**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**

**HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

**HASTA BAKIMINA İLİŞKİN VERİ TOPLAMA DEĞERLENDİRME FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrenci Adı Soyadı: | Dosya No:  |
| Hasta Adı Soyadı: | Kabul Tarihi:  |
| Cinsiyet: Kadın🞎 Erkek🞎 | Taburculuk Tarihi: |
| Yaş: | İşi:  |
| Eğitim: | **Tıbbi Tanısı** :  |
| Bilgi Kaynağı: Kendisi🞎 Yakını🞎................. Sağlık Elemanı🞎.............. Diğer🞎.................. |
| Geliş Yeri:  Ev🞎 Acil🞎 ……………………Hastanesinden Sevk🞎 |
| Adres:...................................................................................................................................................... |
| **Planlanan/Uygulanan Ameliyatın adı:**  | **Postoperatif………………..gün** |
| **Ameliyatın tarihi ve geliş saati:****Anestezi türü:** Genel Anestezi🞎 Spinal Anestezi🞎 Epidural Anestezi🞎 Lokal Anestezi🞎 |

**SAĞLIĞIN ALGILANMASI VE SAĞLIK YÖNETİM BİÇİMİ**

**Sağlık Şikayeti / Öyküsü:**

**Evde Hastalığın Tedavisi ile İlgili Yaptığı Uygulamalar (Tedavi/Tamamlayıcı/ Geleneksel uygulamalar):**

**Yok** 🞎 **Var**🞎 **Neler?....................**

**Geçmiş Sağlık Öyküsü (Hastalıkları başlangıç tarihleri ile belirtiniz):**

**Geçmiş Cerrahi Hikayesi (Ameliyatları başlangıç tarihleri ile belirtiniz):**

**Alerjileri:**

**Yaşam Stili Nedeni ile Sağlığını Tehdit Eden Risk Faktörleri:**

**Sigara Kullanımı:** Yok🞎 Var🞎……………. adet /gün **Bırakma isteği var mı?** Hayır🞎 Evet🞎

**Sigara Kullanım Öyküsü:** Tip: ……………………..Yıl : …………**Bırakma** Z**amanı:**…………………………

Alkol 🞎 Aktivite Eksikliği🞎 Diğer: ………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Ailesel Risk Faktörleri**  | **İlişkisini Belirtiniz** |
| Diabetes Mellitus  |  |
| Kardiyovasküler Hastalıklar |  |  |  |
| Solunum hastalıkları |  |  |  |
| Hipertansiyon |  |  |  |
| Böbrek hastalıkları |  |  |  |
| Stroke |  |  |  |
| Mental Hastalıklar |  |  |  |
| Kanser …………….açıklayınız |  |  |  |
| Diğer: |  |  |  |

**Uygulanan İzolasyon:** Solunum🞎 Damlacık🞎 Temas🞎 Diğer🞎

**Bir Araya Getirilmiş Önemli Veriler*:***

**Hemşirelik Tanıları:** Risk/Yaralanma; Risk/İnfeksiyon; Risk/Bilgi Eksikliği; Risk/Etkisiz Sağlık Yönetimi; Risk/ Etkisiz Sağlığı Sürdürme; Teröpatik Rejimi Etkisiz Yönetme; Sağlık Yönetimini Güçlendirmeye Hazır Olma; Uyumsuzluk; Diğer:…………………………………………………………………

**BESLENME – METABOLİZMA**

**Boy** ……………….. **Kilo** ………………**Beden Kitle İndeksi**…..………………………………………

**Kilo artışı** …………… (zaman ) …………….**Kilo Azalması**………………(zaman )…………………

**Obezite**🞎 **(**Açıklayınız) ……………………………………………………………………………………

**Beslenme Bozukluğu**🞎 (Açıklayınız) ……………………………………………………………………

**Oral alım** Var 🞎 Yok 🞎 Neden?..............................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hastanedeki** **Diyeti****………………….** | Tarih:% …Yendi | Tarih:%... Yendi |  | **Evdeki** **Diyeti**…………. |
| Kahvaltı |  |  | Kahvaltı  |  |
| Öğle yemeği |  |  | Öğle yemeği  |  |
| Akşam yemeği |  |  | Akşam yemeği  |  |
| Ara öğünler |  |  | Ara öğünler  |  |

**Yeme Problemleri / Sindirim :** Yutma güçlüğü🞎 Kusma🞎 Bulantı🞎 Abdominal Ağrı🞎

Antiasid kullanımı🞎 Diğer/Açıklayınız: ………………………………………………………………

**Takma Diş:**  Yok🞎 Var🞎 Üst🞎 Alt🞎

**Oral Mokoza**: Tam🞎 Pembe🞎 Nemli🞎 Kuru🞎 Lezyon🞎Açıklayınız : Diğer /Açıklayınız:

**İştah :** Normal🞎 Artmış🞎 Azalmış🞎

**Tat Duyusu :** Normal🞎 Bozulmuş🞎 Açıklayınız………………………………………………………………

**Evde kan şekeri izlemi:** Evet🞎 Hayır🞎

**Tüple beslenme :** 🞎 Beslenme Tipi /cc/saat ……………………………Reziduel(zaman / cc ) …………………

**NG Dekompresyon** 🞎………………….cc gün

**Tüple Beslenme Tipi** : NG🞎 Gastrostomik/JejunostomikEnterik Beslenme🞎

**Total Parenteral Beslenme:**🞎 TPN Hızı ………………………………………………………………

**IV Yol:** Periferal🞎 Santral Yol🞎 Port🞎 Diğer🞎…………………………………………………………

**IV yolun Görünümü:** ………………………………………**Takılma Zamanı**:.……………………………………

**Yeri :**…………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALDIĞI** | **Saat/ Tarih** | **Saat/ Tarih** | **ÇIKARDIĞI** | **Saat/ Tarih** | **Saat/ *Tarih*** |
| **ORAL** |  |  | **İDRAR** |  |  |
| **TÜPLE****BESLENME** |  |  | **NG/DREN** |  |  |
| **IV** |  |  | **KUSMA** |  |  |
| **DIŞKI** |  |  |
| **DİĞER** |  |  | **DİĞER** |  |  |
| **8 /24 SAAT TOPLAM** |  |  | **8 / 24 SAAT TOPLAM** |  |  |
| ***DEĞERLENDİRME***  |  |

**Drenler:** Yer………………………………….. Renk: …………………Miktar ……………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………

NG 🞎Yer………………………………….….. Renk: …………………………………………………………… Miktar………………………….………………………………………..……………………………………………

**Tırnaklar: Renk**…………………….Şekil………………..Durum…………………….Diğer ……………………

**Genel Cilt Rengi/Özellik :** …………………………………………………………………………………………

**Cilt:** Ilık🞎Soğuk🞎Kuru🞎Terli /Soğuk ve Nemli🞎 Tam🞎 Diğer(açıklayınız)………………

**Ödem**: Var🞎 Yok🞎 Derecesi (0-4+) …………..Yer (açıklayınız) …………………………………………

**Deri Turgoru :** Yumuşak/ Esnek🞎 Gecikmiş🞎 Normal🞎 Yer : …………………………

**Cilt Lezyonlarının ve İnvaziv Girişimlerin Yerlerini Resim Üzerinde işaretleyiniz ve numaralandırılarak aşağıda tanımlayınız:** ÖN ARKA

**Cerrahi Yara Yeri Değerlendirmesi:**

**Görünümü:**…………………………………..(Akıntı, kızarıklık vb.)

**Yara İyileşme Aşaması Basamağı**:…………………………………………….

|  |
| --- |
| **BRADEN SKALASI (uygun sayıyı daire içine alın ve toplam skoru hesaplayın)** |
| Duyu / algı | Nem | Aktivite | Hareketlilik | Beslenme | Sürtünme | Toplam |
| Tamamen sınırlı1 | Sürekli nemli 1 | Yatağa Bağımlı 1 | İmmobil1 | Çok kötü 1 | Problem 1 |  |
| Çok sınırlı 2 | Çok nemli 2 | Sandalye 2 | Çok Sınırlı 2 | Yetersiz 2 | OlasıProblem2 |  |
| Hafif Sınırlı 3 | Ara sıra nemli  3 | Ara sıra yürüyor3 | Hafif Sınırlı3 | Yeterli3 | Problem yok3 |  |
| Bozulma yok 4 | Nadiren nemli  4 | Sık sık Yürüyor 4 | SınırlamaYok4 | Çok iyi 4 | Bozulma yok 4 |  |
| Toplam Braden skalasının 16’dan az olması basınç yarası riskini gösterir  |  |

|  |
| --- |
| Basınç yarası🞎 Varsa Yeri:……………..................Evresi: Evre I 🞎 Evre II 🞎 Evre III🞎 Evre IV🞎 |
| **Basınç Yarası Sınıflaması** |
| **EVRE I** | Bölge kızarık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir. | **EVRE III** | Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir. |
| **EVRE II** | Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeyel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir. | **EVRE IV** | Kas yada kemikleri de tutan ülserdir. |

**Bir Araya Getirilmiş Önemli Veriler:**

**Hemşirelik Tanıları*:*** Risk/Sıvı Volüm Defisiti; Risk / Sıvı Volüm Fazlalığı; Risk /Sıvı Volüm Dengesizliği; Risk /Kusma; Risk /Elektrolit Dengesizliği Riski; Sıvı Dengesini Güçlendirmeye Hazır Olma; Beslenme: Beslenmeyi Güçlendirmeye Hazır Olma; Gereksinimden Az; Risk / Gereksinimden Çok; Risk /Şişmanlık; Risk/ Obezite / Zayıf yaşlı sendromu; Risk / Yutma Güçlüğü; Risk / Oral Mukoz Membranlarda Bozulma; Risk / Doku Bütünlüğünde Bozulma; Risk/ Cilt Bütünlüğünde Bozulma/ Basınç yarası; Risk/Perioperatif Pozisyonda Yaralanma; Risk/ Cerrahi iyileşmede gecikme; Risk/Hipotermi; Hipertermi; Risk/ Perioperatif hipotermi; Etkisiz Termoregülasyon; Vücut sıcaklığı Dengesizliği Riski; Diğer:……………………..

**BOŞALTIM**

|  |
| --- |
| **Abdominal kadranda sınıflandırma**  |
| **1) Ostomi :** Var🞎 Yok🞎 **2) Barsak sesleri :** Var🞎 Yok🞎 |
| **Ostomi:** Kolostomi🞎 Ileostomi 🞎 Urostomi🞎 Tanımlayınız ………………………………… |
| **Abdomen:** Yumuşak🞎 Yarı yumuşak🞎 Gergin🞎 Sert 🞎 Düz🞎 Hassas🞎 |
| **Normal Barsak Alışkanlığı:** NormalSıklığı……………………**En Son Sayılan Barsak Hareketi :** ……. |
| **Barsak Eliminasyonu:** Problem yok🞎 Diyare🞎 Konstipasyon🞎 Kaçıncı Gün: ……Fekal İnkontinans🞎 |
| **Gaita:** Renk …………………Kıvam …………………….Miktar ……………………… |
| **Rektum:** Problem yok🞎 Döküntü🞎 Lezyon🞎Hemoroid🞎 Diğer🞎……………………………… |
| **İdrar :** Problem yok🞎 İdrarı tutuyor🞎 İdrar Kaçırma🞎 Acil İdrar🞎 Sık Sık🞎 Sızıntı /damla damla🞎 Ağrı🞎 Foley Kateter🞎 Suprapubik Kateter🞎 Prezervatif Sonda 🞎 Mesane jimnastiği🞎 |
| **İdrar:** Şeffaf **/** Açık🞎 Sarı🞎 Bulanık🞎 Tortulu🞎 Kanlı 🞎**Glop:** Yok🞎 Var 🞎 |
| **Anüri:** Yok 🞎 Var 🞎**Poliüri** Yok🞎 Var🞎 **Oligüri** Yok🞎 Var🞎 |
| **Dializ:**Hemodializ🞎 Periton Dializi🞎 **Dializ Girişi Yerini Tanımlayınız :** …………………………… |

**Bir Araya Getirilmiş Önemli Veriler:**

**Hemşirelik Tanıları*:***Risk/Konstipasyon; Risk/Diyare; Risk/Gaita inkontinansı; Risk/ Kronik fonksiyonel Konstipasyon; Konstipasyon Algısı; Risk/Gastrointestinal Motilitede Bozulma; Üriner alanın yaralanma riski/ İdrar inkontinansı; Risk/Üriner boşaltım yetmezliği; Risk/İdrar retansiyonu

**AKTİVİTE-EGZERSİZ / DİNLENME**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Yaşam Bulguları |  Tarih /Saat  |  Ateş  |  Nabız  |  Solunum  |  Kan basıncı  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Apikal Ritm**: Düzenli🞎 Düzensiz🞎 **Kapiller Dolum** Normal🞎 Gecikmiş🞎

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nabız  |  Güç  |  Nabız  |  Güç  |  Nabız  |  Güç  |  Nabız  |  Güç  |  Nabız  |  Güç  |  Nabız  |  Güç |
| ( (Sağ)( (Sol) |  | ( (Sağ)( (Sol) |  | ( (Sağ)( (Sol) |  | ( ( Sağ) ( ( Sol)  |  | ( (Sağ) ( (Sol)  |  | ( (Sağ)  (Sol)  | ( |
| **Periferal Nabız Gücü: 0**=yok ; 1= Zayıf ; 2= Orta ; 3= Güçlü ; D=Doppler |
| **Nabız: Brakial**=B; Radial=R; Popliteal=P; Femoral =F; DorsalisPedis=DP; PosteriorTibial=PT |

**Oksijen Kullanımı :**  Yok 🞎 Var🞎 Nazal Kanül /L/min……………………… Maske O2 .....................

**Solunum :** Düzenli🞎 Güçlük yok🞎 Güçlükle🞎 **Solunum Derinliği :** Yüzeyel🞎 Normal🞎 Derin🞎

**Solunumda Zorluk:** Hayır🞎 Evet🞎 Dinlenmekle🞎 Çabayla🞎……………………………………………………

**Öksürük :** Hayır🞎 Evet🞎 Balgamsız🞎 Balgam🞎 Renk …………… Yoğunluk …………. Miktar …………

**Triflow:** Ulaştığı Seviye……………………..hangi sıklıkla kullanıldığı………………………………….

**Aspirasyon:** Hayır🞎 Evet🞎 Hangi sıklıkta **Renk/Miktar**

**Yapay Havayolu:** Hayır🞎 Evet🞎 Tipi………………… / Yeri ……………….

**Göğüs Tüpü:** Sağ🞎 Sol🞎 Drenaj Miktarı/Rengi …………………**Aspirasyon:** Hayır🞎 Evet🞎

**Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği:**

0= Bağımsız / Yardım Gerektirmez; 1= Yardımcı Araç Kullanımı Gerekli ; 2= Bir Kişinin Yardımına Gereksinim Var 3= Bir Kişinin Yardımına ve Yardımcı Araç Kullanımına Gereksinim Var; 4= İki Kişinin Yardımına Gereksinim Var, Bağımlı

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Skor  |  | Skor  |  | Skor |
| Yeme/içme  |  | Banyo  |  | Giysileri giyme  |  |
| Tuvalet  |  | Yatak hareketi  |  | Transfer  |  |
| Ambulasyon |  |  |  |  |  |

**Günlük Yaşam Aktivitelerine Yanıtı:** Zorluk Yok🞎 Yorgunluk🞎 Dispne / Solunumda Zorluk🞎 Diğer:……

**Kas iskelet :** Yürüme: Sürekli🞎 Sürekli Değil/ Aralıklı🞎Postürü………………………………………….

**Kuvvet:** Üst ekstremite: Eşit🞎 Eşit Değil🞎 Kuvvetli🞎 Orta🞎 Zayıf🞎 **ROM:** Tam🞎 Sınırlı🞎

Alt ekstremite: Eşit🞎 Eşit Değil🞎 Kuvvetli🞎 Orta🞎 Zayıf🞎 **ROM:** Tam🞎 Sınırlı🞎

**Yardımcı araç kullanımı :** Yürütücü🞎 Baston🞎 Tekerlekli Sandalye🞎Koltuk Değneği🞎

**Fizik tedavi katılımı :** Hayır🞎 Evet🞎 Tanımlayınız …………………………………………………………

**Düşme öyküsü :** Hayır🞎 Evet🞎 Açıklayınız :……………………………………………………………

|  |
| --- |
| **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 |  |  |

**İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ**

**Bir Araya Getirilen Önemli Veriler:**

**Hemşirelik Tanıları:** Risk/Aktivite intoleransı; Risk/Güçsüzlük; Risk/ Fiziksel Mobilitede bozulma;

Risk/İhtiyaçlarını gidermede yetersizlik/eksiklik: banyo/hijyen/giyinme/ beslenme/tuvalet/ Oturmada bozulma/ Ayakta Durmada Bozulma; Tekerlekli Sandalye ile Hareketlilikte Bozulma; Yatak İçi Hareketlilikte Bozulma; Yürümede Bozulma; Düşme riski; Spontan Solunumda Bozulma; Risk/ Hava yolu açıklığında yetersizlik; Risk/ Doku perfüzyonunda bozulma; Risk/Gaz değişiminde bozulma; Risk/ Kardiyak out-putta bozulma; Risk / Kardiyovasküler fonksiyonda bozulma; Risk/ Cerrahi iyileşmede gecikme; Diğer:……..

**UYKU- DİNLENME**

**Evdeki Uyku Düzeni :** …………………………………….st/Gece Uykusu …………………………… saat

**Hastanedeki Uyku Düzeni :** ………………………………st/Gece Uykusu ……………………………saat

**Uyku Düzeninde Değişiklik Oldu Mu** Hayır🞎 Evet🞎 Tanımlayınız ………………………………

**Uyku Zorluğu:** Uykusuzluk🞎 Uyku Apnesi🞎Diğer🞎………………Uykuya Dalmada Yapılanlar :………

**Bir Araya Getirilen Önemli Veriler:**

**Hemşirelik tanıları*:*** Risk/Uyku Örüntüsünde Bozulma; İnsomnia; Uykuyu Güçlendirmeye Hazır Olma; Diğer: ……………………………………………………

**CİNSELLİK – ÜREME**

**Tedavi ve Hastalığın Cinselliğe Etkisi :** Hayır🞎 Evet🞎Açıklayınız:……………………………………………. .

**Meme: De**ğişim 🞎Açıklayınız………………………………………………………………………………………

**Düzenli Meme Muayenesi Yapma Durumu :** Hayır🞎 Evet🞎 Açıklayınız……………………………………

**Üreme Organları :** Akıntı🞎 Lezyon🞎 Kanama🞎 Açıklayınız:………………………………………………

**Yıllık/Aylık Kontrol :** Meme: Hayır🞎 Evet🞎 Vajinal Muayene Hayır🞎 Evet🞎

 Prostat Testis Muayenesi: Hayır🞎 Evet🞎 Açıklayınız: …:…………………………………………………..

**Bir Araya Getirilen Önemli Veriler:**

**Hemşirelik tanıları**:Risk/SeksuelDisfonksiyon; Risk/Etkisiz Seksuel Kalıplar; Risk/Etkisiz Sağlık Yönetimi

Diğer: …………………………………

**ZİHİNSEL- ALGISAL FONKSİYONLAR**

**Mental Durum: Bilinç Düzeyi:** Uyanık🞎 Laterjik🞎 Uyandırmak Zor🞎 Koma🞎

**Oryantasyon** : Kişi: Var🞎 Yok🞎 Yer: Var🞎 Yok🞎 Zaman: Var🞎 Yok🞎

**Hafıza/Hatırlama :** Normal🞎 Yakın hafıza bozukluğu🞎 Uzak Hafıza Bozukluğu🞎

**Düşünme Süreci:** Sorulara Cevabı Uygun🞎 Sorulara Cevabı Güvenilir Değil🞎 Konfüze🞎

**Direktifleri Anlama Yeteneği:**Yok 🞎Var 🞎 Açıklayınız ……………………………………………

**Sınırlılıkları**: ……………………………………………… Sınırlılık tipi: …………………………………

**Sınırlılığı İçin Alternatifleri**: Yatak Alarmı🞎 Ziyaretçi Sıklığı🞎 Yatak Kenarlıkları 🞎 Refakatçi🞎

**Hastalık /Tedavisini Sözel İfadesi :** ………………………………………………………………………

**Tanımlanmış Öğrenme Engelleri:** ……………………………………………………………………………

**Pupil:**: SAĞ : Büyüklük : Reaksiyon: var🞎 yok🞎

 SOL: Büyüklük : Reaksiyon: var🞎 yok🞎

**Görme :** Normal🞎 Gözlük🞎 Lens🞎 Açıklayınız :…………………………………………………………

**Duyma:** Normal🞎 Zayıf 🞎 Yardımcı Araç Kullanımı: Sağ🞎 Sol🞎 Açıklayınız:………………………

**Periferal duyu algısı:** Sıcak /Soğuk İntoleransı🞎Uyuşukluk/Karıncalanma🞎 Açıklayınız:……………………

**Ağrı Değerlendirme/Yönetimi: Ağrı İle İlgili Değerlendirmelerinizi Eksiksiz Olarak Altta Gördüğünüz Tabloda Kodlayın ve Resim Üzerinde Ağrı Yerini İşaretleyiniz**

**Ağrı Yok** 🞎 Akut Ağrı🞎 Kronik ağrı🞎

|  |  |
| --- | --- |
| **Ağrı Değerlendirme**  | **Tarih /Saat** |
|  |  |  |  |  |
| Ağrı skoru (0-10)  |  |  |  |  |  |
| Ağrı niteliği  |  |  |  |  |  |
| Farmakolojik tedavi  |  |  |  |  |  |
| Nonfarmakolojik tedavi  |  |  |  |  |  |
| Yan etkiler  |  |  |  |  |  |

Arttıran Faktörler: ……………………………………………………………………

Azaltan Faktörler: ……………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nitelik** | **Farmakolojik tedavi** | **Non-farmakolojik tedavi** | **Yan etkiler** |
| 1. **İğneleyici**
2. **Yanıcı**
3. **Kramp**
4. **Kesici**
5. **Yanıcı**
6. **Batıcı**
7. **Spazmkasılma**
8. **Zonklayıcı**

**Diğer…** | 1. **IV Non-SteroidAntiEnflamatuar (NSAID)**
2. **Oral Non-Steroid AntiEnflamatuar**
3. **IM İlaç**
4. **Hasta Kontrollü Analjezi (PCA)**
5. **Opoidler**
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/karıncalanma**

**Diğer** |

**KODLAR**

**Bir Araya Getirilen Önemli Veriler:**

**Hemşirelik Tanıları**: Korneal Yaralanma Riski/ Risk/Akut Konfüzyon; Risk/Kronik Konfüzyon; Bilgiyi Getirmeye Hazır Olma; Duygu Kontrolünde Dalgalanma; Etkisiz Duygu Kontrolü; Hafızada Bozulma; Risk/Akut Ağrı;Risk/ Kronik Ağrı; Konforda Bozulma; Risk/Duyusal Algılamada Bozulma; Risk/Düşünce Sürecinde-Hatırlamada Bozulma; Diğer:………

**ROLLER-İLİŞKİLER**

**İşi/Mesleği :**

**Medeni Durum:** Evli🞎 Bekar🞎 Diğer 🞎………

**Destek Sistemleri(aile, arkadaş,..ekonomik, sosyal,kültürel ruhsal ..)** : Yok 🞎 Var 🞎 Açıklayınız: ………………………………………………………………………………………………..………………

**Rol ve İlişkilerindeki Değişim**: Yok 🞎 Var 🞎 Açıklayınız .………………………………………............................………………………..…………………………

**İfade Edilen Önemli Kayıplar ya da Yaşam Stili Değişiklikleri :** Yok 🞎 Var 🞎 Açıklayınız : ………………………..………………………………………………………………………………………

**Emosyonel/Davranışsal Durum:** Sakin🞎 Mutlu🞎 Üzgün🞎 Depresif🞎 Ajite🞎 Kızgın🞎

Diğer/Açıklayınız…………………..………………………………………………………………………

**Bir araya Getirilen Önemli Veriler:**

**Hemşirelik Tanıları**:Risk/ Kederlenme; Risk/ Yalnızlık; Risk/ Etkisiz Rol Performansı; Risk/Sosyal Etkileşimde Bozulma; Risk/Sosyal İzolasyon; Risk/Adaptasyon Güçlüğü; Risk/Ümitsizlik; Risk /Güçsüzlük; Özgür karar vermede bozulma; Risk…

**KENDİNİ ALGILAMA- BENLİK KAVRAMI**

**Fiziksel sağlığınızla ilgili herhangi bir endişeniz/korkunuz var mı?** ..........................................................................................................................................................................

**Şu anki sağlık probleminiz sizde ne tür duygular yaratıyor?**

Endişe🞎 Korku🞎 Öfke🞎 Huzursuzluk🞎 Yetersizlik🞎 Çaresizlik🞎 Diğer🞎...........…..………………

**Yapılan cerrahi uygulamanın bedeninde yarattığı değişim;**Var🞎 Yok🞎 Düşünceler.............................................

**Bireyin genel görünüşü:**.................................................................................................................................

**İletişim şekli:(sözel/sözsüz iletişimde, rahatlık, atılganlık, çekingenlik durumu)**………………………

**Bir araya Getirilen Önemli Veriler:**

**Hemşirelik Tanıları**:Risk/Adaptasyonda Bozulma; Risk/Ümitsizlik; Risk/Güçsüzlük; Risk/Kederlenme;

Diğer/Açıklayınız;…………………………………………………………………………………………………

**STRESLE BAŞETME-TOLERANS BİÇİMİ**

**Stres / Hastalığa Alıştığını Gösteren Turum / Davranışlar:**………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Alışamadığını Gösteren Turum / Davranışlar:**………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………...

**Baş Etmek İçin Evde İlaç /Alkol Kullanımı:** Hayır🞎 Evet🞎 Açıklayınız ……………………………

**Alternatif Baş Etme Yöntemlerini Kullanma**: Hayır🞎 Evet🞎Açıklayınız………………………

**Bir araya Getirilen Önemli Veriler:**

**Hemşirelik Tanıları**:Risk/ Adaptasyonda Bozulma; Risk/ Etkisiz Başetme; Risk/ Etkisiz İnkar/ Duygu durumunu düzenlemede bozulma/ Emosyonel durumda değişim/ Korku/ Ölüm anksiyetesi; Başetmeyi Güçlendirmeye Hazır Olma; Güçsüzlük Riski; Diğer:…………

**DEĞERLER-İNANÇLAR**

**Yaşamınızdaki en değerli şeyin sözel olarak ifade edilmesi** ………………………………………………………………………………………………………………………

**Hastanedeyken Yapmak İstediği Özel Bir Dini Uygulama Var mı ?**Hayır🞎 Evet🞎 Açıklayınız …….…………………………………………………………………………………………………………

**Dini Uygulamaları Yapma İsteğinizi Engelleyen Durumlar Var mı ?**Hayır🞎 Evet🞎 Açıklayınız….………………………………………………………………………………………………

**Hastanendeyken Dini Destek İsteği:** İmam Ziyareti🞎 Dua🞎 Diğer🞎…………………………………

**Bir araya Getirilen Önemli Veriler:**

**Hemşirelik Tanıları**:Risk/ Spirituel Sıkıntı (Manevi Sıkıntı); Spirituel İyiliği Güçlendirmeye Hazır Olamama/ Bağımsız karar vermede güçlendirmeye hazır olma; Risk/Bağımsız karar vermede bozulma/ Risk/Dini inançta bozulma; Diğer:……………………………………………………………………………………………

**Devam Eden Bakım Gereksinimleri/ Taburculuk Planlaması (**Diyet/Beslenme, İlaçlar, Kullanılması gereken Araç Gereçler ve kullanımı, Yapması ve yapmaması/sakınılması gereken durumlar Tıbbi tedavi**)**

**KULLANILAN İLAÇLAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jenerik Adı** | **Doz /Sıklık/ IV Hızı** | **İlaç Sınıflaması / Majör Etkisi** | **Majör Yan Etkileri** | **Hemşirelik Girişimleri** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**KULLANILAN PARANTERAL SIVILAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jenerik Adı** | **IV Hızı** | **IV Sıvı Sınıflaması / Majör Etkisi** | **Majör Yan Etkileri** | **Hemşirelik Girişimleri** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **HASTANIN TIBBİ TANISI:** |
| **HASTALIĞIN TANIMLANMASI**  | **HASTAYA İLİŞKİN HASTALIK SÜRECİ**  |
|  HASTALIĞIN ETİYOLOJİSİ:FİZYOPATOLOJİSİ: | HASTADA GÖRÜLEN ETİYOLOJİ: FİZYOPATOLOJİSİ: |
| HASTALIĞIN TANI YÖNTEMLERİ  | HASTAYA YAPILAN TANI YÖNTEMLERİ |
| HASTALIĞIN KLİNİK BELİRTİ/BULGULARI | HASTADA GÖRÜLEN KLİNİK BELİRTİ/BULGULAR  |
| HASTALIĞIN KOMPLİKASYONLARI | HASTADA GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR |
| HASTALIĞIN TEDAVİ YÖNTEMLERİ  | HASTAYA YAPILAN TEDAVİ YÖNTEMLERİ |
| HEMŞİRELİK YÖNETİMİ  | HASTAYA YAPILAN HEMŞİRELİK YÖNETİMİ  |
| **Kullanılan Kaynak/Kaynaklar:**  |

**TANISAL TESTLER/İŞLEMLER** (X-ray, USG, BT, MR, EKG, Biyopsi, Endoskopi vb…Tarih/Saat ve Tanısal Bulgular/Sonuçlar)

Xray:……………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

USG:………………………….………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………

BT:……………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

MR:…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

EKG:……………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Biyopsi:…………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Endoskopi:……………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………**LABORATUAR ÇALIŞMALARI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TEST** | **NORMAL DEĞERLER**  | **TARİH** | **TARİH** | **TARİH** | 1. **Bu test bu hasta için neden istenmiş açıklayın**
2. **Anormal bulguların hastanın durumuyla ilişkisi.**
 |
| Eritrosit (RBC)\* | 4-6 MILYON/mm3 |  |  |  |  |
| Hemoglobin (HGB) \* | 12-16 g/dL |  |  |  |  |
| Hemotokrit (HTC) \* | %35/52  |  |  |  |  |
| Trombosit (PLT) \* | 150/450 BIN/ mm3 |  |  |  |  |
| Lökosit (WBC) \* | 3,91-8,77 BIN/ mm3 |  |  |  |  |
| Nötrofil\* | %43-65  |
| Eozinofil\* | %0,9-2,9  |
| Bazofil\* | %0,2-1  |
| Lenfosit \* | 1,3-3,5 BIN/ mm3 |
| Monosit\* | 0,3-0,8 BIN/ mm3 |
| Na+ \*K+ \*Cl \*Ca\*P\*Mg \* | 136-145 mEq/L3,5-5,1 mEq/L98-107 mEq/L8,7-10,4 mg/dL2,4-5,1 mg/dL1,3-2,7 mg/dL |  |  |  |  |
| **KAN ŞEKERİ**KŞ Açlık : \*Tokluk : \*\*HbA1C | 74-106 mg/dL100-140 mg/dL(kitlere göre değişebilir)%4-6  |  |  |  |  |
| BUN Kreatin | 9-23 mg/dL0,7-1,3 mg/dL |  |  |  |  |
| Total Kolesterol HDL VDDL LDL \*\*Trigliserid\*\* | 0-200 mg/dL40-60 mg/dL-60-130 mg/dL(kitlere göre değişebilir)40-200 mg/dL(kitlere göre değişebilir) |  |  |  |  |
| Troponin\*\* | <0.014 ng/mL(kitlere göre değişebilir) |  |  |  |  |
| CPK\*\* | 39-308 U/L(kitlere göre değişebilir) |  |  |  |  |
| CPK MB: \*\* | 0 -4,94 ng/mL |  |  |  |  |
| LDH\* | 120-246 U/L |  |  |  |  |
| SGOT/AST\* | 0-34 U/L |  |  |  |  |
| SGPT/ALT\* | 10-49 U/L |  |  |  |  |
| Amonyak\*\* | 11-60 µmol/L(kitlere göre değişebilir) |  |  |  |  |
| AlkalenFosfataz | 46-116 U/L |  |  |  |  |
| Amilaz \*\* | 25-125 U/L(kitlere göre değişebilir) |  |  |  |  |
| Lipaz\* | 10-53 U/L(kitlere göre değişebilir) |  |  |  |  |
| Total protein\* | 5,7-8,2 g/dL |  |  |  |  |
| Albumin\* | 3,2-4,8 g/dL |  |  |  |  |
| Total bilirubin\*Direkt bilirubin\* | 0,3-1,2 mg/dL0-0,3 mg/dL |  |  |  |  |
| Ürik asid\* | 3,1-7,8 mg/dL |  |  |  |  |
| PT \*aPTT \*\*INR\* | 10,4-14 sn.25-40 sn(kitlere göre değişebilir)1-1,2(sağlıklı kişiler)2-3 (antikoagülan kullanan kişiler) |  |  |  |  |
| Kan İlaç Düzeyi  |  |  |  |  |  |
| **ARTERIYEL****KAN GAZLARI**PH \*PaO2 \*PaCO2 \*O2 Saturasyonu \*HCO3 \* | 7.35-7.4590-10035-4595-9722-26 |  |  |  |  |
| **İDRAR** Dansite \*PH\*Lökosit \*Eritrosit \*Kültür/Antibiyogram | 1.001-1.0354.5-7.51-20-1 |  |  |  |  |
| CRP\* | 0-0,5 mg/dL |  |  |  |  |
| Sedimentasyon\* | 0-20 mm/saat |  |  |  |  |
| DİĞER |  |  |  |  |  |
| \* Akdeniz Üniversitesi Hastanesi laboratuvar referans aralıkları esas alınmıştır.\*\* Genel literatür referans aralıkları esas alınmıştır. |

**GÜNLÜK VERİ TOPLAMA FORMU**

**Adı ve Soyadı:................................. Tarih:.................. Veri Kaynağı................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SAĞLIK ALGISI - YÖNTEMİ** |  **BESLENME – METABOLİK**  |  **CİNSELLİK - ÜREME** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **İLAÇLAR/SIVILAR** |  |  |
|  **ADI** |  **DOZU** |  **ETKİSİ**  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  **BOŞALTIM** |  **BAŞETME, STRES TOLERANSI** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **AKTİVİTE – KENDİNE BAKIM** |  **ZİHİNSEL – ALGISAL DURUM** |  **ROL – İLİŞKİLER** |
|  **UYKU - DİNLENME** |  **KENDİNİ ALGILAMA** |  **DEĞERLER – İNANÇLAR** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hastanın Adı Soyadı:****Kliniği:**  | **Tarih:** | **SIVI İZLEM FORMU**  |
| **1.Sıvı: 24 Saatlik Toplam Sıvı Miktarı: 8 Saatlik Toplam Sıvı Miktarı:** **Saatte Alacağı Sıvı Miktarı: Dakika Damla Sayısı:** |
| **Tarih /Saat** | **Sıvının Cinsi** | **Şişe Seviyesi** | **DDS** | **Hastaya Giden Miktar** | **Açıklamalar** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.Sıvı: 24 Saatlik Toplam Sıvı Miktarı: 8 Saatlik Toplam Sıvı Miktarı:** **Saatte Alacağı Sıvı Miktarı: Dakika Damla Sayısı:** |
| **Tarih /Saat** | **Sıvının Cinsi** | **Şişe Seviyesi** | **DDS** | **Hastaya Giden Miktar** | **Açıklamalar** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ HASTA BAKIM SÜRECİ**

http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4334,guvenlicerrahikontrollistesipdf.pdf?0

Hastanın Adı Soyadı .................................. Öğrencinin Adı-Soyadı .........................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarih | Prb. No  |  TANILAMA | PLANLAMA |  |  |
|  |  | Hemşirelik Tanıları (G/P/O)Kolloboratif Problemler( PK) | Amaç / Sonuç Kriterleri |  Müdahaleler /Girişimler | UYGULAMA(Günlük kaydedilecek) | DEĞERLENDİRME(Günlük değerlendirilecek) |
|  |  | Etyolojik Faktörler:Tanımlayıcı kriterler: | Amaç: Sonuç kriterleri: |  |  |  |  |  |  |

 **AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ**

 **CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ GÜNLÜK KLİNİK ÇALIŞMA FORMU**

# TARİH: GRUP LİDERİ: SORUMLU ÖĞRENCİ:

#

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oda No** | **Öğrenci** **Adı-Soyadı** | **Hasta** **Adı-Soyadı** | **Hastanın Tıbbi Tanısı** | **Ameliyatının Adı** | **Post-op günü** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TEDAVİ GRUBU** | **DİNLENME ROTASYONU** | **YEMEK ROTASYONU** |
| 1-2-3-4- |  |  | **11.30-12.30** | **12.30-13.30** |
| 1-2-3-4-5-6- | 1-2-3-4-5-6- | 1-2-3-4-5-6- | 1-2-3-4-5-6- |

 |

#

|  |
| --- |
| **AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ****CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ AYLIK KLİNİK ÇALIŞMA FORMU****ROTASYON** |
| **TARİH** | **Sorumlu Öğrenci** **Adı-Soyadı** | **Tedaviye Çıkacak Öğrencilerin** **Adı-Soyadı** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **GRUP LİDERİ:** |
|  |