**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 Düzeyi: |  |
| Bilgi Kaynağı:  Kendisi🞎 Yakını🞎................. Sağlık Elemanı🞎.............. Diğer🞎.................. | |
| Geliş Yeri : Ev🞎 Acil🞎 ……………………Hastanesinden Sevk🞎 | |
| Adres:  ...................................................................................................................................................... | |
| **Tıbbi Tanısı** : **Planlanan/Uygulanan Ameliyatın adı:** |  |
| **Ameliyat türü:** Acil 🞎 Elektif🞎  **Anestezi türü:** Genel Anestezi🞎 Spinal Anestezi🞎 Epidural Anestezi🞎 Lokal Anestezi🞎 | |
| **Ameliyatın tarihi ve geliş saati:** | |
| **Postoperatif………………..gün** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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):**  **Yaşam Stili Nedeni ile Sağlığını Tehdit Eden Risk Faktörleri:**  **Sigara Kullanımı:**  Var🞎……………. adet /gün Tip: ……………………..Kaç Yıldır içiyor : ………… **Bırakma isteği var mı?** Hayır🞎 Evet🞎  Yok🞎 **Bırakma** Z**amanı:**………………………… Kaç Yıl içmiş: …………..Günde ne kadar içmiş:………  Alkol 🞎  Aktivite Eksikliği🞎 Diğer: ………………………  **ALERJİLERİ:…..** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Ailesel Risk Faktörleri** | **Var** | **Yok** | **İlişkisi** |  | **Var** | **Yok** | **İlişkisi** |
| Diabetes Mellitus |  |  |  | Stroke |  |  |  |
| Kardiyovasküler Hastalıklar |  |  |  | Mental Hastalıklar |  |  |  |
| Solunum hastalıkları |  |  |  | Kanser ……………açıklayınız |  |  |  |
| Hipertansiyon |  |  |  | Diğer: |  |  |  |
| Böbrek hastalıkları |  |  |  |  |  |  |  |
| **Uygulanan İzolasyon:** Solunum🞎 Damlacık🞎 Temas🞎 Diğer🞎 | | | | | | | |
| **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:………………………………………………………………… | | | | | | | |
| **Bir Araya Getirilmiş Önemli Veriler*:*** | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **BESLENME – METABOLİZMA**  **Boy** ……………….. **Kilo** ………………**Beden Kitle İndeksi**…..………………………………………  **Kilo artışı** …………… (zaman ) …………….**Kilo Azalması**………………(zaman )…………………  **Obezite**🞎 **(**Açıklayınız) ……………………………………………………………………………………  **Beslenme Bozukluğu**🞎 (Açıklayınız) ……………………………………………………………………  **Oral alım** Var 🞎 Yok 🞎 Neden?.............................. |
| **NRS 2002\*** |
| **ÖN DEĞERLENDİRME**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Beden kitle indeksi (BKİ)<20,5 kg/m2 mi? | Evet ( ) | Hayır ( ) | | Hasta son 3 ayda kilo kaybetti mi? | Evet ( ) | Hayır ( ) | | Geçen hafta gıda alımında azalma oldu mu? | Evet ( ) | Hayır ( ) | | Hasta ileri derecede hasta mı? (Örneğin majör cerrahi geçirdi mi? Yoğun bakımda mı?) | Evet ( ) | Hayır ( ) | | Bu sorulardan biri “Evet” ile cevaplanırsa esas değerlendirmeye devam edilir. Bütün sorular “Hayır” ile cevaplanırsa,  hastaya her hafta yeniden Ön Değerlendirme yapılır. Hastaya örneğin büyük bir ameliyat yapılması planlanıyorsa,  olası bir riske karşı, önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanması gerekir. | | |   **ESAS DEĞERLENDİRME**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Beslenme Durumundaki Bozulma** | **Puan** | **Hastalık Şiddeti** | **Puan** | | Normal beslenme durumu | **0**  **(yok)** | Normal besin gereksinimi | **0**  **(yok)** | | 3 ayda >%5 kilo kaybı veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %50-75’inin altında | **1**  **(hafif)** | Kalça fraktürü, özellikle akut komplikasyonları olan kronik hastalar: siroz, KOAH, kronik hemodiyaliz, diyabet, onkoloji | **1**  **(hafif)** | | 2 ay içinde kilo kaybı >%5 veya BKİ: 18,5-  20,5+genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %25-50’si | **2**  **(orta)** | Major abdominal cerrahi, inme, şiddetli pnömoni, hematolojik malignite | **2**  **(orta)** | | 1 ay içinde kilo kaybı >%5 (3 ayda >%15) veya BKİ˂18,5+genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal ihtiyacının %0-25’i | **3**  **(şiddetli)** | Kafa travması, kemik iliği transplantasyonu, yoğun bakım hastaları (APACHE>10) | **3**  **(şiddetli)** | | **TOPLAM SKOR:** | **+1**  **Yaşı≥70 ise** | **TOPLAM SKOR:** | | | **TOPLAM (Nutrisyonel Risk Skoru) NRS 2002:** | | | | | Total Skorun Hesaplanması: İlk önce Beslenme Durumundaki Bozulma bölümünün puanı bulunur. Sonra Hastalık Şiddeti puanı bulunur. Toplanır. En son olarak da hastanın yaşı 70 yaş ve üstü ise 1 puan daha eklenir. Böylece hastanın NRS bulunur.  Puan≥3: Beslenme riski mevcut, beslenme planı başlatılır.  Puan˂3: Haftada bir NRS 2002 değerlendirmesi yapılması gerekir. Eğer büyük bir cerrahi müdahale yapılması planlanıyorsa, olası risklere karşı önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanmalıdır. | | | | | \* **KAYNAK:**https://espen.info/documents/screening.pdf | | | |   **Hastanedeki Diyeti ………………………..**  **Öğünlerini tüketme oranı %....………………………………………….**  **Diyetine uyum durumunu açıklayınız………………………………** |
| **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🞎 Deri turgorunun değerlendirildiği yer : ……………………… | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CERRAHİ YARANIN DEĞERLENDİRİLMESİ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cerrahi Yara Yeri Değerlendirmesi: **…………………………………**  Yaranın Görünümünü (Akıntı, kızarıklık vb.) yazınız:…………………………………..  Yara İyileşme Aşaması Basamağını yazınız:……………………………………………. | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **!! Cilt lezyonlarını, basınç yaraları ve invaziv girişimlerin yerlerini yandaki resim üzerinde işaretleyiniz ve numaralandırılarak resmin aşağısına tanımlayınız.** | | | | | | | |
| 1:  2: | | | | | | | | 3:  4: | | | | | | | 5:  6: | |
| **\*BRADEN SKALASI (uygun sayıyı daire içine alın ve toplam skoru hesaplayın)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Duyu / algı** | | **Nem** | | **Aktivite** | | | **Hareketlilik** | | | **Beslenme** | | **Sürtünme** | |  | | |
| Tamamen sınırlı | 1 | Sürekli nemli | 1 | Yatağa Bağımlı | | 1 | İmmobil | | 1 | Çok kötü | 1 | Problem | 1 | **Basınç yarası** Var 🞎 Yok 🞎  **Yeri**:………….......... | | |
| Çok sınırlı | 2 | Çok  nemli | 2 | Sandalye | | 2 | Çok Sınırlı | | 2 | Yetersiz | 2 | Olası  Problem | 2 | **Evresi:** Evre I 🞎 Evre II 🞎  Evre III 🞎 Evre IV 🞎 | | |
| Hafif Sınırlı | 3 | Ara sıra nemli | 3 | Ara sıra yürüyor | | 3 | Hafif Sınırlı | | 3 | Yeterli | 3 | Problem yok | 3 | **EVRE I**  Bölge kızarık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir. | | **EVRE III**  Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir. |
| Bozulma yok | 4 | Nadiren nemli | 4 | Sık sık Yürüyor | | 4 | Sınırlama  Yok | | 4 | Çok iyi | 4 | Bozulma yok | 4 | **EVRE II**  Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeyel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir. | | **EVRE IV**  Kas ya da kemikleri de tutan ülserdir. |
| **TOPLAM SKOR ………** | | | | | **!!Toplam Braden skalasının 16’dan az olması basınç yarası riskini gösterir.** | | | | | | | | | | | |
| **\*KAYNAK:** https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/resource/pressureulcer/tool/pu7b.html#:~:text=The%20Braden%20Scale%20was%20developed,risk/  %20for%20pressure%20ulcer%20development. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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🞎 Diğer🞎……………. 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🞎 Kanlı🞎 Şeffaf **/** Açık🞎 Sarı🞎 Bulanık🞎 Tortulu🞎 Sızıntı /damla damla🞎  Glop🞎 Ağrılı🞎 Anüri 🞎 Poliüri🞎 Oligüri🞎 İdrar Kaçırma🞎 İdrarı tutuyor🞎 Acil İdrar🞎  Sık Sık🞎 Foley Kateter🞎 Suprapubik Kateter🞎 Prezervatif Sonda 🞎 Mesane jimnastiği🞎  **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** | **Satürasyon** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Periferal Nabız Gücü: 0**=yok 1= Zayıf 2= Orta 3= Güçlü D=Doppler (Uygun olan seçeneği aşağıya yazınız) | | | | | | | | | | | |
| **Radial=R** | | **Brakial=B** | | **Femoral =F** | | **Popliteal=P** | | **DorsalisPedis=DP** | | **PosteriorTibial=PT** | |
| Nabız | Güç | Nabız | Güç | Nabız | Güç | Nabız | Güç | Nabız | Güç | Nabız | Güç |
| ( (Sağ)  ( (Sol) |  | ( (Sağ)  ( (Sol) |  | ( (Sağ)  ( (Sol) |  | ( ( Sağ)  ( ( Sol) |  | ( (Sağ)  ( (Sol) |  | ( (Sağ)  (Sol) | ( |
| **Apikal Ritm**: Düzenli🞎 Düzensiz🞎 **Kapiller Dolum** Normal🞎 Gecikmiş🞎 | | | | | | | | | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği: SKORLAR (0-4)**  **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 :…………………………………………………………… | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ** | | | | |
| **Değerlendirme Gerekçesi ve Numarası:** İlk Değerlendirme:1 / Post-op Dönem:2 / Hasta Düşmesi:3 / Bölüm Değişikliği:4 / Durum Değişikliği:5 | | | | |
| **Parametreler** | **Risk Faktörleri** | **Puan** | **Puan** | **Puan** |
| İlk Değerlendirme | Yeniden Değerlendirme (Tarih- Gerekçe No) |
|  |  |  | …/…/… | …/…/… |
| **Yaş** | 60-69 yaş | **1** |  |  |
| 70-79 yaş | **2** |  |  |
| 80 ve üstü | **3** |  |  |
| **Bilinç durumu** | Bilinci kapalı | **1** |  |  |
| Bilinç bozukluğu var (Konfüze, Laterjik) | **2** |  |  |
| **Düşme hikayesi** | 6 ay içerisinde düşme öyküsü var. | **3** |  |  |
| **Hastalıklar/ Komorbiteler**  (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar) | Hastalıklardan en fazla 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** |  |  |
| **DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU** | | | **TOPLAM PUAN** | |
| **Düşük Risk** | 0-9 puan arası | | **…….** | **…….** |
| **Yüksek Risk** | 10 puan ve üzeri | | **…….** | **……..** |
| **\*KAYNAK:** https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/45426/0/itaki-ii-dusme-riski-olcegipdf.pdf | | | | |

**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** | | **Tarih /Saat** | **Tarih /Saat** | **Tarih /Saat** | |
|  | |  |  |  | |
| Ağrı skoru (0-10) |  | |  |  |  | |
| Ağrı niteliği |  | |  |  |  | |
| Farmakolojik tedavi |  | |  |  |  | |
| Nonfarmakolojik tedavi |  | |  |  |  | |
| Yan etkiler |  | |  |  |  | |
| Arttıran Faktörler: ……………………………………………………………………  Azaltan Faktörler: …………………………………………………………………… | | | | | | | | |
| **KODLAR (Hastanızın ağrı tanımlaması aşağıdan seçiniz ve yukarıdaki tabloya kodunu (1, 2, 5, 8 vb.) yazınız** | | | | | | | | |
| **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   Diğer ……………… | | | | 1. Masaj 2. Dikkati dağıtma 3. Müzik 4. Pozisyon 5. Sıcak/soğuk uygulama   Diğer ………… | | 1. Sedasyon 2. Konstipasyon 3. Hipotansiyon 4. Bulantı - Kusma 5. Kaşıntı 6. Üriner retansiyon 7. Uyuşukluk/karıncalanma   Diğer |
| **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 BAKIM GEREKSİNİMLERİNE YÖNELİK TABURCULUK EĞİTİMİ**

**Taburculuk eğitim gereksinimi Var** 🞎 **Yok**🞎

**Varsa açıklayınız**………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Yoksa açıklayınız**………………………………………………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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/L  3,5-5,1 mEq/L  98-107 mEq/L  8,7-10,4 mg/dL  2,4-5,1 mg/dL  1,3-2,7 mg/dL |  |  |  |  |
| **KAN ŞEKERİ**  KŞ Açlık : \*  Tokluk : \*\*  HbA1C | 74-106 mg/dL  100-140 mg/dL(kitlere göre değişebilir)  %4-6 |  |  |  |  |
| BUN  Kreatin | 9-23 mg/dL  0,7-1,3 mg/dL |  |  |  |  |
| Total Kolesterol  HDL  VDDL  LDL \*\*  Trigliserid\*\* | 0-200 mg/dL  40-60 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/dL  0-0,3 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 \* | 7.35-7.45  90-100  35-45  95-97  22-26 |  |  |  |  |
| **İDRAR**  Dansite \*  PH\*  Lökosit \*  Eritrosit \*  Kültür/Antibiyogram | 1.001-1.035  4.5-7.5  1-2  0-1 |  |  |  |  |
| 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** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**tablo içeren bir resim

Açıklama otomatik olarak oluşturulduT.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:** | | |
|  | | |