

T. C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
VERİ TOPLAMA VE DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Veri Toplama Tarihi:

BİREYE İLİŞKİN VERİLER	Hastanın Adı Soyadı: Cinsiyeti: Kadın ☐ Erkek ☐ Yaşı: Medeni Durumu: Eğitimi: Mesleği/İşi: Yatış tarihi: Hasta kimlik bilekliği: Var ☐ Yok ☐ Geldiği yer: Acil ☐ Poliklinik ☐ Yoğun bakım ☐ Diğer.....																								
1. SAĞLIĞI ALGILAMA-SAĞLIĞIN YÖNETİMİ	Tıbbi Tanısı: Hastalık öyküsü: Özgeçmiş: DM ☐ ...ay/yıl HT ☐ ...ay/yıl KVB ☐ ...ay/yıl Kanser ☐ ...ay/yıl Diğer..... Soygeçmiş: DM ☐ HT ☐ KVB ☐ KOAH ☐ Kanser ☐ Diğer Sağlığını tehdit eden riskler: Sigara ☐gün/adet Alkol ☐sıklık Sedanter yaşam ☐ Diğer Alerji (İlaç/Besin): Bakımına katılma isteği/yeteneği: Var ☐ Yok ☐																								
2. BESLENME-METABOLİK	Boy... Kilo..... BKİ..... kg/m ² Normal ☐ Kaşektik ☐ Hafif kilolu ☐ Obez ☐ Diyeti: Rejim I ☐ Rejim II ☐ Rejim III ☐ ASKH Diyeti ☐ Diyabetik Diyet ☐ Nötropenik Diyet ☐ Diğer ☐ Beslenme Durumu: Oral Alım Var ☐ Yok ☐ (Açıklayınız)..... Enteral Beslenme ☐ Total Parenteral Beslenme ☐ Diğer ☐ Kiloda Değişim: Yok ☐ Artmış ☐ Azalmış ☐kg/zaman İştah Durumu: Normal ☐ Artmış ☐ Azalmış ☐ Beslenme Zorlukları: Disfaji ☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Diğer ☐ (Açıklayınız).....																								
3.ELİMİNASYON	İdrar: Normal ☐ Anüri ☐ Oligüri ☐ Poliüri ☐ Hematüri ☐ Dizüri ☐ Noktüri ☐ Üriner İnkontinans ☐ Üriner kateter ☐gün Diyaliz: Hemodiyaliz ☐ Periton Diyalizi ☐ Diyaliz giriş yeri:..... Dışkılama: Normal ☐ Konstipasyon ☐gün Diyare ☐gün/defa Diğer (Melena, Hematokezya vb.).....																								
4. AKTİVİTE/EGZERSİZ	<table border="1"><tr><td colspan="4">Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği (Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)</td></tr><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></table> Düzenli egzersiz yapıyorsa tipi/sıklığı/süresi: Aktivite İntoleransı ☐ Egzersiz sırasında yaşadığı semptomlar: Göğüs ağrısı ☐ Çarpıntı ☐ Ağrı ☐ Dispne ☐ Yorgunluk ☐ Denge ve yürüyüş bozukluğu ☐ Diğer.....	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																							

İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Değerlendirme Gerekçesi ve Numarası:

İlk Değerlendirme:1 / Post-op Dönem:2 / Hasta Düşmesi:3 / Bölüm Değişikliği:4 / Durum Değişikliği:5

Parametreler	Risk Faktörleri	Puan	Puan	Puan
			İlk Değerlendirme	Yeniden Değerlendirme (Tarih- Gerekçe No)
			.../.../...	.../.../...
Yaş	60-69 yaş	1		
	70-79 yaş	2		
	80 ve üstü	3		
Bilinç durumu	Bilinci kapalı	1		
	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, Laterjik)	2		
Düşme hikayesi	6 ay içerisinde düşme öyküsü var.	3		
Hastalıklar/ Komorbiteler (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)	Hastalıklardan en az ikisi bulunmaktadır.	1		
	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır.	2		
Hareket kabiliyeti	Ayakta / yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	5		
	Ayakta / yürürken denge bozukluğu var.	10		
	Baş dönmesi var.	2		
Boşaltım ihtiyacı	Üriner / fekal kontinans var	1		
Görme durumu	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.) (2 puan)	2		
	İleri derecede görme engeli var.	10		
İlaç kullanımı	4'ten fazla ilaç kullanımı var.	2		
	Son 1 hafta içinde riskli* en çok iki ilaç kullanımı var.	2		
	Son 1 hafta içinde riskli* 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.	3		
Ekipman kullanımı (Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman; IV infüzyon, foley kateter, göğüs tüpü vb)	Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var.	1		
	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.	2		
TOPLAM PUAN				
DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU				
Düşük Risk	0-9 puan arası			
Yüksek Risk	10 puan ve üzeri			

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

Düşme Öyküsü: Hayır ☐ Evet ☐ (zamanı, sayısı ve nedenini açıklayınız).....

5. UYKU/ DİNLENME

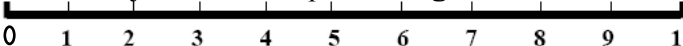
Gece uyku süresi:.....saat Gündüz uyku alışkanlığı: ☐

Uyku kalitesi: İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐

Uyku düzeninde değişiklik: Yok ☐ Var ☐ Açıklayınız.....

Uyku sorunları: İnsomnia ☐ Uyku apnesi ☐ Uykuya dalmada güçlük ☐

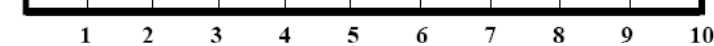
Uykuyu sürdürmede güçlük ☐

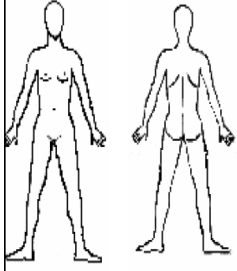
6. BİLİŞSEL/ ALGISAL	Yer, zaman, kişi oryantasyonu: Var ☐ Yok ☐				
	GLASGOW KOMA SKALASI				
	Göz Açma		Motor Yanıt		Sözel Yanıt
	Yok	1	Yok	1	Yok
	Ağrılı uyarılara yanıt olarak	2	Ektensör yanıt	2	Anlaşılmaz sesler
	Konuşmaya yanıt olarak	3	Fleksör	3	Uygun olmayan yanıt
	Kendiliğinden	4	Geri çekme şeklinde	4	Dağınık, konfüze yanıt
			Lokelize edici	5	Oryante yanıt
			İstemli	6	
	Bilinç düzeyi (Toplam puan üzerinden): 3-8 puan Koma ☐ 8-9 puan Stupor ☐ 10-11 puan Laterji ☐ 12-13 puan Konfüzyon ☐ 13-14 puan Deliryum ve Hafif Nörolojik Hasar ☐ 15 puan Bilinçli ☐				
7. KENDİNİ ALGILAMA	Sağlığını algılama durumu:.....				
	Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi: İnkâr ☐ Öfke ☐ Pazarlık ☐ Depresyon ☐ Kabullenme ☐ Diğer: Sağlık kontrolleri yaptırma durumu: Düzenli ☐ Kısmen düzenli ☐ Hayır ☐				
8. ROL/ İLİŞKİLER	Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme: Var ☐ Yok ☐				
	Birlikte aynı evde yaşadığı kişi/kişiler: Yalnız ☐ Aile ☐ Diğer:..... Bakmakla yükümlü olduğu kişi/kişiler: Var ☐ Yok ☐ Açıklayınız: Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik, sosyal, kültürel): Var ☐ Yok ☐ Açıklayınız:				
9. CİNSELLİK – ÜREME	Tedavi ve hastalığın cinsellik algısına/ cinsel yaşama etkisi: Yok ☐ Var ☐ Açıklayınız:..... Tedavi ve/veya hastalığın fertilité (doğurganlık) üzerine etkisi:.....				
10. BAŞ ETME- STRES TOLERANSI	Stres Düzeyi: 0-10 arası puanla değerlendirme:				
	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stres yok Çok şiddetli stres Algılanan gerçek ve potansiyel stresörler:..... Stres ile baş etmede kullanılan yöntemler:.....				
11. DEĞER- İNANÇ	Sağlığa/Hastalığa ilişkin inanç ve uygulamalar:				

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
FİZİK MUAYENE FORMU

Saat:	Ateş:	Nabız:	Solunum:	sPO ₂ (%) :	Kan Basıncı:
-------	-------	--------	----------	------------------------	--------------

Ağrı Değerlendirmesi

Ağrının Şiddeti	6 aydan daha uzun süren ağrı mı? Hayır ☐ Evet ☐
	

Ağrının Lokalizasyonu	Ağrının Niteliği	Ağrıya Eşlik Eden Semptomlar	Non- Farmakolojik Tedavi	Farmakolojik Tedavi
	1. Kramp 2. Yanıcı 3. Batıcı 4. Spazm 5. Zonklayıcı 6. Baskı verici 7. Ezici/sıkıştırıcı	1. Bulanık görme 2. Baş dönmesi 3. Bulantı/iştahsızlık 4. Yutma güçlüğü 5. Dizüri/ ishal/ kilo kaybı 6. Uyku problemleri 7. Konsantrasyon bozukluğu 8. Terleme/çarpıntı 9. Diğer	1. Masaj 2. Gevşeme/hayal kurma 3. Dikkati dağıtma 4. Müzik 5. Pozisyon değişikliği 6. Sıcak/soğuk uygulama 7. Diğer.....	1. Non-steroid antienflamatuvar 2. Narkotik analjezik 3. Non-Opioid 4. Opioid 5. Topikal ajan 6. Lokal anestezi 7. Adjuvan tedavi 8. Diğer

İŞLEMLER	BELİRTİ VE BULGULAR																																		
CİLT MUAYENE- *NESİ	Cilt: Normal ☐ Kuru ☐ Nemli/Terli ☐ Kızamık ☐ Siyanotik ☐ Soğuk ☐ Soluk ☐ Sıcak ☐ Sarılık ☐ Peteşi ☐ Purpura ☐ Ekimoz ☐ Hematom ☐ Kaşıntı ☐ Lezyon ☐ Diğer.....																																		
	BASİ YARASI RİSK FAKTÖRLERİ																																		
	<table><tr><td>Obezite ☐</td><td>Travma ☐</td><td>SVO ☐</td><td>Hipotermi ☐</td><td>Steroid kullanımı ☐</td><td>Anoreksiya ☐</td></tr><tr><td>Yaşlılık ☐</td><td>Ödem ☐</td><td>Diyabet ☐</td><td>Anemi ☐</td><td>Beslenme Bozukluğu ☐</td><td>Büyük Ameliyat ☐</td></tr><tr><td>Zayıflık ☐</td><td>Yatağa Bağımlılık ☐</td><td>NGS ile beslenme ☐</td><td>Periferik Vasküler Hastalık ☐</td><td>Hareket kısıtlılığı ☐</td><td></td></tr></table>	Obezite ☐	Travma ☐	SVO ☐	Hipotermi ☐	Steroid kullanımı ☐	Anoreksiya ☐	Yaşlılık ☐	Ödem ☐	Diyabet ☐	Anemi ☐	Beslenme Bozukluğu ☐	Büyük Ameliyat ☐	Zayıflık ☐	Yatağa Bağımlılık ☐	NGS ile beslenme ☐	Periferik Vasküler Hastalık ☐	Hareket kısıtlılığı ☐																	
	Obezite ☐	Travma ☐	SVO ☐	Hipotermi ☐	Steroid kullanımı ☐	Anoreksiya ☐																													
	Yaşlılık ☐	Ödem ☐	Diyabet ☐	Anemi ☐	Beslenme Bozukluğu ☐	Büyük Ameliyat ☐																													
Zayıflık ☐	Yatağa Bağımlılık ☐	NGS ile beslenme ☐	Periferik Vasküler Hastalık ☐	Hareket kısıtlılığı ☐																															
BRADEN SKALASI																																			
<table><thead><tr><th>Duyusal Algılama</th><th>Nem</th><th>Aktivite</th><th>Hareketlilik</th><th>Beslenme</th><th>Sürtünme ve Yırtılma</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>Sorun var 1</td><td></td></tr><tr><td>Çok sınırlı 2</td><td>Çok nemli 2</td><td>Sandalye Bağımlı 2</td><td>Çok Sınırlı 2</td><td>Kısmen Yetersiz 2</td><td>Potansiyel Sorun 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>Görünen Sorun 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></td><td></td></tr></tbody></table>	Duyusal Algılama	Nem	Aktivite	Hareketlilik	Beslenme	Sürtünme ve Yırtılma	Toplam	Tamamen sınırlı 1	Sürekli nemli 1	Yatağa Bağımlı 1	İmmobil 1	Çok kötü 1	Sorun var 1		Çok sınırlı 2	Çok nemli 2	Sandalye Bağımlı 2	Çok Sınırlı 2	Kısmen Yetersiz 2	Potansiyel Sorun 2		Hafif sınırlı 3	Arasıra nemli 3	Ara sıra yürüyor 3	Hafif Sınırlı 3	Yeterli 3	Görünen Sorun Yok 3		Bozulma yok 4	Nadiren nemli 4	Sık sık yürüyor 4	Sınırlama yok 4	Çok iyi 4		
Duyusal Algılama	Nem	Aktivite	Hareketlilik	Beslenme	Sürtünme ve Yırtılma	Toplam																													
Tamamen sınırlı 1	Sürekli nemli 1	Yatağa Bağımlı 1	İmmobil 1	Çok kötü 1	Sorun var 1																														
Çok sınırlı 2	Çok nemli 2	Sandalye Bağımlı 2	Çok Sınırlı 2	Kısmen Yetersiz 2	Potansiyel Sorun 2																														
Hafif sınırlı 3	Arasıra nemli 3	Ara sıra yürüyor 3	Hafif Sınırlı 3	Yeterli 3	Görünen Sorun Yok 3																														
Bozulma yok 4	Nadiren nemli 4	Sık sık yürüyor 4	Sınırlama yok 4	Çok iyi 4																															
<table><thead><tr><th>TOPLAM SKORU</th><th>RİSK DÜZEYİ</th><th>AÇIKLAMA</th></tr></thead><tbody><tr><td><9 puan</td><td>Çok yüksek risk</td><td>8 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.</td></tr><tr><td>10-12 puan</td><td>Yüksek risk</td><td>8 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.</td></tr><tr><td>13-14 puan</td><td>Orta dereceli risk</td><td>12 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.</td></tr><tr><td>15-18 puan</td><td>Hafif risk</td><td>24 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.</td></tr><tr><td>19-23 puan</td><td>Risk yok</td><td>Haftada bir kez deri bütünlüğü kontrol edilir.</td></tr></tbody></table>	TOPLAM SKORU	RİSK DÜZEYİ	AÇIKLAMA	<9 puan	Çok yüksek risk	8 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.	10-12 puan	Yüksek risk	8 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.	13-14 puan	Orta dereceli risk	12 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.	15-18 puan	Hafif risk	24 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.	19-23 puan	Risk yok	Haftada bir kez deri bütünlüğü kontrol edilir.																	
TOPLAM SKORU	RİSK DÜZEYİ	AÇIKLAMA																																	
<9 puan	Çok yüksek risk	8 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.																																	
10-12 puan	Yüksek risk	8 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.																																	
13-14 puan	Orta dereceli risk	12 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.																																	
15-18 puan	Hafif risk	24 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.																																	
19-23 puan	Risk yok	Haftada bir kez deri bütünlüğü kontrol edilir.																																	
Basınç yarısı: Var ☐ Yok ☐																																			
Basınç Yarısı Varsa Yeri:.....																																			
Basınç Yarısı Sınıflaması																																			

	☐ Evre I: Bölge kızarıklık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir. ☐ Evre II: Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir. ☐ Evre III: Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir. ☐ Evre IV: Kas ya da kemikleri de tutan ülserdir. ☐ Evrelendirilemeyen Basınç Ülseri: Gizlenmiş (derinliği bilinmeyen) deri veya dokuların tüm tabakalarında kayıptır. ☐ Derin Doku Hasarı: Kalıcı solmayan koyu kırmızı, kahverengi ya da mor renk değişikliğidir. Deri Turgoru: Normal ☐ Azalmış ☐ Artmış ☐ IV Yol: Periferik ☐ Santral ☐ Port ☐ GörünümüTakılma Zamanı:..... Tırnaklar: Normal ☐ Kanama ☐ Çomak parmak ☐ Siyanoz ☐ Diğer Ödem: Yok ☐ Var ☐ Yer: Gode: 1+:0-15 sn ☐ 2+:15-30 s ☐ 3+:30-45 sn ☐ 4+:45 sn ☐																													
BAŞ-BOYUN MUAYENESİ	Saç/saçlı deri: Temiz ☐ Yağlı ☐ Kuru ☐ Kepeklenme ☐ Diğer:..... Gözler: Normal ☐ Kızarıklık ☐ Sarılık ☐ Pitozis ☐ Gözlük/lens ☐ Diğer:..... Kulaklar: Normal ☐ Akıntı ☐ Çınlama ☐ İşitme problemi ☐ İşitme cihazı ☐ Diğer:..... Burun/Koku alma: Normal ☐ Azalmış ☐ Artmış ☐ Akıntı ☐ Epistaksis ☐ Diğer:..... Dudaklar: Normal ☐ Kuru ve çatlamış ☐ Diğer:..... Oral Mukoza: Normal ☐ Kuru ☐ Ülser ☐ Kanama ☐ Diğer:..... Dil: Normal ☐ Kızarıklık ☐ Çatlamış ☐ Diğer:..... Diş/ Diş Etleri: Normal ☐ Protez ☐ Çürük ☐ Ödemli/kızarıklık ☐ Kanama ☐ Diğer:..... Tükürük: Normal ☐ Azalmış ☐ Artmış ☐ Diğer:..... Yutkunma: Normal ☐ Yutkunma sorunu ☐ Diğer:..... Tat Alma Duyusu: Normal ☐ Bozulmuş ☐ Diğer:..... Ses: Normal ☐ Boğuk/kısıklık ☐ Konuşmada zorlanma ☐ Diğer:..... Lenfadenopati: Yok ☐ Var ☐ Yeri: Preoriküler ☐ Suboksipital ☐ Posterior servikal ☐ Tonsiller ☐ Submandibuler ☐ Aksillar ☐ Servikal ☐ İngiunal ☐ Diğer:.....																													
KARDİYO-VASKÜLER MUAYENE	Kalp sesini dinleme: Mitrak ☐ Kalp seslerinde patolojik bulgu varsa açıklayınız: Nabız: Normal ☐ Taşikardi ☐ Bradikardi ☐ Çarpıntı Hissi ☐ Filiform (ipliksi) nabız ☐ Apikal Ritm: Düzenli ☐ Düzensiz ☐ Kapiller Dolum: Normal ☐ Gecikmiş ☐ Kan basıncı: Normal ☐ Hipotansiyon ☐ Ortostatik Hipotansiyon ☐ Hipertansiyon ☐ <table border="1"> <tr> <th>Nabız Gücü</th><th>0=yok</th><th>1= Zayıf</th><th>2= Orta</th><th>3= Güçlü</th></tr> <tr> <td>Nabızlar</td><td>Sol</td><td>Sağ</td><td>Nabızlar</td><td>Sol</td><td>Sağ</td></tr> <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> </table> Boyun ven dolgunluğu: ☐ Tromboflebit (Homan's Bulgusu): ☐ Varis: ☐	Nabız Gücü	0=yok	1= Zayıf	2= Orta	3= Güçlü	Nabızlar	Sol	Sağ	Nabızlar	Sol	Sağ	Brakial			Femoral			Radial			Dorsalis Pedis			Popliteal			Posterior Tibial		
Nabız Gücü	0=yok	1= Zayıf	2= Orta	3= Güçlü																										
Nabızlar	Sol	Sağ	Nabızlar	Sol	Sağ																									
Brakial			Femoral																											
Radial			Dorsalis Pedis																											
Popliteal			Posterior Tibial																											
SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ	Göğüs kafesi: Solunuma eşit-simetrik katılıyor ☐ Eşit-simetrik katılmıyor ☐ Solunumun Ritmi: Düzenli ☐ Düzensiz ☐ Solunumun Hızı: Normal ☐ Bradipne ☐ Taşipne (Takipne) ☐ Solunumun Derinliği: Normal ☐ Hipopne ☐ Hiperpne ☐ Solunumun Şekli: Hipoventilasyon ☐ Hiperventilasyon ☐ Ortopne ☐ Apne ☐ Diğer ☐ Oksijen Kullanımı: Nazal Kanül ☐lt/dk Maske ☐ lt/dk Solunum Sorunları: Dispne ☐ Efor Dispnesi ☐ Paroksizmal Noktürnal Dispne ☐ Öksürük ☐ Solunumla Ağrı ☐ Hemoptizi ☐ Miktar Balgam ☐ Renk ... Yoğunluk..... Miktar Akciğer Sesi: Normal ☐ Anormal ☐ Açıklayınız:.....																													

ABDOMİNAL MUAYENE	Abdomen: Yumuşak ☐ Gergin ☐ Sert ☐ Ağrı ☐ Hassasiyet ☐ Renk değişikliği ☐ Karında Asit ☐ Diğer..... Barsak sesleri:sayı/dk Normoaktif ☐ Hiperaktif ☐ Hipoaktif ☐ Rebound hassasiyeti ☐
NÖROLOJİK MUAYENE	Işık refleksi (IR): Sağ: + / - Sol: + / - Pupil büyüklüğü: İzokorik ☐ Anizokorik ☐ Ekstra oküler hareketler: Görme alanı testi:..... Kranial sinirlerin muayenesi: Normal ☐ Patolojik bulgu var ☐ (Açıklayınız.....) Duyusal fonksiyonlar: Normal ☐ Anormal ☐ (açıklayınız): His kaybı ☐ Uyuşma/karıncaalanma ☐ Sıcak/Soğuk İntoleransı ☐ Diğer periferik nöropati semptomları (ağrı, yanma hissi, hiperaljeji vb) ☐ Motor sistem muayenesi: Üst ekstremité kas gücü (0: hareket ya da kasılma yok- 5: Tam) Sağ (0-5): Sol (0-5): Alt ekstremité kas gücü (0: hareket ya da kasılma yok- 5: Tam) Sağ (0-5): Sol (0-5): Paralizi ☐ Paraestezi ☐ Hemipleji ☐ Parapleji ☐ Quatripleji ☐ Denge ve koordinasyon kaybı ☐
KAS İSKELET SİSTEMİ MUAYENESİ	Genel Görünüş: Normal ☐ Kifoz ☐ Skolyoz ☐ Lordoz ☐ Spinal Deformite ☐ Tremor ☐ Yürüyüş bozulmuş ☐ Postür bozulmuş ☐ Amputasyon ☐ Eklemler: Normal ☐ Kızarıklık ☐ Eklemde şişlik ☐ Hareket kısıtlılığı ☐ Kontraktür ☐ Deformite ☐ Üst ekstremité: ROM: Tam ☐ Sınırlı ☐ Açıklayınız Alt ekstremité: ROM: Tam ☐ Sınırlı ☐ Açıklayınız Yardımcı Araç Kullanımı: ☐ Açıklayınız:

LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU

TEST	REFERANS ARALIĞI*	TARİH	TARİH	1. Bu test bu hasta için neden istenmiş, açıklayınız	2. Anormal bulguların hastanın durumuyla ilişkisi
Eritrosit (RBC)	4- 6 milyon/mm ³				
Hemoglobin(HGB)	12-16 g/dL				
Hemotokrit(HTC)	35-52 %				
Trombosit	150-450 BIN/μl				
Lökosit(WBC)	3.91-8.77 BIN/mm ³				
Nötrofil	2.060-7.020 BIN/mm ³				
CRP	0-5 mg/L				
Sedimentasyon Hızı	0-20 mmol/saat				
Na ⁺⁺	136 -145 mmol/L				
K ⁺	3.5-5,1 mmol/L				
Cl ⁻	98-107 mmol/L				
Ca ⁺⁺	8.6- 10 mg/dL				
Kan Şekeri Açlık	74-106 mg/dL				
Kan Şekeri Tokluk	140-180 mg/dL				
HbA1c	% 4.8-5.9				
BUN	6-20 mg/dL				
Kreatinin	0.7-1.2 mg/dL				
Ürik asit	3,4-7 mg/dl				
Total Kolesterol	0-200 mg/dL				
HDL	35-55 mg/dL				
LDL	60-130 mg/dL				
Trigliserid	0-150 mg/dL				
CPK/troponin	0-14 ng/L				
CPK MB	0 -4.94 ng/mL				
LDH	135-214 U/L				
ALT	0-41 U/L				
AST	0-40 U/L				
Total protein	6.6-8.7 g/dL				
Albumin	35- 52 g/L				
Total bilirubin	0.1-1.2 mg/dL				
Direkt bilirubin	0-0.3 mg/dL				
PT	10.4-14 sn				
INR	0.85-1.15				
Lipaz	10-140 U/L				
D-Dimer	0.5 mikrogram/mL				
ARTERİYEL KAN GAZLARI					
PH	7.35-7.45				
PaO ₂	90-100 mm/Hg				
PaCO ₂	35-45 mm/Hg				
SpO ₂	%95-97				
HCO ₃	22-26 mEq/L				
İDRAR					
Dansite	1.001-1.035				
pH	4.5-7.5				
Lökosit	1-2				
Eritrosit	0-1				
Kültür/Antibiyogram					
DİĞER					
.....					

* Referans aralıkları Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Laboratuvarı ölçüt alınarak hazırlanmıştır.

TANI VE TETKİK İŞLEMLERİ FORMU

TANISAL TESTLER/İŞLEMLER (Akciğer grafisi, Tomografi, MR, USG, EKG Anjiyografi, Biyopsi, PET, Endoskopi, Diğer)

[illegible]

TIBBİ TEDAVİ TAKİP FORMU

[illegible]

SIVI İZLEM FORMU

D.D.S. = (Total sıvı miktarı X20) / (60dk X24)

Tarih /Saat	Sıvının Cinsi	Dakikadaki damla sayısı	Şişe Seviyesi	Hastaya Giden Miktar	Açıklamalar

ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ

Tarih	Oral*	Tüple beslenme*	IV*	İdrar*	NG/ Dren*	Kusma*	Gaita*
ALDIĞI TOPLAM:...../.....(8/24 saat)				ÇIKARDIĞI TOPLAM:...../.....(8/24 saat)			
*Miktar belirtiniz							
ALDIĞI TOPLAM:...../.....(8/24 saat)				ÇIKARDIĞI TOPLAM:...../.....(8/24 saat)			
*Miktar belirtiniz							

HASTADA SAPTANAN HEMŞİRELİK TANILARI (Öncelik Sırasına Göre Yazınız)

Kollobratif Tanılar	Hemşirelik Tanıları
1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.

TABURCULUĐA HAZIRLIK KAPSAMINDA PLANLANAN EĞİTİMLER

Öz bakımın desteklenmesi:

Evde bakım gereksinimlerine ilişkin eğitim (İlaç, beslenme, egzersiz vb.):

Sağlık kontrolleri:

TIBBİ TANİ BİLGİ FORMU

HASTANIN TIBBİ TANISI:

Etiyoloji:

Patofizyoloji:

Tanı Yöntemleri:

Klinik Belirti - Bulgular:

Tıbbi Tedavi ve Hemşirelik Yönetimi:

Kaynaklar:

(Ulusal tez merkezi, PubMed, Google akademik)

BAKIM PLANI FORMU**Hemşirelik Tanıları**

Hastanın Adı Soyadı

Öğrenci Hemşirenin Adı-Soyadı

Tarih	Prb. No	TANILAMA	PLANLAMA		UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
			Amaç / Sonuç Kriterleri	Müdahaleler/Girişimler		
		Hemşirelik Tanıları (G/P/O) Kollobratif Problemler(PK)	Amaç:			
		Etiyolojik faktörler:	Sonuç kriterleri:			
		Tanımlayıcı kriterler:				

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ (HMF201)
ROTASYON RAPOR HAZIRLAMA FORMU

Öğrenci Adı- Soyadı:

Öğretim Elemanı:

Öğrenci No:

Rotasyon Yeri:

Birimin çalışma ilkeleri ve özellikleri	
Birimde en sık görülen vakalar	
Birime özgü tedavi, bakım uygulamaları ve hasta eğitimi	
Yaptığınız tedavi ve bakım sırasında sık kullandığınız ilaçlar	
Birime özgü kazandığınız deneyimler	

Öğrenci Adı-Soyadı	Oda No	Hasta Adı-Soyadı	Hastanın Tanısı
TEDAVİ GRUBU	ÇAY SAATİ ROTASYONU		YEMEK ROTASYONU
1-	Kliniğin uygun olduğu saatlerde 20'şer dakika		11.30-12.30
2-			12.30-13.30
	1-	1-	1-
	2-	2-	2-
	3-	3-	3-
	4-	4-	4-
	5-	5-	5-
	6-	6-	6-
	7-	7-	7-

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
SORUMLU ÖĞRENCİ LİSTESİ**

GRUP NO:

GRUP LİDERİ:

Tarih	Sorumlu Öğrenci Hemşire	Tedaviden Sorumlu Olan Öğrenci Hemşireler

SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI:

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
KLİNİK UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU**

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Çok İyi= Çİ

İyi=İ

Orta= O

Yetersiz=Y

Gözlenemedi=G

	Puan	Değerlendirme	Değerlendirme
A. MESLEKİ GELİŞİM			
Profesyonel davranış sergileyebilme ve sorumluluk alabilme	4		
Öğrenme/araştırmaya istekli olma ve eğitici tarafından verilen geri bildirimleri bakım davranışlarına yansıtma	4		
Hastayı uygun teslim alıp-verebilme	4		
Rapor ve/veya ödevlerin sunumu	3		
B. HASTA BAŞI ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRMESİ			
Hastanın hastalığı, semptomları ve tedavisi hakkında ilgili bilgiye sahip olma	10		
Fizik muayene ve laboratuvar bulguları doğrultusunda hastayı bütüncül olarak değerlendirebilme	10		
İlaç uygulamalarını bilme, uygun hazırlayabilme, hastanın kullandığı ilaçları uygulayabilme ve kaydedebilme	10		
Hastanın gereksinimlerine uygun hemşirelik girişimlerini ve eğitimleri planlayabilme ve uygulayabilme	20		
C. HEMŞİRELİK SÜRECİ			
TANILAMA (Veri toplama)	5		
HEMŞİRELİK TANISI (tanı etiyolojisini ve tanımlayıcı kriterleri belirleyebilme, yeterli sayıda uygun hemşirelik tanısı ve kolobratif tanı koyabilme)	5		
PLANLAMA (Amaçları, sonuç kriterlerini ve girişimleri belirleyebilme)	10		
UYGULAMA (Belirlediği girişimleri öncelik sırasına göre uygulayabilme ve hemşirelik bakımının devamlılığını sağlayabilme)	10		
DEĞERLENDİRME (Hedefe uygun değerlendirme ve gerekli değişiklikleri yapabilme)	5		
ALDIĞI TOPLAM PUAN			
GENEL PUAN			

Öğretim Elemanı: İmza:	Öğretim Elemanı: İmza:	Öğrenci: İmza:
---------------------------	---------------------------	-------------------

ÖĞRENCİNİN GÜÇLÜ/GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLER

--