

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI 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:

Hastanın adresi:

İletişim kurulacak yakınımın adı soyadı:

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:

Hemşireimza

1.SAĞLIĞI ALGILAMA-SAĞLIĞIN YÖNETİMİ

- 1) Sağlığınızı nasıl tanımlarsınız?
.....
.....
- 2) Düzenli sağlık kontrolü yaptırır mısınız?
- 3) Geçirmiş olduğunuz ev, iş, trafik vb. kazalarınız var mı?.....
- 4) Bağışıklamanız (aşılama) var mıdır?.....
- 5) Egzersiz yapıyor musunuz?.....
- 6) Ev işleri, evde bakım ya da günlük işlerinizi yerine getirmede yardım ihtiyacınız oluyor mu?
.....
- 7) Size göre sağlıklı kalmak için neler gereklidir?.....
- 8) Vücudunuzda belirtileri ilk fark ettiğinizde neler yaparsınız?
.....
- 9) Bu hastalığınızın sizce nedeni nedir?.....
- 10) Hastanedeysen neler sizin için önemlidir?.....
- 11) Sağlık sorunlarınızla birlikte yaşamınızdaneler değişti?.....
- 12) Sağlığınızı etkin yönetmeye engeller sizce nelerdir?

Düşünme Soruları

- Sağlık algısını etkileyebilecek faktörlerin varlığı değerlendirilmeli (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastanede yatış süresi, fonksiyonel yeterliliği)
- Sağlık durumuna uygun aşıları biliyor ve uyguluyor mu?(ebeveyn ise çocuğunun yaşına uygun aşıları biliyor ve uyguluyor mu?)
- Yaşa bağlı tarama testlerini biliyor ve erişebiliyor mu?
- Sağlık personeli tarafından önerilen tedavilere uymak zor mudur?(hastane-eczane uzaklığı, eczanede çıkan fark ücretleri, randevu alma, sağlık personelinin inandırıcı olmayışı, güvenmeme, unutma, polifarmasi, ilaç yan etkileri)
- Fiziksel görünümü, çevre ile ilişkisinde değişimleri nasıl tanımlıyor?
- Hastalık süreciyle ev ve iş ortamında olumsuz değişimler nelerdir?
- Sağlığı olumsuz etkileyebilecek çevresel etkenlere maruziyeti nasıldır? (pestisit, kimyasal ajan, atık boru sızıntıları, fabrika artıkları, sanitasyon yetersizliği)
- Sağlıksız bir yaşam alışkanlığı var mı? (aşırı beslenme, kilolu olma, ağız kokusu, alkol/tütün/madde kullanımı vb.)
- Vücudunda farklılık belirlediğinde nelere başvurur? (yakınlarına danışarak ilaç kullanma, önemsememe, hemen aile hekimliğine gitme, hastaneye başvurma vb.)

2. BESLENME- METABOLİK DURUM


Beslenme Öyküsü					
<ul style="list-style-type: none"> • Günlük öğün sayısı: • Hastalığa bağlı özel diyeti var mı? (Tuzsuz diyet, şekerden kısıtlı diyet v.b,): <input type="checkbox"/> Evet: <input type="checkbox"/> Hayır • Beslenme alışkanlığı nasıl? (Çoğunlukla tükettiği besinler; etli yemekler, yağdan zengin besinler, karbonhidrattan zengin besinler, v.b.): • Besin alerjisi var mı?: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır • Hastaneye yatmadan önce beslenme değişikliğine neden olan bir problem gelişti mi? (iştahsızlık, bulantı, kusma, v.b.): <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır • 6 ay içinde kilo değişikliği olmuş mu?: <input type="checkbox"/> Evet: kg <input type="checkbox"/> Hayır 					
Şimdiki Beslenme Durumuna Yönelik Veriler		TARİHLER			
	
Günlük öğün sayısı	.....			
Diyeti	<input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R3 <input type="checkbox"/> Diğer				
Diyetine uyma durumu	<input type="checkbox"/> Uyuyor: <input type="checkbox"/> Uymuyor:				
Hangi yoldan besleniyor?	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nazogastrik ml/h: <input type="checkbox"/> Gastrostomi/ileostomi/jejunostomi ml/h: <input type="checkbox"/> TPN ml/h: <input type="checkbox"/> Takılma tarihi:				
Günlük sıvı alımı:	<input type="checkbox"/>ml				
İştah durumu:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Artmış				
Yemeğini Tüketme Durumu:	<input type="checkbox"/> Yemiyor <input type="checkbox"/> Kısmen Yiyor <input type="checkbox"/> Tamamını Yiyor				
Ağız-Boğaz Durumu		TARİHLER			
	
Ağızda hassasiyet:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok				
Oral mukoza durumu:	<input type="checkbox"/> Sağlıklı <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Lezyon var <input type="checkbox"/> Şişme/ Kanama <input type="checkbox"/> Diğer.....				
Diş eti:	<input type="checkbox"/> Çekilme <input type="checkbox"/> Şişme/ Kanama <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Renk değişikliği <input type="checkbox"/> Diğer.....				
Ağızda problem:	<input type="checkbox"/> Var (diş çürüğü, halitozis, mukozit, v.b,): <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				

Ağız hijyenin sağlama şekli	<input type="checkbox"/> Diş fırçalama, Diş ipi, Gargara, Özel ağız solüsyonu, v.b.,.....				
Mide		TARİHLER			
	
Hazımsızlık	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok				
Ağrı /Yanma	<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				
Düşünme Soruları					
<ul style="list-style-type: none"> • Birey hastanede uzun süredir mi yatıyor? • Birey hangi yoldan besleniyor? • Besin alımını etkileyen engeller var mı? • Bireyin diyeti ile iştah durumu ve yemeğini tüketme durumu arasında bir ilişki var mı? • Günlük aldığı sıvı miktarı normal mi? • Bireyin ağız sağlığı ile beslenme durumu arasında bir ilişki var mı? 					

Metabolik Durum		TARİHLER			
	
Boy:	.....cm				
Kilo:	.....kg				
Beden Kitle Endeksi (BKI):	.....kg/m ²				
Hastaneye yattığı süre içerisinde kilo değişimi:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Kilo alımı .....kg/ .....sürede <input type="checkbox"/> Kilo kaybı.....kg/.....sürede				
Kilo kaybının hesaplanması					
– % Kilo kaybı= (önceki kilo-şimdiki kilo/önceki kilo) x 100					
Ciddi kilo kaybı →Bir ayda > % 5 kilo kaybı / Üç ayda > % 7,5 kilo kaybı / Altı ayda > % 10 kilo kaybı					
Düşünme Soruları					
<ul style="list-style-type: none"> • BKI normal değerinde mi? • Anormal kilo alımı ya da kilo kaybı var mı? 					
Deri		TARİHLER			
	
Turgor:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış				
Deride renk ve diğer değişiklikler:	<input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Solukluk <input type="checkbox"/> Sarılık <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Peteşi <input type="checkbox"/> Purpura <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Kuruluk <input type="checkbox"/> Diğer:.....				
Tırnak değişikliği:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Çomak parmak <input type="checkbox"/> Kaşık tırnak <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Diğer:.....				

Düşünme Soruları

- Dehidratasyon bulgusu var mı?
- Deri ve tırnaktaki değişimlerin bireyin beslenme durumu ile olan ilişkisi nedir?

Karın		TARİHLER			
	
Karında asit	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok				
Karın çevresi	.....cm				
Ayaklar					
Ödem	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok				
Ödem derecesi:					
					

Düşünme Soruları

- Ayaklardaki ödem ne zaman başlamış?
- Laboratuvar bulguları (Hb, Hct, albumin, total kolesterol, trigliserid, kan glikoz değeri) ile bireyin beslenme durumu arasındaki bağlantı nedir?

BASINÇ ÜLSERİ BÖLGESİ			Oksipital Bölge	Kulaklar	Skapula	
			Büyük Trokanter	Dirsekler	Sakrum	
			Koksiks	Malleolus	Topuklar	
***BRADENSKALASI(uygun sayıyı daire içine alın) ve toplam skoru hesaplayın)						
Duyu/algı	Nem	Aktivite	Hareketlilik	Beslenme	Sürtünme	Toplam
Tamamen sınırlı 1	Sürekli nem 1	Yatağa Bağımlı 1	İmmobil 1	Çok kötü 1	Problem 1	
Çok sınırlı 2	Çoknemli 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 BİÇİMİ

Barsak Boşaltım Öyküsü

- Barsak boşaltım sıklığı (defekasyon sıklığı):kez/gün-hafta
- Hastaneye yatmadan önce barsak boşaltımında herhangi bir değişiklik (konstipasyon, diyare, fekalinkontinans vb.) oldu mu?: Evet Hayır
- Hastaneye yatmadan önce barsak boşaltımında değişikliğe neden olan bir problem (hemoroid, anal sfinkterde gevşeme, nörolojik hastalıklar vb.) gelişti mi?: Evet Hayır
- Laksatif ilaç kullanımı oldu mu?: Evet Hayır
- Rektal cerrahi/travma geçirme durumu oldu mu?: Evet Hayır
- Barsaklara uygulanan cerrahi müdahale oldu mu?: Evet Hayır

İdrar Boşaltım Öyküsü

- İdrar yapma sıklığı:kez/gün
- Hastaneye yatmadan önce idrar boşaltımında herhangi bir değişiklik (inkontinans, poliüri, hematüri vb.) oldu mu?: Evet Hayır
- Hastaneye yatmadan önce idrar boşaltımında değişikliğe neden olan bir problem (idrar yolu enfeksiyonu, nörolojik bozukluklar, vb.) gelişti mi?: Evet Hayır

Şimdiki Boşaltım Durumuna Yönelik Veriler		TARİHLER			
Barsak Boşaltımı		.....	.....	.....	.....
Barsak boşaltım sıklığı (defekasyon sıklığı)	.....kez/ gün-hafta				
En son barsak boşaltım tarihi	.....			
Barsak sesleri (4-12/dk)	...../dk				
Barsak boşaltımında problem	<input type="checkbox"/> Problem yok <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Defekasyonda ağrı ve zorlanma <input type="checkbox"/> Fekal inkontinans Ne zaman başladı:				
Gaitanın rengi ve kıvamı	.....			
Gaitada anormal koku	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok				
Abdomen	<input type="checkbox"/> Yumuşak <input type="checkbox"/> Yarı yumuşak <input type="checkbox"/> Sert <input type="checkbox"/> Gergin <input type="checkbox"/> Hassas <input type="checkbox"/> Düz				
Karında ağrı/gerginlik	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok				
Laksatif kullanımı	<input type="checkbox"/> Var..... <input type="checkbox"/> Yok Ne zaman başladı:.....				
Ostomi (Kolostomi, ileostomi, jejunostomi)	<input type="checkbox"/> Var..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Kalıcı <input type="checkbox"/> Geçici Takılma tarihi:				
Rektum	<input type="checkbox"/> Problem yok <input type="checkbox"/> Fissür <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Hemoroid				

Düşünme Soruları

- Bireyin kullandığı ilaçlar (demir, laksatif, antibiyotik vb.) barsak boşaltımını etkiliyor mu?
- Barsak boşaltımını etkileyen bir rahatsızlığı (Parkinson, demans, hemoroid, serebrovasküler olay, ülseratif kolit vb.) var mı?
- Beslenme alışkanlığı (meyve-sebze tüketimi, düzenli beslenip beslenmediği) barsak boşaltımını etkiliyor mu?
- Günlük aldığı sıvı miktarı normal mi?
- Birey normal barsak boşaltımının başlamasını sağlayan aktiviteler (ılık içecek içme, günün belli saatlerinde tualete gitme vb.) yapıyor mu?
- Bireyin hareket etme durumuyla barsak boşaltımı arasında bir ilişki var mı?
- Bireyin barsak sesleri normal değerlerde mi?
- Laboratuvar bulguları (gaita tahlili, total bilirubin, alkalenfosfotaz vb.) ile bireyin boşaltım durumu arasındaki bağlantıyı düşününüz.

İdrar Boşaltımı		TARİHLER			
	
İdrar yapma sıklığı	.....kez/gün				
İdrar miktarı	.....ml/gün				
İdrar rengi	<input type="checkbox"/> Açık sarı/Şeffaf <input type="checkbox"/> Koyu sarı <input type="checkbox"/> Açık kırmızı <input type="checkbox"/> Koyu kırmızı				
İdrar berraklığı	<input type="checkbox"/> Berrak <input type="checkbox"/> Bulanık <input type="checkbox"/> Tortulu				
İdrarda anormal koku	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok				
İdrar boşaltımında problem	<input type="checkbox"/> Problem yok <input type="checkbox"/> İdrar inkontinansı <input type="checkbox"/> İdrar yaparken yanma/zorlanma <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> Glob <input type="checkbox"/> Uregency <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Üriner retansiyon Ne zaman başladı:				
Üriner kateterizasyon durumu	<input type="checkbox"/> Kateterizasyon yok <input type="checkbox"/> Foley kateter <input type="checkbox"/> Kondom kateter <input type="checkbox"/> Suprapubik kateter <input type="checkbox"/> Kalıcı <input type="checkbox"/> Geçici Takılma tarihi:				
Ostomi (Üreterostomi, nefrostomi, sistostomi)	<input type="checkbox"/> Var..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Kalıcı <input type="checkbox"/> Geçici Takılma tarihi:				
Diüretik kullanımı	<input type="checkbox"/> Var..... <input type="checkbox"/> Yok Ne zaman başladı:				
Diyaliz	<input type="checkbox"/> Var..... <input type="checkbox"/> Yok Ne zaman başladı: Çeşidi:				

Düşünme Soruları

- Hastanın kullandığı ilaçlar (diüretikler, kas gevşeticiler, sedatifler vb.) idrar boşaltımını etkiliyor mu?
- İdrar boşaltımını etkileyen bir rahatsızlığı (Parkinson, serebrovasküler olay, böbrek yetmezliği, sistit, diyabetik nöropati vb.) var mı?
- Günlük tükettiği kafein ve sıvı miktarı idrar boşaltımını etkiliyor mu?
- Hastanın hareket etme durumu ve yatağının tuvalete uzaklığı ile idrar boşaltımı arasında bir ilişki var mı?
- Günlük idrar miktarı normal değerde mi?
- Laboratuvar bulguları (Na, K, Cl, İdrar tahlili, BUN, kreatin vb.) ile bireyin boşaltım durumu arasındaki bağlantıyı düşününüz.

4.AKTİVİTE-EGZERSİZ BİÇİMİ

VERİLER		TARİHLER			
	
Solunum sayısı	...../dk				
Solunum özelliği	<input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Hiperpne <input type="checkbox"/> Hipopne <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Hiperventilasyon <input type="checkbox"/> Hipoventilasyon <input type="checkbox"/> Diyafragmatik <input type="checkbox"/> Dispne (Nasıl rahatlıyor?.....)				
Oksijen kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Nazal kanül (.....L/dk) <input type="checkbox"/> Basit Maske (.....L/dk)				
Nebul/ilâç 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 Aspirasyon için eğitim ihtiyacı	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet.....kez/günde <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok				
Trakeostomi	Trakeostomi bandajı değişim tarihi:.....				
Göğüs tüpü	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Göğüs tüpünün takılma tarihi: Göğüs tüpünün yeri: Göğüs tüpünün seviyesi				
	Göğüs tüpünden gelen miktar (8 st)				
	Göğüs tüpünden gelen sıvı	<input type="checkbox"/> Kanlı <input type="checkbox"/> Berrak <input type="checkbox"/> Seröz <input type="checkbox"/> Köpüklü			
Nabız sayısı	...../dk (İlk veri toplamada periferik nabız gücü tablosunu doldurunuz)				
Nabız ritmi	<input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz				
Kan Basıncı	Sağ kol .....mmHg				
	Sol kol .....mmHg				
Siyanoz	<input type="checkbox"/> Var (.....) <input type="checkbox"/> Yok				

Düşünme Soruları

- Solunumu güçlüğü dinlenme ile geçiyor mu?
- Kan basıncında ayaaktayken ve otururken fark var mı?
- Siyanoz dinlenme ile değişiyor mu?
- Dispnesi hareketle birlikte artıyor mu?

Nabız

Periferal Nabız Gücü: 0=yok ; 1= Zayıf ; 2= Orta ; 3= Güçlü

Bölge	Brakiyal	Radial	Popliteal	Femoral	DorsalisPedis	PosteriorTibial
Sağ						
Sol						

Yaşam bulguları

	Tarih /Saat	Ateş / Bölge	Nabız / Bölge	Solunum	Kanbasıncı / Bölge
Yaşam Bulguları (İlk Karşılaşma)/...../.....				

Genel yaşam tarzınızı tanımlayınız	<input type="checkbox"/> Pasif <input type="checkbox"/> Aktif				
Düzenli egzersiz	<input type="checkbox"/> Evet (Ne sıklıkta.....) <input type="checkbox"/> Hayır				
	TARİHLER				
Harekette zorlanma (Merdiven çıkma, yürüme, vb.)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				
Yorgunluk	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Açıklayınız:				
Denge	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sendeleme <input type="checkbox"/> Ayakta duramama <input type="checkbox"/> Oturamama				
Düşme Riski Puanı	<input type="checkbox"/> Düşük Risk (Toplam puan 5'in altında) <input type="checkbox"/> Yüksek Risk (Toplam puan 5 ve 5'in üstünde)				
Kullandığı hareket yardımcıları	<input type="checkbox"/> Yürüteç <input type="checkbox"/> Koltuk değneği				
Postür	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kifoza <input type="checkbox"/> Skolyoz <input type="checkbox"/> Lordoz				
Ekstremiteler arasındaki ısı ve renk farkı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok				
Ekstremitelerde sorun (Kontraktür, atrofi, tremor, hareket kısıtlılığı, deformite, ekstremitte kaybı, deformite, paralizisi)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sorun var Sorunun adı..... Ne zaman başladı Hastayı rahatlatan uygulamalar Hastayı zorlayan uygulamalar				

Eklemlerde sorun (şişlik, kızarıklık, ağrı)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sorun var Sorunun adı..... Ne zaman başladı Hastayı rahatlatan uygulamalar Hastayı zorlayan uygulamalar
Düşünme Soruları	
<ul style="list-style-type: none"> • Yorgunluk hareketle ilişkili mi? • Dinlenme sırasında yorgunluk hissediyor mu? • Hasta hareket etmede istekli mi? • Hareket sırasında hastada ağrı var mı? 	

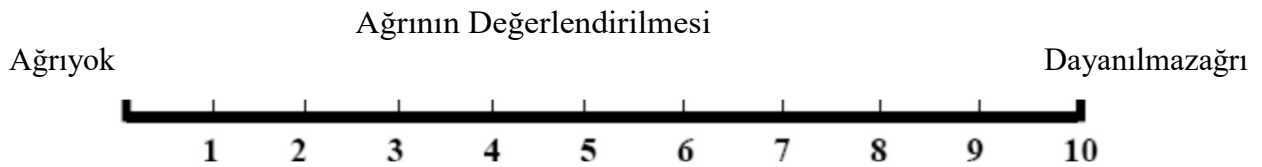
Günlük yaşam aktiviteleri-Kendine bakabilme yeteneği

Düzey belirleme kodları Düzey 0: Kendi kendine tam bakıyor Düzey I: Araç-gerece gereksinim duyuyor Düzey II: Bir başka kişinin denetiminde (yardımcı gereksinimi var) Düzey III: bir başka kişinin denetiminde ya da yardımcı araç- gerece gereksinim duyuyor) Düzey IV: Bağımlı ve katkıda bulunmuyor.	
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

5. BİLİŞSEL-ALGILAMABIÇİMİ

Bilişsel		TARİHLER			
	
Bilinç düzeyi	<input type="checkbox"/> Bilinç açık <input type="checkbox"/> Konfüze <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				
Kooperasyon (Direktifleri anlama yeteneği)	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok				
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 <input type="checkbox"/> Sorulara cevabı yavaş <input type="checkbox"/> Halisünasyon <input type="checkbox"/> Obsesyon <input type="checkbox"/> Şüphelenme				
Duyuşsal		TARİHLER			
	
Pupil reaksiyonu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> İzokorik <input type="checkbox"/> Anizokorik				

Görme	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Lens <input type="checkbox"/> Göremiyor				
İşitme	Sağ kulak: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/> İşitme cihazı				
	Sol kulak <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/> İşitme cihazı				
Periferik duyuşsal algılama	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Sıcak/soğuk intoleransı <input type="checkbox"/> Uyuşukluk/karıncılanma				
Koklama duyusu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Sağ burun deliğı: <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı Sol burun deliğı: <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı				
Tat alma duyusu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok				
*Ağrı (varsa tabloyu doldur)	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Ne zaman başladı? Ne kadar süredir devam ediyor? Yeri..... Yayılışı.....				
Ağrıyı azaltan faktörler					
Ağrıyı arttıran faktörler					
Ağrı ile eşlik eden şikayetler var mı?					
Düşünme Soruları					
<ul style="list-style-type: none"> • Oryantasyon bozukluğu günlük yaşam aktivitelerini etkiliyor mu? • Görme, işitme, tat alma sorunları varsa hastanın hayatını etkiliyor mu? • Hafıza bozukluğu ne gibi sorunlar yaratır? 					



Ağrı ile İlgili Değerlendirmelerinizi Eksiksiz Olarak Altta Gördüğünüz Şekilde Kodlayınız.

Ağrı değerlendirme	Tarih/saat
Ağrısıkuru (1-10)	
Ağrımiteliğı	
Ağrının yeri	
Farmakolojik ted.	
Nonfarmakolojik ted.	
Yan etkiler	

Nitelik	Farmakolojiktedavi	Non-farmakolojiktedavi	Yan etkiler
1.İğneleyici 2.Yanııcı 3.Kramp 4.Kesici 5.Yanııcı 6.Baticı 7.Spazm 8.Zonklayıcı 9.Diğer.....	1.IV Non-Steroid Anti Enflamatuar 2.Oral Non-Steroid Anti Enflamatuar 3.IMİlaç 4. Hasta KontrollüAnaljezi (PCA) 5.Epidural 6.Diğer.....	1.Masaj 2.Dikkatidağıtma3.Müzik 4.Pozisyon 5.Sıcak/soğukUygulama 6.Diğer	1.Sedasyon 2.Konstipasyon 3.Hipotansiyon 4.Bulantı - Kusma 5.Kaşıntı 6.Üriner retansiyon 7.Uyuşukluk/ karıncalanma 8.Diğer.....

6. UYKU VE DİNLENME

Ev Ortamında Uyku Döngüsü				
<ul style="list-style-type: none"> • Evde günlük uyuma süresi:.....st/gece ...../st/gündüz • Uyku probleminiz var mı? (uyku problemleri, gündüz şekerlemesi, uyumada güçlük, uykuya dalamada güçlük, ilaç kullanımı, vb) Neler, açıklayınız : 				
Hastane Ortamında Uyku Döngüsü			Tarihler	
<ul style="list-style-type: none"> • Günlük uyuma süresi:.....st/gece ...../st/gündüz • Hastane ortamında uykuyu etkileyen faktörler: <input type="checkbox"/> Anksiyete <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Gürültü <input type="checkbox"/> Aydınlatma <input type="checkbox"/> Bakım aktiviteleri <input type="checkbox"/> Diğer hastalar <input type="checkbox"/> Hasta yakınları <input type="checkbox"/> Kabuslar 		
Düşünme Soruları				
<ul style="list-style-type: none"> • Hasta yorgun görünüyor mu? • Hasta uyuyamadığını ifade ediyor mu? • Hasta gün içerisinde uyuyor mu? 				

7. KENDİNİ ALGILAMA-KAVRAMA BİÇİMİ

Kendini Algılama İle İlgili Veriler
<p>NOT: Aşağıda verilen sorular bireyin kendini algılama- kavrama biçimi ile ilgili verilerin elde edilmesini sağlayacaktır. Verilen cevapları kendi cümlelerinizle yazınız.</p> <p>1. Birey kendisini nasıl tanımlıyor? (çalışkan, üretken, sorumluluk sahibi, sosyal, işe yaramaz, üretken olmayan, v.b.).....</p> <p>2. Kendisi ile ilgili beğendiği özelliği var mı?</p> <p>3. Yetenekli olduğu durumlar var mı/ nelerdir?</p> <p>4. Yetenekli olduğunu düşünüp yapmadığı uygulamalar var mı?</p> <p>5. Aile içi ve sosyal sorumluluklarını yerine getiriyor mu?</p> <p>6. Olay ya da durumlar karşısında verdiği tepkilerin yetersiz olduğunu düşünüyor mu?.....</p>

7. Bireyin genel emosyonel durumu nasıl? (Sakin, endişe, korku, öfke, huzursuzluk, yetersizlik, çaresizlik, ümitsizlik, utanma, suçluluk hissetme, v.b.):
8. Bireyin şimdiki fiziksel sağlık durumu nedir? (Herhangi bir vücut parçasının kaybı, Mekanik cihazlara bağlı olma: solunum cihazı, kol- ayak protezi, Normalden fazla kilo alma veya kilo verme, v.b.):
9. Bireyin genel vücut duruşu nasıl? (normal vücut duruşu, vücudunun bir tarafına doğru eğilme, v.b.):
10. Bireyin giyim tarzı nasıl? (temiz/düzgün, dağınık, v.b.):
11. Sizinle iletişim halinde iken göz iletişimi kuruyor mu?
12. Konuşma ve iletişim şekli nasıl? (anlaşılmıyor, yüksek ya da alçak ses tonu ile konuşma, rahat/çekingen/atılgan iletişim şekli, v.b.):
13. Sorulardan elde ettiğiniz cevapları bireyin şimdiki sağlık durumu, hastanede olma durumu ile olan bağlantısını düşünerek genel yorumlarınızı yazınız:

8. ROL VE İLİŞKİ BİÇİMİ

- Çalışıyor musunuz? Evet: Hayır
 - Mesleğiniz:.....
 - Medeni durumunuz: Evli Bekar
 - Çocuğunuz var mı? (Cevabınız evet ise kaç çocuğunuz var?)
 Evet: Hayır
 - Hastanede kalma sürecinde refakatçiniz var mı? Kim/Kimler?.....
- Düşünme Soruları**
- Hasta aile ilişkilerini nasıl tanımlıyor?
 - Hastanın ziyaretçileri geliyor mu?
 - Hasta iletişim kurarken rahat davranıyor mu?
 - Hastanın emosyonel durumunun değiştiğini gözlemliyor musunuz?
 - Hastanede kaldığı süre boyunca hastanın yerine getiremediği sorumluluklar neler?

9. CİNSELLİK-ÜREME BİÇİMİ

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi • Kendi kendine meme muayenesi yapma • Menstruasyon Öyküsü • Menopoz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yaşadığı fiziksel belirtiler ▪ Yaşadığı psikolojik belirtiler • Yıllık/Aylık jinekolojik kontrol • Üreme organlarında bir problem var mı? • Perineal Hijyen Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu?) • Kontraseptif kullanma öyküsü | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Evet/yaşı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Önden arkaya <input type="checkbox"/> Arkadan öne Kullandığı yöntem Kullanma süresi |
|---|---|

	Bırakma nedeni
• Obstetrik öykü	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gebelik sayısı ➤ Doğum sayısı ➤ Düşük/küretaj sayısı ➤ Yaşayan çocuk sayısı

Düşünme Soruları

- Hasta cinsel işlevsellik ya da cinsel kimlik hakkında kaygılarını ifade ediyor mu?
- Hasta uygunsuz sözel ya da sözel olmayan davranışlar sergiliyor mu?
- Hastanın geçirmiş olduğu bütün gebelikler planlı mı?

10. STRES İLE BAŞETME DURUMU

- Hayatınızda bir problem olduğunda, onlarla nasıl başa çıkıyorsunuz?
.....
- Çoğu zaman bu başa çıkma yolları işe yarar mı?.....
- Var olan durumunuzla ilgili kullandığınız baş etme yöntemleri nelerdir?
.....
.....
- Bireyin strese/hastalığına uyum sağladığını gösteren tutum/davranışlar:
.....
.....
- Bireyin strese/hastalığına uyum sağlamadığını gösteren tutum/davranışlar:
.....
.....
- Bazı şeyleri konuşurken size en çok kimin yardımını dokunur? Şu an o kişiye ulaşabilir misiniz?
.....
.....

Düşünme Soruları

- Hastada endişe, kendine güvensizlik, sinirlilik, kontrol kaybı gibi durumlar mevcut mu?
- Hasta konuşma esnasında ağlama, agresyon, çekilme, yoğunlaşmama gibi davranışlar sergiledi mi?
- Hastada derin hüzün/keder durumu mevcut mu?
- Hasta ilişkilerin kurulmasında ya da sürdürülmesinde güçlük çektiğini ifade ediyor mu?
- Hasta mevcut duruma uygun olmayan bir duygulanım gösteriyor mu?

11. İNANÇ VE DEĞERLER

1. Yaşamınızda en çok değer verdiğiniz şeyi açıklayabilir misiniz?

.....
.....
.....

2. Gelecek ile ilgili hedefleriniz nelerdir? Bu hedeflerinize ulaşmak için yaptığınız ya da yapmayı planladığınız şeyler var mı?

.....
.....
.....

3. Sağlığınızı korumak ya da iyileşmek için yaptığınız geleneksel uygulamalarınız var mı?

Evet: Hayır

4. Sağlığınızı korumak ya da iyileşmek için yaptığınız dini uygulamalarınız var mı?

Evet: Hayır

Hastane Ortamında

1. Y yapmak istediğiniz özel bir dini uygulama var mı?

.....

2. Dini uygulamaları yapma isteğinizi engelleyen durumlar var mı?

.....

3. Dini bir desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz? (İmam ziyareti, dua v.b.)

.....

Düşünme Soruları

- Yaşamın ve ölümün anlamını sorguluyor mu?
- Cesaretsizlik ve ümitsizlik gösteriyor mu?
- Alışageldiği dini rutinlerini uygulamayı reddediyor mu?
- Yaşamak için bir nedeni olmadığını ifade ediyor mu?
- Manevi boşluk duygusu hissediyor mu?

LABORATUVAR DEĞERLERİ

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

Test	Normal Değer	Tarihler			
	
Hemoglobin-Hb	Kadın: 12-16 g/dl Erkek: 14-18 g/dl				
Hemotokrit-Hct	Kadın: % 36- % 46 Erkek: % 37- % 49				
Total Kolesterol	120 - 200 mg/dl				
Trigliserid	40-200 mg/dl				
Albumin	3,50-5,40 g/dl				
Transferin	170- 250 mg/dl				
Prealbumin	19-38 mg/dl				
Kan glikoz değeri	60- 120 mg/ dl				
Elektrolitler					
Na+	133- 145 mEq/L				
K+	3,3- 5,1 mEq/L				
Cl	96- 108 mEq/L				
Ca	8.6-10.2 mg/dl				
P	3,0- 4,5 mEq/L				
Mg	1,5- 2,5 mEq/L				