type="checkbox"/> Dağınık <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Anlaşılmıyor <input type="checkbox"/> Yüksek ses tonu <input type="checkbox"/> Alçak ses tonu <input type="checkbox"/> Diğer..... <input type="checkbox"/> Rahat <input type="checkbox"/> Atılğan <input type="checkbox"/> Çekingen <input type="checkbox"/> İletişim kurmuyor <input type="checkbox"/> Diğer.....	

### 8.ROL-İLİŞKİ BİÇİMİ

VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
İş/mesleği	.....	
Medeni durumu	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar	
Destek sistemleri (aile, arkadaş,sosyal, kültürel..)	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Rol ve ilişkilerinde değişim	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....	
Yaşanan önemli kayıplar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....	
Yaşam tarzı değişiklikleri	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....	
Emosyonel durum	<input type="checkbox"/> Sakin <input type="checkbox"/> Mutlu <input type="checkbox"/> Üzgün <input type="checkbox"/> Depresif <input type="checkbox"/> Ajite <input type="checkbox"/> Kızgın	

### 9.CİNSELLİK-ÜREME BİÇİMİ

VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....	
Etkili meme muayenesi yapma	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Menapoz	<input type="checkbox"/> Evet/tarih..... <input type="checkbox"/> Hayır	
Yıllık/Aylık kontrol	<input type="checkbox"/> Evet ..... <input type="checkbox"/> Hayır	
Üreme organlarında	<input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Kanama	

### 10.STRES İLE BAŞETME DURUMU

VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
-Yaşamında kullandığı baş etme yöntemleri	.....	
-Var olan durumu ile baş etmede kullandığı yöntemler	.....	
-Stres/Hastalığına uyum sağladığını gösteren tutum /davranışlar	.....	
- Uyum sağlamadığını gösteren tutum / davranışlar	.....	

### 11.İNANÇ VE DEĞERLER

VERİ	SIKLIĞI/NİTELİĞİ	HEMŞİRELİK TANISI
Yaşamınızdaki en değerli şey	.....	
Hastanede yapmak istediğiniz özel bir dini uygulama var mı?	.....	
Hastalığınızın tedavisi ile ilgili kendi uygulamalarınız nedir?	.....	

<b>Tahmin Edilen Taburculuk Gereksinimleri</b> Hemşirelik uygulamaları:..... Diyet/beslenme:..... Araç/ilaçlar: .....
--

## LABORATUAR ÇALIŞMALARI FORMU

Anormal Bulguları Normal (N), Yüksek (↑), Düşük (↓) şeklinde değerlendiriniz.

TEST	NORMAL DEĞERLER	TARİH	TARİH	TARİH
Eritrosit (RBC) MILYON/ mm <sup>3</sup>	4-6			
Hemoglobin(HGB) g/dl	12-16			
Hemotokrit(HTC) %	35-52			
Trombosit BIN/mm <sup>3</sup>	150-450			
Lökosit(WBC) BIN/mm <sup>3</sup>	4.80-10.80			
Nötrofil %	43-65			
Eozinofil %	0.9-2.9			
Bazofil%	0.2-1.0			
Lenfosit %	20.5-45.5			
Monosit %	5.5-11.7			
Na+ mEq/L	133-145			
K+ mEq/L	3.3-5.1			
Cl mEq/L	96-108			
Ca mEq/L	8.6-10.2			
P mEq/L	3.0-4.5			
Mg mEq/L	1.5-2.5			
KAN ŞEKERİ(mg/dl)				
KŞ Açlık : Tokluk :	70-105			
PT (sn)	10.4-14			
PTT (sn)	21-36.5			
INR	0.85-1.15			
İDRAR Dansite 1001-1035 pH 4.5-7.5 Lökosit 1-2 Eritrosit 0-1 Kültür/Antibiyogram				
CRP Sedim	0.00-0.20			

TANI VE TETKİK İŞLEMLERİ FORMU  
TANISAL TESTLER/İŞLEMLER (Ultrason, Tomografi, EKG, EEG, MR, Anjiyografi)  
(Tarih/Saat ve Tanısal Bulgular/Sonuçlar)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....