

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 <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Yaşı: Medeni Durumu:..... Eğitimi:..... Mesleği/İşi:..... Yatış tarihi:..... Geldiği yer: Acil <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Yoğun bakım <input type="checkbox"/> Diğer.....																								
1. SAĞLIĞI ALGILAMA-SAĞLIĞIN YÖNETİMİ	Tıbbi Tanısı:..... Hastalık öyküsü:..... Özgeçmiş(süre): DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KVH <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Diğer Soygeçmiş(süre): DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KVH <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Diğer Alerji (İlaç/Besin): Hasta kimlik bilekliği: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Sağlığını tehdit eden riskler (Sıklık/Süre ve Miktarı): Sigara <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Sedanter yaşam <input type="checkbox"/> Diğer Bakımına katılma isteği/yeteneği: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>																								
2. BESLENME-METABOLİK	Boy... Kilo..... BKİ..... kg/m ² Normal <input type="checkbox"/> Kaşektik <input type="checkbox"/> Hafif kilolu <input type="checkbox"/> Obez <input type="checkbox"/> Diyeti:..... Kiloda Değişim: Yok <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/>kg/zaman İştah Durumu: Normal <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Beslenme sorunları: Disfaji <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Hematemez <input type="checkbox"/> Diğer:..... Beslenme Durumu: Oral: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Enteral Beslenme: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Total Parenteral Beslenme: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>																								
3.ELİMİNASYON	İdrar: Normal <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Üriner İnkontinans <input type="checkbox"/> Üriner kateter: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diyaliz: Hemodiyaliz <input type="checkbox"/> Periton Diyalizi <input type="checkbox"/> Diyaliz giriş yeri:..... Dışkılama: Normal <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematokezya <input type="checkbox"/>																								
4. AKTİVİTE/EGZERSİZ	Egzersiz yapıyorsa tipi/sıklığı/süresi:..... Egzersiz sırasında yaşadığı semptomlar: Göğüs ağrısı <input type="checkbox"/> Çarpıntı <input type="checkbox"/> Bacak ağrısı <input type="checkbox"/> Kas ağrısı <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Yorgunluk <input type="checkbox"/> Diğer:..... <table border="1" style="width:100%"><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>	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																							

Düşme Öyküsü: Hayır Evet Açıklayınız.....

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

5. UYKU/ DİNLENME

Uyku düzeninde değişiklik: Yok Var
Var ise açıklayınız.....

6. BİLİŞSEL/ ALGISAL	Bilinç Düzeyi: Bilinç açık <input type="checkbox"/> Konfüze <input type="checkbox"/> Laterjik <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/>																								
	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 <input type="checkbox"/> 8-9 puan Stupor <input type="checkbox"/> 10-11 puan Laterji <input type="checkbox"/> 12-13 puan Konfüzyon <input type="checkbox"/> 13-14 puan Deliryum ve Hafif Nörolojik Hasar <input type="checkbox"/> 15 puan Bilinçli <input type="checkbox"/>																									
Yer, zaman, kişi oryantasyonu: Var <input type="checkbox"/> Yok																									
7. KENDİNİ ALGILAMA	Sağlığını algılama durumu: Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi: İnkâr <input type="checkbox"/> Öfke <input type="checkbox"/> Pazarlık <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Kabullenme <input type="checkbox"/> Diğer: Sağlık taraması yaptırma durumu: Sağlık kontrolleri yaptırma durumu: Düzenli <input type="checkbox"/> Kısmen düzenli <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>																								
8. ROL/ İLİŞKİLER	Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Birlikte aynı evde yaşadığı kişi/kişiler: Yalnız <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Diğer:..... Bakmakla yükümlü olduğu kişi/kişiler: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklayınız: Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik, sosyal, kültürel ruhsal): Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklayınız:																								
9. CİNSELLİK – ÜREME	Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi: Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklayınız:..... Tedavi ve/veya hastalığın cinsel yaşamı ve fertilité üzerine etkisi:																								
10. BAŞ ETME- STRES TOLERANSI	Stres Düzeyi: 0-10 arası puanla değerlendirme: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Stres yok</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">Çok şiddetli stres</td> </tr> </table> Algılanan gerçek ve potansiyel stresörler: Stres ile baş etmede kullanılan yöntemler:					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Stres yok					Çok şiddetli stres				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																
Stres yok					Çok şiddetli stres																				
11. DEĞER- İNANÇ	Sağlığa/Hastalığa ilişkin inanç ve uygulamalar:																								

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
FİZİK MUAYENE FORMU

Saat:	Ateş:	Nabız:	Solunum:	Kan Basıncı:
-------	-------	--------	----------	--------------

6 aydan daha uzun süren ağrı mı? Hayır Evet

Nitelik	Farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik Tedavi	Ağrıya karşı tepkiler	Ağrının Lokalizasyonu
1. Kramp 2. Yanıcı 3. Batıcı 4. Spazm 5. Zonklayıcı 6. Baskı verici 7. Ezici/sıkıştırıcı	1. Non-Steroid Antienflamatuvarlar 2. Narkotik analjezikler 3. Adjuvan tedavi 4. Diğer	1. Masaj 2. Dikkati dağıtma 3. Müzik 4. Pozisyon değişikliği 5. Sıcak/soğuk uygulama 6. Diğer.....	1. Kızgınlık/Ağlama 2. Aktivitede azalma 3. İştahta azalma 4. Uyku problemleri 5. Konsantrasyon bozukluğu 6. Terleme/çarpıntı 7. Diğer	

Ağrı Değerlendirme

İŞLEMLER	BELİRTİ VE BULGULAR																																			
CİLT MUAYENESİ	Cilt: Normal <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Nemli/Terli <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Sarılık <input type="checkbox"/> Peteşi <input type="checkbox"/> Purpura <input type="checkbox"/> Ekimoz <input type="checkbox"/> Hematom <input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Diğer.....																																			
	BASI YARASI RİSK FAKTÖRLERİ																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Obezite <input type="checkbox"/></td> <td>Travma <input type="checkbox"/></td> <td>SVO <input type="checkbox"/></td> <td>Hipotermi <input type="checkbox"/></td> <td>Steroid kullanımı <input type="checkbox"/></td> <td>Anoreksiya <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Yaşlılık <input type="checkbox"/></td> <td>Ödem <input type="checkbox"/></td> <td>Diyabet <input type="checkbox"/></td> <td>Anemi <input type="checkbox"/></td> <td>Beslenme Bozukluğu <input type="checkbox"/></td> <td>Büyük Ameliyat <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Zayıflık <input type="checkbox"/></td> <td>Yatağa Bağımlılık <input type="checkbox"/></td> <td>NGS ile beslenme <input type="checkbox"/></td> <td>Periferik Vasküler Hastalık <input type="checkbox"/></td> <td>Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Obezite <input type="checkbox"/>	Travma <input type="checkbox"/>	SVO <input type="checkbox"/>	Hipotermi <input type="checkbox"/>	Steroid kullanımı <input type="checkbox"/>	Anoreksiya <input type="checkbox"/>	Yaşlılık <input type="checkbox"/>	Ödem <input type="checkbox"/>	Diyabet <input type="checkbox"/>	Anemi <input type="checkbox"/>	Beslenme Bozukluğu <input type="checkbox"/>	Büyük Ameliyat <input type="checkbox"/>	Zayıflık <input type="checkbox"/>	Yatağa Bağımlılık <input type="checkbox"/>	NGS ile beslenme <input type="checkbox"/>	Periferik Vasküler Hastalık <input type="checkbox"/>	Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/>																		
	Obezite <input type="checkbox"/>	Travma <input type="checkbox"/>	SVO <input type="checkbox"/>	Hipotermi <input type="checkbox"/>	Steroid kullanımı <input type="checkbox"/>	Anoreksiya <input type="checkbox"/>																														
	Yaşlılık <input type="checkbox"/>	Ödem <input type="checkbox"/>	Diyabet <input type="checkbox"/>	Anemi <input type="checkbox"/>	Beslenme Bozukluğu <input type="checkbox"/>	Büyük Ameliyat <input type="checkbox"/>																														
	Zayıflık <input type="checkbox"/>	Yatağa Bağımlılık <input type="checkbox"/>	NGS ile beslenme <input type="checkbox"/>	Periferik Vasküler Hastalık <input type="checkbox"/>	Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/>																															
	BRADEN SKALASI																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Duyu / algı</th> <th>Nem</th> <th>Aktivite</th> <th>Hareketlilik</th> <th>Beslenme</th> <th>Sürtünme</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>Problem 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Çok sınırlı 2</td> <td>Çok nemli 2</td> <td>Sandalye 2</td> <td>Çok Sınırlı 2</td> <td>Yetersiz 2</td> <td>Olası problem 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>Problem 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>Bozulma yok 4</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Duyu / algı	Nem	Aktivite	Hareketlilik	Beslenme	Sürtünme	Toplam	Tamamen sınırlı 1	Sürekli nemli 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	Arasıra 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	Bozulma yok 4	
	Duyu / algı	Nem	Aktivite	Hareketlilik	Beslenme	Sürtünme	Toplam																													
	Tamamen sınırlı 1	Sürekli nemli 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	Arasıra 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	Bozulma yok 4																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TOPLAM SKORU</th> <th>RİSK DÜZEYİ</th> <th>AÇIKLAMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 puan veya daha az puan</td> <td>Yüksek risk</td> <td>8 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir</td> </tr> <tr> <td>13-14 Puan</td> <td>Orta risk</td> <td>12 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir</td> </tr> <tr> <td>15-16 puan (75 yaş üzeri kişilerde 15-18)</td> <td>Düşük risk</td> <td>24 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.</td> </tr> </tbody> </table>	TOPLAM SKORU	RİSK DÜZEYİ	AÇIKLAMA	12 puan veya daha az puan	Yüksek risk	8 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir	13-14 Puan	Orta risk	12 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir	15-16 puan (75 yaş üzeri kişilerde 15-18)	Düşük risk	24 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.																								
TOPLAM SKORU	RİSK DÜZEYİ	AÇIKLAMA																																		
12 puan veya daha az puan	Yüksek risk	8 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir																																		
13-14 Puan	Orta risk	12 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir																																		
15-16 puan (75 yaş üzeri kişilerde 15-18)	Düşük risk	24 saat arayla deri bütünlüğü kontrol edilir.																																		
Basınç yarası <input type="checkbox"/> Varsa Yeri:..... <u>Evresi:</u> Evre I <input type="checkbox"/> Evre II <input type="checkbox"/> Evre III <input type="checkbox"/> Evre IV <input type="checkbox"/>																																				
	Bası Yarası Sınıflaması																																			
EVRE I	Bölge kızarıklık, cilt bozulmamış, koruyucu	EVRE III	Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir.																																	

	önlemlerle reversibledir.																										
EVRE II	Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir.	EVRE IV	Kas yada kemikleri de tutan ülserdir.																								
	<p>Deri Turgoru: Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/></p> <p>IV Yol : Periferal <input type="checkbox"/> Santral <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> GörünümüTakılma Zamanı:.....</p> <p>Tırnaklar: Normal <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Çomak parmak <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Diğer</p> <p>Ödem: Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yer:</p> <p>Gode: 1+:0-15 sn <input type="checkbox"/> 2+:15-30 s <input type="checkbox"/> 3+:30-45 sn <input type="checkbox"/> 4+:45 sn↑ <input type="checkbox"/></p>																										
BAŞ-BOYUN MUAYENESİ	<p>Saç/saçlı deri: Temiz <input type="checkbox"/> Yağlı <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Kepeklenme <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Gözler: Normal <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Kulaklar: Normal <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Çınlama <input type="checkbox"/> İşitme problemi <input type="checkbox"/> İşitme cihazı <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Burun: Koku alma: Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Epistaksis <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Ağız-boğaz: Boğaz ağrısı <input type="checkbox"/> Protez diş <input type="checkbox"/> Çürük diş <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Ses: Normal <input type="checkbox"/> Boğuk/kısık <input type="checkbox"/> Konuşmada zorlanma <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Yutkunma: Normal <input type="checkbox"/> Yutkunma sorunu <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Dudaklar: Normal <input type="checkbox"/> Kuru ve çatlama <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Dil: Normal <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Çatlama <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Tat alma duyası: Normal <input type="checkbox"/> Bozulmuş <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Tükürük: Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Oral Mukoza: Normal <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Ağız yarası/ülser <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Diş Etileri: Normal <input type="checkbox"/> Ödemli/kızarıklık <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p> <p>Lenfadenopati: Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yeri: Preoriküler <input type="checkbox"/> Suboksipital <input type="checkbox"/> Posterior servikal <input type="checkbox"/> Tonsiller <input type="checkbox"/> Submandibuler <input type="checkbox"/> Aksillar <input type="checkbox"/> Servikal <input type="checkbox"/> İngiunal <input type="checkbox"/> Diğer:.....</p>																										
KARDİYO-VASKÜLER MUAYENE	<p>Kalp seslerini dinleme: Aort <input type="checkbox"/> Pulmoner <input type="checkbox"/> Triküspit <input type="checkbox"/> Mitral <input type="checkbox"/></p> <p>Kalp seslerinde patolojik bulgu varsa açıklayınız.....</p> <p>Nabız: Normal <input type="checkbox"/> Taşikardi <input type="checkbox"/> Bradikardi <input type="checkbox"/> Çarpıntı Hissi <input type="checkbox"/> Filiform (ipliksi) nabız <input type="checkbox"/></p> <p>Apikal Ritm: Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/></p> <p>Kapiller Dolum: Normal <input type="checkbox"/> Gecikmiş <input type="checkbox"/></p> <p>Kan basıncı: Normal <input type="checkbox"/> Hipotansiyon <input type="checkbox"/> Ortostatik Hipotansiyon <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/></p> <p>Periferik nabızlar: Güç 0=yok 1= Zayıf 2= Orta 3= Güçlü</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nabızlar</th> <th>Sol</th> <th>Sağ</th> <th>Nabızlar</th> <th>Sol</th> <th>Sağ</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <p>Boyun ven dolgunluğu: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Tromboflebit (Homan's Bulgusu): Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Varis: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p>			Nabızlar	Sol	Sağ	Nabızlar	Sol	Sağ	Brakial			Femoral			Radial			Dorsalis Pedis			Popliteal			Posterior Tibial		
Nabızlar	Sol	Sağ	Nabızlar	Sol	Sağ																						
Brakial			Femoral																								
Radial			Dorsalis Pedis																								
Popliteal			Posterior Tibial																								
SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ	<p>Göğüs kafesi şekli: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....</p> <p>Göğüs kafesi: Solunuma eşit-simetrik katılıyor <input type="checkbox"/> Eşit-simetrik katılmıyor <input type="checkbox"/></p> <p>Solunumun Ritmi: Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/></p> <p>Solunumun Hızı: Normal <input type="checkbox"/> Bradipne <input type="checkbox"/> Taşipne (Takipne) <input type="checkbox"/></p> <p>Solunumun Derinliği: Normal <input type="checkbox"/> Hipopne <input type="checkbox"/> Hiperpne <input type="checkbox"/></p> <p>Solunumun Şekli: Hipoventilasyon <input type="checkbox"/> Hiperventilasyon <input type="checkbox"/> Ortopne <input type="checkbox"/> Apne <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/></p> <p>SPO₂:..... Oksijen kullanımı Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Nazal Kanül.....lt/dk Maske..... lt/dk</p> <p>Dispne: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Efor Dispnesi <input type="checkbox"/> Paroksizmal Noktürnal Dispne <input type="checkbox"/></p> <p>Akciğer Sesi: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Açıklayınız.....</p> <p>Öksürük: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Balgam <input type="checkbox"/> Renk ... Yoğunluk... Miktar ...</p> <p>Hemoptizi: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Siyanoz: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Solunumla Ağrı: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p>																										
ABDOMİNAL MUAYENE	<p>Abdomen: Yumuşak <input type="checkbox"/> Gergin <input type="checkbox"/> Sert <input type="checkbox"/> Hassasiyet <input type="checkbox"/> Renk değişikliği <input type="checkbox"/> Karında Asit <input type="checkbox"/> Diğer.....</p>																										

	<p>Barsak sesleri:..... Normoaktif <input type="checkbox"/> Hiperaktif <input type="checkbox"/> Hipoaktif <input type="checkbox"/></p> <p>Rebound hassasiyeti: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p>
NÖROLOJİK MUAYENE	<p>Işık refleksi (IR): Sağ: +/- Sol: +/- Pupil büyüklüğü: İzokorik <input type="checkbox"/> Anizokorik <input type="checkbox"/></p> <p>Ekstra oküler hareketler: Görme alanı testi:.....</p> <p>Kranial sinirlerin muayenesi: Normal <input type="checkbox"/> Patolojik bulgu var <input type="checkbox"/> (Açıklayınız.....)</p> <p>Duyu kontrolü: Normal <input type="checkbox"/> His kaybı <input type="checkbox"/> Uyuşma/karınalanma <input type="checkbox"/> Sıcak/Soğuk İntoleransı <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Diğer periferik nöropati semptomları (ağrı, yanma hissi, hiperaljeji vb) <input type="checkbox"/></p> <p>Motor sistem muayenesi: Üst ekstremitte kas gücü (0:hareket yada kasılma yok- 5:Tam)</p> <p>Sağ (0-5): Sol (0-5):</p> <p>Alt ekstremitte kas gücü kas gücü (0:hareket yada kasılma yok- 5:Tam)</p> <p>Sağ (0-5): Sol (0-5):</p> <p>Paralizi <input type="checkbox"/> Paraestezi <input type="checkbox"/> Hemipleji <input type="checkbox"/> Parapleji <input type="checkbox"/> Quatripleji <input type="checkbox"/></p> <p>Denge ve koordinasyon: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p>
KAS İSKELET SİSTEMİ MUAYENESİ	<p>Genel Görünüş: Normal <input type="checkbox"/> Kifoz <input type="checkbox"/> Skolyoz <input type="checkbox"/> Lordoz <input type="checkbox"/> Spinal Deformite <input type="checkbox"/></p> <p>Tremor <input type="checkbox"/> Yürüyüş bozulmuş <input type="checkbox"/> Postür bozulmuş <input type="checkbox"/> Amputasyon <input type="checkbox"/></p> <p>Eklemler: Normal <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Eklemde şişlik <input type="checkbox"/> Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/> Kontraktür <input type="checkbox"/></p> <p>Deformite <input type="checkbox"/></p> <p>Üst ekstremitte: ROM:Tam <input type="checkbox"/> Sınırlı <input type="checkbox"/> ...</p> <p>Alt ekstremitte: ROM:Tam <input type="checkbox"/> Sınırlı <input type="checkbox"/></p> <p>Yardımcı Araç Kullanımı: Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklayınız:</p>

LABORATUVAR ÇALIŞMALARI FORMU

TEST	REFERANS ARALIĞI*	TARİH	TARİH	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			
Na ⁺⁺ K ⁺ Ca ⁺⁺	136 -145 mEq/L 3.5-5,1 mEq/L 8.6- 10 mg/dL			
Kan Şekeri Açlık Kan Şekeri Tokluk HbA1c	74-106 mg/dL 140-180 mg/dL % 4.8-5.9			
BUN Kreatinin Ürik asit	6-20 mg/dL 0.7-1.2 mg/dL 3,4-7 mg/dl			
Total Kolesterol HDL LDL Trigliserid	0-200 mg/dL 35-55 mg/dL 60-130 mg/dL 0-150 mg/dL			
CPK/troponin	0-14 ng/L			
CPK MB	0 -4.94 ng/mL			
LDH	135-214 U/L			
ALT AST	0-41 U/L 0-40 U/L			
Total protein	6.6-8.7 g/dL			
Albumin	35- 52 g/L			
Total bilirubin Direkt bilirubin	0.1-1.2 mg/dL 0-0.3 mg/dL			
PT INR	10.4-14 sn 0.85-1.15			
Lipaz	10-140 U/L			
D-Dimer	0.5 mikrogram/mL			
ARTERİYEL KAN GAZLARI PH PaO ₂ PaCO ₂ SpO ₂ HCO ₃	7.35-7.45 90-100 mm/Hg 35-45 mm/Hg %95-97 22-26 mEq/L			
İDRAR Dansite pH Lökosit Eritrosit Kültür/Antibiyogram	1.001-1.035 4.5-7.5 1-2 0-1			
DİĞER CRP.....	0-5 mg/L			

* 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)

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

İLAC VE IV SIVI FORMU

İlacın Adı	Doz /Sıklık/ IV Hızı- Saati	İlacın Kullanılma Nedeni	Hemşirelik Girişimleri (ilaca bağlı takip edilmesi gereken durumlar)

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

Aldığı Çıkardığı Sıvı Takibi

Oral*	Tüple beslenme*	IV*	İdrar*	NG/ Dren*	Kusma*	Gaita*
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.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

TABURCULUĐA HAZIRLIK KAPSAMINDA PLANLANAN EĞİTİMLER

Öz bakımın desteklenmesi:

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

Sağlık kontrolleri:

TIBBİ TANI 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: Sonuç kriterleri:			
		Etiyolojik faktörler: Tanımlayıcı kriterler:				