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

Öğrenci Adı Soyadı: **Veri Toplama Tarihi:**

<table>
<tr><td>BİREYE İLİŞKİN VERİLER</td><td>Hastanın Adı Soyadı:……
Tıbbi Tanısı:…….
Cinsiyeti: Kadın☐ Erkek☐ Yaşı: …….. Medeni Durumu:……
Eğitimi:…….. Mesleği/İşi:……
Yatış tarihi:…… Hasta kimlik bilekliği: Var ☐ Yok ☐
Geldiği yer: Acil☐ Poliklinik☐ Yoğun bakım☐ Diğer……..</td></tr>
<tr><td>1. SAĞLIĞI ALGILAMA-SAĞLIĞIN YÖNETİMİ</td><td>Tıbbi Tanısı:…….
Hastalık öyküsü:……...
……
……
Özgeçmiş: DM☐…ay/yıl HT☐…ay/yıl KVH☐…ay/yıl Kanser☐…ay/yıl Diğer.....
Soygeçmiş: DM ☐ HT ☐ KVH ☐ KOAH ☐ Kanser☐ Diğer ……..
Sağlığını tehdit eden riskler: Sigara☐ ……gün/adet Alkol☐ …….sıklık
Sedanter yaşam☐ Diğer ……..
Alerji (İlaç/Besin): …… Bakımına katılma isteği/yeteneği: Var ☐ Yok ☐</td></tr>
<tr><td>2. BESLENME-METABOLİK</td><td>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)……</td></tr>
<tr><td>3.ELİMİNASYON</td><td>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.)….....</td></tr>
<tr><td>4. AKTİVİTE/ EGZERSİZ</td><td>Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği
(Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)
<table>
<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……..</td></tr>
</table>

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 İlk Değerlendirme	Puan 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:** Psikotroplar, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiayebetikler, 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	**1**
Ağrılı uyarılara yanıt olarak	**2**	Ektensör yanıt	**2**	Anlaşılmaz sesler	**2**
Konuşmaya yanıt olarak	**3**	Fleksör	**3**	Uygun olmayan yanıt	**3**
Kendiliğinden	**4**	Geri çekme şeklinde	**4**	Dağınık, konfüze yanıt	**4**
		Lokalize edici	**5**	Oryante yanıt	**5**
		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:
İnkar ☐ Öfke ☐ Pazarlık ☐ Depresyon ☐ Kabullenme ☐ Diğer: .....
Sağlık kontrolleri yaptırma durumu: Düzenli☐ Kısmen düzenli☐ Hayır☐

8. ROL/ İLİŞKİLER

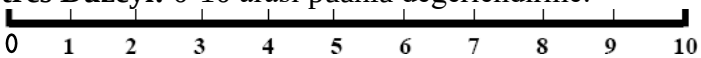
Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme: Var☐ Yok☐
Birlikte aynı evde yaşadığı kişi/kişiler: Yalnız☐ Aile☐ Diğer:……
Bakmakla yükümlü olduğu kişi/kişiler: Var☐ Yok☐ Açıklayınız: .....
Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik, sosyal, kültürel):
Var☐ Yok☐ Açıklayınız: …….

9. CİNSELLİK – ÜREME

Tedavi ve hastalığın cinsellik algısına/ cinsel yaşama etkisi: Yok☐ Var☐
Açıklayınız:……
Tedavi ve/veya hastalığın fertilite (doğurganlık) üzerine etkisi:……

10. BAŞ ETME-STRES TOLERANSI

Stres Düzeyi: 0-10 arası puanla değerlendirme:



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

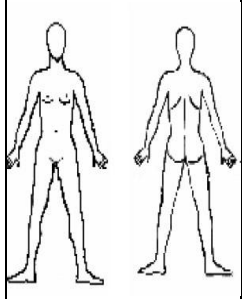
Saat:	**Ateş:**	**Nabız:**	**Solunum:**	**sPO_2 (%) :**	**Kan Basıncı:**

Ağrı Değerlendirmesi

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı yok **Dayanılmaz Ağrı**

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/iştahta azalma 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 anestezik 7. Adjuvan tedavi 8. Diğer ……..

İŞLEMLER	**BELİRTİ VE BULGULAR**
CİLT MUAYE-*NESİ	**Cilt:** Normal☐ Kuru☐ Nemli/Terli☐ Kızarık☐ Siyanotik☐ Soğuk ☐ Soluk ☐ Sıcak☐ Sarılık☐ Peteşi ☐ Purpura☐ Ekimoz ☐ Hematom ☐ Kaşıntı☐ Lezyon☐ Diğer……..

BASI YARASI RİSK FAKTÖRLERİ

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

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	Çok iyi **4**		

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 yarası: Var ☐ Yok ☐

Basınç Yarası Varsa Yeri:……..……

	Basınç Yarası Sınıflaması
☐	**Evre I:** Bölge kızarık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir.
☐	**Evre II:** Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeyel 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: Periferal ☐ Santral ☐ Port ☐ Görünümü ……Takılma 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 ☐ Kızarık☐ Çatlamış☐ Diğer……..
Diş/ Diş Etleri: Normal☐ Protez☐ Çürük☐ Ödemli/kızarık☐ Kanama☐ Diğer:……
Tükürük: Normal☐ Azalmış☐ Artmış☐ Diğer:……
Yutkunma: Normal ☐ Yutkunma sorunu☐ Diğer:……
Tat Alma Duyusu: Normal☐ Bozulmuş ☐ Diğer:……
Ses: Normal ☐ Boğuk/kısık ☐ Konuşmada zorlanma ☐ Diğer:……
Lenfadenopati: Yok☐ Var☐ **Yeri:** Preoriküler☐ Suboksipital☐ Posterior servikal☐ Tonsiller☐ Submandibuler☐ Aksillar☐ Servikal☐ İngiunal☐ Diğer:……

KARDİYO-VASKÜLER MUAYENE

Kalp sesini dinleme: Mitral ☐
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 ☐

Nabız Gücü	**0**=yok		**1**= Zayıf **2**= Orta **3**= Güçlü		
Nabızlar	**Sol**	**Sağ**	**Nabızlar**	**Sol**	**Sağ**
Brakial			Femoral		
Radial			Dorsalis Pedis		
Popliteal			Posterior Tibial		

Boyun ven dolgunluğu: ☐
Tromboflebit (Homan's Bulgusu): ☐ **Varis:** ☐

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☐ Paroksismal 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/karıncalanma☐ Sıcak/Soğuk İntoleransı☐ Diğer periferik nöropati semptomları (ağrı,yanma hissi, hiperaljeji vb) ☐ **Motor sistem muayenesi:** Üst ekstremite kas gücü (0: hareket ya da kasılma yok- 5: Tam) **Sağ (0-5): Sol (0-5):** Alt ekstremite kas gücü 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 ekstremite**: ROM: Tam☐ Sınırlı☐ Açıklayınız …… **Alt ekstremite**: 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^{++} K^+ Cl^- Ca^{++}	136 -145 mmol/L 3.5-5,1 mmol/L 98-107 mmol/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 ……					

***** Referans aralıkları Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Laboratuvarı ölçütleri alınarak hazırlanmıştır.

TANI VE TETKİK İŞLEMLERİ FORMU

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

……
……
……
……
……
……

TIBBİ TEDAVİ TAKİP FORMU

İlacın/ IV Sıvının Adı	Doz /Sıklık/ IV Hızı- Saati	İlacın/ IV Sıvının 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

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.**

TABURCULUĞA 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
		Hemşirelik Tanıları (G/P/O) Kollobratif Problemler(PK)	Amaç / Sonuç Kriterleri	Müdahaleler/Girişimler		
		Etiyolojik faktörler: Tanımlayıcı kriterler:	Amaç: Sonuç kriterleri:			

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	

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ GÜNLÜK KLİNİK ÇALIŞMA FORMU

GRUP LİDERİ: **GRUP NO:** **TARİH:**

Öğrenci Adı-Soyadı	**Oda No**	**Hasta Adı-Soyadı**	**Hastanın Tıbbi Tanısı**

TEDAVİ UYGULAMALARI GRUBU	**ÇAY SAATİ ROTASYONU**		**YEMEK ROTASYONU**	
1- 2-	**Kliniğin uygun olduğu saatlerde 20'şer dakika**		**11.30-12.30**	**12.30-13.30**
	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7-	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7-	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7-	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7-

SORUMLU ÖĞRENCİ:

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
SORUMLU ÖĞRENCİ LİSTESİ

GRUP NO: **GRUP LİDERİ:**

Tarih	Sorumlu Öğrenci Hemşire	Tedavi Uygulamalarına Katılacak 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**
A. MESLEKİ GELİŞİM		
Profesyonel, etik ve hasta merkezli davranış sergileyebilme; sorumluluk alabilme	**4**	
Öğrenmeye açık olma, geri bildirimleri bakım uygulamalarına yansıtma ve kanıta dayalı kaynaklardan yararlanabilme	**4**	
Hastayı uygun şekilde teslim alıp-verebilme	**4**	
Klinik formları, bakım planlarını ve raporları zamanında, eksiksiz ve bilimsel biçimde hazırlayabilme	**3**	
B. HASTA BAŞI ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRMESİ		
Hastanın tıbbi tanısını, semptomlarını, tedavisini ve olası komplikasyonlarını açıklayabilme	**10**	
Fizik muayene, laboratuvar ve tanısal test sonuçlarını kullanarak hastayı bütüncül değerlendirebilme ve öncelikli sorunları belirleyebilme	**10**	
Güvenli ilaç uygulama ilkelerini kullanarak ilaç hazırlama, uygulama, kaydedebilme ve izlem yapabilme	**10**	
Hastanın gereksinimlerine uygun hemşirelik bakımını planlayabilme, uygulayabilme ve sonuçlarını değerlendirebilme	**20**	
C. HEMŞİRELİK SÜRECİ		
Veri Toplama ve Değerlendirme Sistematik ve doğru veri toplayabilme, kritik bulguları fark edebilme, elde ettiği verileri gözlem, görüşme ve fiziksel değerlendirme bulguları ile ilişkilendirebilme ve bakım gereksinimlerini belirleyebilme	**5**	
Hemşirelik ve Kolobratif Problemler Tanı etiyolojisini ve tanımlayıcı kriterleri belirleyebilme, yeterli sayıda uygun hemşirelik tanısı ve kolobratif problemleri koyabilme	**10**	
Planlama ve Uygulama Amaçları, sonuç kriterleri ve girişimleri belirleyebilme, belirlediği girişimleri öncelik sırasına göre uygulayabilme	**10**	
Değerlendirme Amaç ve sonuç kriterleri doğrultusunda uygun değerlendirme yapabilme ve hemşirelik bakımının devamlılığını sağlayabilme	**10**	
ALDIĞI TOPLAM PUAN		
GENEL PUAN		

ÖĞRENCİNİN GÜÇLÜ YÖNLERİ
ÖĞRENCİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ GEREKEN YÖNLERİ

Öğretim Elemanı: **İmza:**	**Öğrenci:** **İmza:**