

T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
HASTA TANILAMA FORMU

Yatış Tarihi: Öğrencinin Adı Soyadı:
Yattığı Klinik: Veri Toplama Tarihi:
Protokol No:
Hastanın Adı Soyadı: Cinsiyeti: Kadın Erkek
Yaşı: Sosyal Güvence:
Medeni Durumu: Çocuk sayısı:
Eğitimi: Mesleği:
Adres:
Bilgi Kaynağı: Kendisi Yakını..... Sağlık Elemanı..... Diğer.....
Hastaneye geliş şekli: Ayakta Tekerlekli sandalye Sedye Acil yatış
Geliş Yeri: Ev Acil Hastanesinden Sevk
Tıbbi Tanısı :..... Kan Grubu:.....
Birlikte oturduğu bireyler:..... Hasta ile ilgilenen kişi:.....
Aile Tipi: Çekirdek Geniş Parçalanmış
Ailesinin gelir durumu: Gelir giderden az Gelir gidere denk Gelir giderden fazla
Bireysel geliri var mı? Evet Hayır

1. SAĞLIĞIN ALGILANMASI /SAĞLIK YÖNETİMİ

Hastanın yakınması/şikâyeti:

Hastalık öyküsü:

Özgeçmiş:

Daha önce hastanede yatmış mı? Evet.....kez Hayır

Daha önce hastaneye yatış nedeni ve uygulanan tedavi:

Daha önce acil servise başvurmuş mu? Evet.....kez/yıl (Başvuru sıklığı:.....) Hayır

Daha önce acil servise başvuru nedeni ve uygulanan tedavi:

Daha önce geçirilmiş olan önemli hastalıkları:(Hastalığın adı-Tanı tarihi-Uygulanan tedavi)

Daha önce geçirilmiş olan ameliyatları: (Operasyon adı- Tarih)

Daha önce kullandığı ilaçlar:

İlaç Adı	Dozu (mg, gr. vs)	Sıklığı	Başlangıç Tarihi	Saatleri

Daha önce kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşamış mı? Evet Hayır

İlaçları ile ilgili yaşadığı problem nedir?.....

Tedaviye Uyum: İlacını/ilaçlarını almayı unutuyor 1. Evet 2. Hayır

İlacını/ilaçlarını zamanında almaya dikkat ediyor 1. Evet 2. Hayır

Kendini iyi hissettiğinde ilaçlarını almayı bırakıyor 1. Evet 2. Hayır

Bazen kendini kötü hissettiğinde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kesiyor 1. Evet 2. Hayır

İlaç almasının uzun dönem yararlarını biliyor 1. Evet 2. Hayır

Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarını yazdırmayı unuttuğu oluyor 1. Evet 2. Hayır

Alerjileri: İlaç..... Besin..... Toz:..... Bilmiyor Diğer.....

Allerjik reaksiyon tipi: Anafoksi Pruritis Hapşırma Diğer:.....

Allerjisinin olduğu ilaç/besin vb. :.....

Alışkanlıkları:

Sigara: Kullanıyoradet/gün.....yıldır Kullanmıyor

Bırakmış.....adet/gün.....yıl kullanmış...yıl önce bırakmış

Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içeriyor? 5 dk. İçinde 6-30 dk. 31-60 dk.

60 dk.dan sonra

Sigara içilmesi yasaklanmış yerlerde (uçak, sinema gibi) bu yasağa uymakta zorlanıyor mu? Evet

Hayır

En çok hangi sigarayı bırakmak kendisi için zor olur? Sabah ilk sigara Gün içi herhangi bir sigara

Sabah günün diğer saatlerine göre daha fazla sigara içeriyor mu? Evet Hayır

Günün büyük bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız bile sigara içer mi? Evet Hayır

Alkol: Kullanıyorkadeh/gün Kullanmıyor Sosyal İçici/arada bir

Bırakmış.....kadeh/gün.....yıl kullanmış...yıl önce bırakmış

Diğer alışkanlıkları (İlaç kullanımı, vs).....

Alışkanlığını bırakma isteği var mı? Hayır Evet (Hangi alışkanlığı?.....)

Daha önce bu alışkanlığı bırakmayı denemiş mi? Hayır Evet (Kaç kez?.....)

Her ay kendi kendine testis/meme muayenesi yapıyor mu? Evet Hayır

Aile Öyküsü (Kim/kimler?)

Diabetes Mellitus Hipertansiyon..... Strok

Böbrek Yetmezliği Solunum Hastalıkları..... Demans.....

Kanser(Tipi.....) Diğer:.....

2. BESLENME - METABOLİK DURUM

Boy.....m Kilo..... kg Beden Kütle İndeksi Obezite: Var Yok

Kilo artışı.....kg (.....kg günde/.....kg ayda/.....kg/ 6 ayda.....kg yılda almış)

Kilo Azalması..... kg (.....kg günde/.....kg ayda/.....kg/ 6 aydakg yılda vermiş)

Bel Çevresi:.....cm Kalça Çevresi:.....cm Bel/Kalça Oranı:.....

Diş fırçalama alışkanlığı:.....kez/gün Diş protez bakımı:.....kez/gün

Dişlerin durumu: Protez (Tam damak Yarım damak) Diş eksik (Diş sayısı:.....)

Beslenme Bozukluğu: Var (Açıklayınız) Yok

Diyeti: Kardiyak Diyabetik Diğer:.....

Oral alım Var Yok **Günlük öğün sıklığı..... Ara öğün.....**

Diyet: Oral Alım Kapalı Sıvı Gıda Sulu Yumuşak Besinler Normal Diyet

Hastaneye Yatmadan Önce Diyetine Uyum Durumu:

Uyuyor Kısmen Uyuyor Uymuyor

Hastanede Yattığı Süre İçerisinde Diyetine Uyum Durumu:

Uyuyor Kısmen Uyuyor Uymuyor

Hastanede Yattığı Süre İçerisinde Yemeğini Tüketme Durumu:

Yemedi Kısmen Yedi Tamamını Yedi

Yeme Problemleri / Sindirim: Yutma güçlüğü (Katı gıda Sıvı gıda)

Kusma Bulantı İştahsızlık Aşırı yeme Abdominal Ağrı

Çiğneme güçlüğü (Çiğnerken yorulma Diş eksikliği

Diğer/Açıklayınız :

Yeme probleminin nedeni: Diş eksikliği Diş bozukluğu Takma diş Diğer/Açıklayınız :

Bulantım yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Bulantım çok fazla**
İştahsız değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **İştahsızlığım çok fazla**
Oral Mukoza: Tam Pembe Nemli Kuru Ülserasyon Mukozit/stomatit
 Monoliazis Kandidiyazis Kanama Hiperemik Diğer /Açıklayınız:.....
Halitosis: Var (Niteliği (amonyak kokusu vs):.....) Yok
Ağız kokusunu gidermek için ne yapıyor?.....
Ağızda hiç yara yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Ağızda çok fazla yara var**

Mukozit Derecesi	Belirti ve Bulgular
0	Normal
1	Ağızda eritem, inflamasyon
2	Ağızda eritem,ödem,inflamasyon yada ülser(katıve sıvı gıdaları yiyebilir)
3	Ağızda ülserasyonlar(sadece sıvı gıdalar)
4	Yaygın mukozit(oral beslenme yok)

Diş Eti: Çekilme Kanama Lezyon Renk değişikliği
Dişler : Çürük Diş Takma Diş (Tam damak Yarım damak (Alt damak Üst damak) Eksik Diş
Dil: Renk Değişikliği Lezyon Sertlik Diğer /Açıklayınız:.....
Dudak: Renk Değişikliği Nem Lezyon Diğer /Açıklayınız:.....
Tüpüle beslenme : Var (Tüpüle beslenmeye başlama tarihi:.....) Yok
Tüpüle Beslenme İçeriği:.....
Tüpüle beslenme süresi:..... cc/saat Reziduel(zaman / cc)
Tüpüle Beslenme Tipi: NG PEG Gastrostomik Enterik Beslenme Jejunostomik Enterik Beslenme
Total Parenteral Beslenme: Var (TPN başlama tarihi:.....) Yok
Total Parenteral Beslenme içeriği:.....
Total Parenteral Beslenme: TPN Hızı
IV Yol: Periferal Santral Port Diğer
IV yolun Görünümü: **Takılma Zamanı:**..... **Yeri :**
Tırnaklar: Renk:..... **Şekil:**..... **Durum:**..... **Diğer :**
Tırnaklarımda hiç değişiklik yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Tırnaklarda çok fazla değişiklik var**
Kapiller Dolum Süresi :sn
Parmak: Çomak parmak Kuğu boynu deformitesi Diğer:.....
Ellerimde uyuşma yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Ellerimde uyuşma çok fazla**
Ayaklarımda uyuşma yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Ayaklarımda uyuşma çok fazla**
Genel Cilt Rengi/Özellik:

Cilt:

Ilık Purpura Yanık
 Soğuk Ürtiker Kuruluk
 Kabuklanma Palmar Eritem Skar
 Pul Pul Dökülme Yara Enfeksiyon
 Siyanoz Cerrahi Yara Nemli
 Soluk Travmatik Yara Spider Anjioma
 Ekimoz Terleme Kıllarda Dökülme
 Peteşi Yarada Akıntı Kılınma

Saçlar: Hijyen Eksikliği Saç Kaybı Yağlı Lezyon

Ödem: Var (Derecesi (0-4+)Yer (açıklayınız)) Yok

Ödem derecesi: + : Basınçla 2 mm gode, gode 15 sn'de geri döner

++: Basınçla 4 mm gode, gode 30 sn'de geri döner

+++: Basınçla 6 mm gode, gode 45 sn'de geri döner

++++: Basınçla 8 mm ve üstü gode, gode 60 sn ve üstünde geri döner

Deri Turgoru : Yumuşak/ Esnek Gecikmiş Normal Yer :

Cildimde hiç değişiklik yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Cildimde çok fazla değişiklik var**

Cilt lezyonu: Yok Var (Süresi (Ne zamandır var?):.....)

Yaranın niteliği: Ülserasyon Abrazyon Ekimoz Erupsiyon Endurasyon

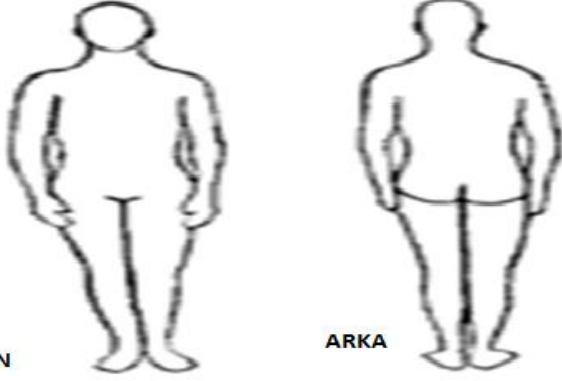
Cerrahi insizyon Diğer)

Kateter: Foley sonda Santral venöz kateter Hemovak Dren Penrose Sump

Diğer:.....

Kateterin takılış zamanı:

Resim üzerinde cilt lezyonlarının ve mevcut kateterlerin yerlerini belirtiniz:



İnvaziv girişimler: Parasentez Torasentez Lomber Ponksiyon Trakeostomi
Endotrakeal tüp Arteriovenöz fistül Kemik iliği aspirasyonu Diğer:.....

Bası Yarası: Var Yok **Bası yarasının büyüklüğü:**.....cm

Bası yarasının yeri:

SAĞ/ Sakrum Topuk Dirsek Ayak Parmakları Patella Skapula Kulak Kepçesi Trokanter Diğer

SOL/ Sakrum Topuk Dirsek Ayak Parmakları Patella Skapula Kulak Kepçesi Trokanter Diğer

Bası yarasının derecesi:

- Evre 1: Bası sahasında deride hiperemi (inflamasyon+ Ciltte kızarıklık, ağrı, hassasiyet)
Evre 2: Bası sahasında dermise ulaşan yüzeysel ülserasyon (+Ağrı, hassasiyet, enfeksiyon)
Evre 3: Bası sahasında deri altı yağ dokusu, kas veya kemiğe kadar ilerleyen ülserasyon (+Nekroz, ateş)
Evre 4: İleri derecede doku harabiyeti ve nekrozu ile seyreden tam kalınlıklı cilt kaybı, adele, kemik ya da destek dokuların harabiyeti (+Enfeksiyon, ateş, nekroz, koku ve akıntı)

Bası yarasının görünümü: Kırmızı Sarı Siyah Akıntılı Kuru Kokulu Kokusuz
Diğer:.....

Braden Skalası (Bası yarası riskinin belirlenmesi)

BRADEN SKALASI (Uygun sayıyı daire içine alın ve toplam skoru hesaplayın)												
Uyarının Algılanması		Nemlilik		Aktivite		Hareket		Beslenme		Sürtünme		Toplam
Tamamıyla yetersiz	1	Sürekli ıslak	1	Yatağa bağımlı	1	Tamamen hareketsiz	1	Çok yetersiz	1	Sorun	1	
Çok yetersiz	2	Çok ıslak	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok hareketsiz	2	Yetersiz	2	Olası sorun	2	
Biraz yeterli	3	Bazen ıslak	3	Arasına yürüyor	3	Az hareketli	3	Yeterli	3	Sorun yok	3	
Tamamen yeterli	4	Nadiren ıslak	4	Sık sık yürüyor	4	Hareketli	4	Çok İyi	4	Tamamen yeterli	4	

Düşük risk: 15-16 puan (75 yaş üzeri 15-18 puan) Orta risk: 13-14 puan Yüksek Risk:12 puan ve altı

Havali yatak: Var (Ne kadar süredir kullanıyor?:.....) Yok

VAC (Vakum yardımcı kapama cihazı): Var (Ne kadar süredir kullanıyor?:.....) Yok

Deri Tolerans Testi: Pozitif/Riskli (Süre:.....sn) Negatif/Risksiz (Süre:.....sn)

Bası yarası risk faktörleri:

- Obezite Beslenme Bozukluğu Diabet Yaşlılık Zayıflık Ödem Anemi Hipotansiyon
NGS ile Beslenme Hareket Kısıtlılığı Steroid Kullanımı Hipotermi Hipotermi Yatağa Bağımlılık Büyük Ameliyat Travma Anoreksia SVO Periferik Vasküler Hastalık
Diğer.....

Bası yarasını önlemek için önlem Alındı: Evet (Alınan önlem:.....) Hayır
(Alınmama/Alınamama nedeni:.....)

Bası yarasının bakımında kullanılan tedavi/malzemeler/materyaller:.....

3. BOŞALTIM BİÇİMİ

Sürgü Komod Ördek Hasta Pedi Tuvalete Gidiyor

Abdomen: Yumuşak Yarı yumuşak Gergin Sert Düz Hassas

Barsak sesleri : Var (Hipoaktif Normal Hiperaktif) Yok

Barsak Hareketi sayısı :

Genel olarak dışkılama saati.....

Defekasyon Sıklığı: Her gün Gün aşırı kez/günkez/hafta Diğer:.....)

Barsak Eliminasyonu: Problem yok Diyare Konstipasyon Fekal İnkontinans Fekal impekşin

Büyük abdesti yaparken genelde çok fazla ıkınma Büyük abdestin sonunda tamamını boşaltmadığını hissetme

Normal yapıdaki ve kıvamdaki dışkıyı kontrolsüz bir şekilde kaçırma Kontrolü dışında gaz kaçırma

Yumuşak şeklindeki dışkıyı kontrolsüz bir şekilde kaçırma Büyük abdestini yaparken ağrı

Büyük abdestini yapmak için acil sıkışma hissi ile birlikte tuvalete yetişememe durumu Büyük abdestini yaparken

anüsten dışarı bağırsak çıkıyormuş gibi olma durumu Diğer:.....

Konstipasyon Sıklığı: Ara sıra Sık sık Hiç **Diyare Sıklığı:** Ara sıra Sık sık Hiç

Dışkılamayı kolaylaştırmak için yaptıkları(lavman/laksatif kullanma).....

Gaita Rengi: Kahverengi Kil rengi Kanlı Siyah Melena Hematokezya Diğer:.....

Gaita Kıvamı: Normal Sulu Yumuşak Sert Mukuslu

Ostomi : Var (Kolostomi süresi:..... İleostomi süresi:..... ürostomi süresi:.....) Yok

İdrar niteliği: Problem yok Poliüri Pollaküri Dizüri Oligüri Anüri Noktüri Glikozüri

Proteinüri Hematüri Diğer:.....

Üriner boşaltımın niteliği: Üriner İnkontinans (Aniden gelen ve kontrol edilemeyen işeme isteği (tuvalete

koşma) Aniden gelen kontrolsüz işeme isteği sırasında idrar kaçırma (tuvalete yetişmeden idrar kaçırma)

Öksürme, gülme, koşma vb. sırasında idrar kaçırma Gece uyurken yatağa idrar kaçırma Cinsel ilişki sırasında

idrar kaçırma Az miktarda idrar kaçırma) İdrar kesesinde ağrı

Sık sık idrar yolu enfeksiyonu olma Mesaneyi boşaltmada zorlanma Kasıklarda, alt karın bölgesinde ve genital

bölgede ağrı ve rahatsızlık hissi İdrar yaparken yanma hissi Diğer:

Üriner Kateter: Foley Kateter (Türü: Kauçuk Diğer:.....) Nelaton Sonda

Suprapubik Kateter Prezervatif Sonda

Üriner kateter takıma zamanı:..... **Üriner kateter çıkarılma zamanı:**

Ateş:..... °C **Nabız:...../dk** **Solunum:...../dk**

Tansiyon:.....mmHg (TA Alındığı Pozisyon: Yatarak.....mmHg Oturarak.....mmHg

Ayakta.....mmHg)

Ateş Ölçüm Yeri: Oral Temporal Aksiller Timpanik Diğer:.....)

Ateş: Normal Hipotermi Hipertermi

Ateş Tipi: Ondülan ateş İntermittant ateş Remittan ateş Reküran ateş Sürekli ateş

Subfebril ateş Diğer.....

Titreme **Terleme** **Termofor kullanımı** **Elektrikli battaniye**

Terleme	Terleme derecesi	Sıvı kaybı
Yatak takımını değiştirecek kadar fazla	+++	yaklaşık 1000 ml
Giysiler ıslanmışsa	++	yaklaşık 600 ml
Yalnız yüz terli	+	yaklaşık 300 ml

Terleme/ter kokusu sorunu var mı? Var (Açıklayınız:.....) Yok

Ter kokusunu gidermek için ne yapıyor?.....

Banyo yapma sıklığı:.....gün/hafta

Kişisel giyimi oda ısısına uygun: Evet Hayır

Yedek battaniyeye ihtiyaç duyma: Evet Hayır

Nabız Ölçüm Yeri: Brakial Radial Popliteal Femoral Dorsalis Pedis

Posterior Tibial Apikal Diğer.....

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

Nabız Ritmi: Ritmik Aritmik

Nabız Tipi: Normal Bradikardi Taşikardi Defisit nabız Pulsus paradoksus Filiform nabız

Pulsus alternans Corrigan nabız Diğer.....

Dolaşım: Ekstremitelerde renk farkı Ekstremitelerde ısı farkı Siyanoz(Periferik Santral)
Varis Bacaklarda uyuşma Bacaklarda sızlama Bacaklarda kramp Yanma (Ayak Bacak
İntermitant klodikasyon Bacaklarda karıncalanma Diğer:.....

Solunum Ritmi: Düzenli Düzensiz

Solunum Derinliği: Yüzeysel Normal Derin

Solunum Tipi: Normal Apne Bradipne Taşipne Biot Cheyne –Stokes

Kussmaul Whezing Stridor Diğer

Dispne: Hayır Evet (Eforsuz Eforlu)

Paroksizmal Noktürinal Dispne: Yok Var **Ortopne:** Yok Var

Dispne İndeksi

Evre 1: Ağır efor dışında solunum sıkıntısı yok.

Evre 2: Yokuş çıkarken veya düz zeminde hızlı hareket ederken nefes darlığı olması

Evre 3: Düz zeminde kendi yaşlarına göre daha yavaş hareket etme ya da düz zeminde normal hızla yürürken (bir mil sonra veya 30 dakika sonra) durmak zorunda kalmak

Evre 4: Düz zeminde 100 m veya birkaç dakika yürüdüktan sonra nefes darlığı nedeniyle durmak zorunda kalmak

Evre 5: Evden çıkmak veya giyinmek gibi aktiviteler sırasında belirgin nefes darlığı olması

Nefes darlığım yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Nefes darlığım çok fazla**

Öksürük: Hayır Evet

Öksürük niteliği: Balgamsız Balgamlı Günlük hayatını etkileyen, rahatsızlık veren öksürük

Yemek sırasında veya yatarken öksürük Diğer

Balgamın Niteliği: Renk Yoğunluk Miktar

Hemoptizi: Yok Var **Siyanoz:** Yok Var (Merkezi siyanoz Periferik siyanoz)

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

Yapay Havayolu: Hayır Evet Tipi...../ Yeri

Burun: Hassasiyet Deviasyon Diğer

Nazal Mukoza: Renk Değişikliği Akıntı Şişlik Ödem Kanama

Boğaz: Ağrı Boğaz temizleme ihtiyacı Boğazda aşırı balgam veya postnazal akıntı Seste kabalaşma veya ses ile ilgili problemler Katı, sıvı gıdaları yutmada ya da ilaçları içmede güçlük Retrosternal yanma, göğüs ağrısı, hazımsızlık veya regürjitasyon Yeme- içme sırasında solunum zorlukları veya soluk borusuna bir şey kaçma hissi Boğaza bir şey yapışmış yada lokma takılmış hissi Diğer.....

Kulak: Ağrı Çınlama Lezyon Enfeksiyon İşitme Kaybı Kaşıntı Akıntı

Oksijen Kullanımı: Yok Var

Oksijen Tedavisinin Türü: Nazal Kanül (.....L/dk...) Maske O2 %.....

Diğer

Solunum cihazı: Mekanik ventilatör BİPAP CPAP Diğer

Göğüs tüpü: Yok Var (**Takılma zamanı:**.....)

Yaşam tarzı: Sedanter Sedanter değil **Hareket etme isteği:** Yok Var

Yürüme: Sürekli Sürekli Değil/ Aralıklı Postürü

Yardımcı araç kullanımı: Yürüteç Baston Tekerlekli Sandalye Koltuk Değneği

Hastanın Fonksiyonel Durumu:

Asemptomatik (Tam aktif, tüm hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabilir)

Semptomatik fakat tamamen ayakta (Zorlu fizik aktivitede kısıtlama var, ancak ayakta ve hafif işleri yapabilir. Örneğin hafif ev ve ofis işleri)

Semptomatik, %50'den daha az yatakta (Ayakta ve kendi bakımını yapabilir, ancak herhangi bir işte çalışamaz ve gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasını ayakta geçirebilir)

Semptomatik, %50'den daha fazla yatakta (Kendi bakımını yapmakta zorlanıyor, gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasında yatakta)

Yatalak (Kendi bakımını yapamıyor, tam olarak sandalye veya yatağa bağımlı)

Ölüm

Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği:

1. Ev dışındaki aktivitelerinde bağımlı değil
2. Ev içinde bağımsız, ancak ev dışında yardıma gereksinimi var
3. Sadece ev içinde hareket edebiliyor, ev dışına çıkamıyor
4. Yatağa bağımlı

Aktiviteler	Bağımsız (1)	Kısmen bağımlı (2)	Bağımlı (3)
Temizlik/Banyo yapma			
Giyinme/Soyunma			
Tıraş olma / Saç tarama			
Tuvalet ihtiyacını giderme			
Kontinans			
Transfer			
Yürüme			
Beslenme			
Telefonu kullanma			
Ulaşım			
Alışveriş yapma			
Yemek Hazırlama			
Ev işleri			
İlaçlarını almak			
Para işleri			
		Toplam Puan	

Günlük Yaşam Aktivitelerine Yanıtı: Zorluk yok Yorgunluk Dispne / Solunumda Zorluk Palpasyon Diğer

Hareket-aktivite sorunları: Kramp Tremor Eklemlerde şişlik Eklemlerde kızarıklık Eklemlerde hassasiyet Hareket kısıtlılığı Ağrı Deformite Kontraktür Paralizi Atrofi Spastisite Kontraktür Diğer

Pleji: Yok Var (Türü: Hemipleji Parapleji Quadripleji Oluş zamanı:.....)

Paralizi: Yok Var (Türü: Hemiparazi Paraparazi Quadriparezi Oluş zamanı:.....)

Fraktür: Yok Var (Kırık yeri:.....Kırılma zamanı:.....)

Yorgunluk hissi: Yok Var (Sürekli Ara sıra Hiç)

Yorgunluğa eşlik eden bulgular: Fizik aktivitede azalma Sosyal aktivitede azalma Diğer

Yorgunluğu arttıran faktörler:

Yorgunluğu azaltan faktörler:

Kendisini en yorgun hissettiği zaman:

Kendisini en fazla dinlenmiş hissettiği zaman:

Beklenen Yorgunluk Skoru (0-10):



5. UYKU – DİNLENME BİÇİMİ

Evdeki Uyku Düzeni :st/Gece Uykususaat

Hastanedeki Uyku Düzeni : st/Gece Uykususaat

Uyku düzeni: Düzenli Düzensiz Aralıklı Aralıksız

Uykuyu kesintiye uğratan bir durum var mı? Yok Var (Açıklayınız:.....)

Uyku düzeninde değişiklik oldu mu? Hayır Evet Tanımlayınız,

Uyandığında kendisini nasıl hissediyor? Dinlenmiş Yorgun Diğer

Uykuya dalmakta güçlük çekiyor mu? Hayır Evet (Sıklığı:.....)

Uykuya dalmak için yaptığı uygulamalar:.....

Gündüz uyuma/şekerleme yapma alışkanlığı var mı? Var (Her gün Bazen Nadiren) Yok

Uyku için ilaç kullanımı: Yok Var İlacın Adı.....

Uykusuz değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Uykusuzluğum çok fazla

6. BİLİŞSEL ALGILAMA BİÇİMİ

Bilinç Düzeyi: Uyanık Kopere Konfüze Laterji Stupor Koma

Fiziksel tespit: Uygulanmıyor Uygulanıyor (Uygulanma süresi:.....)

Oryantasyon: Kişi: Var Yok Yer: Var Yok Zaman: Var Yok

Hafıza/Hatırlama: Normal Yakın hafıza bozukluğu Uzak hafıza bozukluğu

Tepkileri: Rahat Anksiyeteli Üzgün Kızgın İçine kapanık Huzursuz Öfkeli Endişeli

Çaresiz Korkmuş Gergin Diğer

Bireyin Genel Görünüşü: Depresif Görünüm İçe Dönük Anksiyete Suisidal

Pupil: SAĞ: **Büyükklük:** İzokri Anizokri Midriyazis Miyozis **Işık reaksiyonu:** Var Yok

SOL: **Büyükklük:** İzokri Anizokri Midriyazis Miyozis **Işık reaksiyonu:** Var Yok

Görme: Normal Hipermetrop Miyop Tam görme kaybı Katarakt Glokom Gözlük Lens

Diğer Açıklayınız :.....

Göz: Egzoftalmus Şişlik Katarakt Nistagmus Pitözis Lezyon Kızarıklık Korneal skar Akıntı

Arpacık Strabismus

Duyuma: Normal Zayıf Tam işitme kaybı

İşitme cihazı: Sağ Sol Açıklayınız:.....(Kullanım süresi:.....)

İşaret dili kullanma: Var Yok Dudak okuma: Var Yok

Bilinç Düzeyini Değerlendirme(Glasgow Koma Skalası)

Glasgow Koma Skalası		
	Yanıt Düzeyi	Puan
Göz Açma	Yok	1
	Ağrılı uyarılara yanıt olarak	2
	Konuşmaya yanıt olarak	3
	Kendiliğinden	4
Motor Yanıt	Yok	1
	Ektensör yanıt	2
	Fleksör	3
	Geri çekme şeklinde	4
	Lokelize edici	5
	İstemli	6
Sözel Yanıt	Yok	1
	Anlaşılmaz sesler	2
	Uygun olmayan yanıt	3
	Dağınık, konfüze yanıt	4
	Orayante yanıt	5
Bireyin/ hastanın toplam Puanı		

Periferel duyu algısı: Sıcak/Soğuk İntoleransı Uyuşukluk/Karınçalanma Açıklayınız:...

Koku alma yetisi: Normal Zayıf Tam kayıp

Tat alma yetisi: Normal Zayıf Tam kayıp

Konuşma: Anlaşılır Dil sürçmesi Anlamsız/karışık konuşamıyor Afazik Diğer

İletişimi Engellenen Faktörler: Yok Var (Açıklayınız:.....)

Halüsinasyon/illüzyon: Yok Var (Açıklayınız:.....)

Konsantre olma/dikkatini toplama yeteneği: İyi Kötü

En kolay öğrenme şekli: Okuyarak Yazarak Dinleyerek Görerek

Öğrenmede zorluk çekiyor mu? Hayır Evet (Açıklayınız:.....)

Kolay karar verebiliyor mu? Evet Hayır

Ağrı: Yok Var 6 Aydan Daha Uzun Süren Ağrı mı?: Hayır Evet

Ağrının Niteliği: Zonklayıcı İğneleyici Yanıcı Kramp Kesici Yanıcı
Batıcı Spazm -kasılma

Ağrı türü: Viseral ağrı Somatik ağrı Nöropatik ağrı Psikojenik ağrı
Yansıyan ağrı Fantom ağrı Diğer :.....

Ağrının sıklığı:..... Ağrının süresi:.....

Ağrının yeri:.....

Ağrı yayılıyor mu? Hayır Evet (Açıklayınız:.....)

Ağrıya eşlik eden bulgular: Bulantı-kusma Uykusuzluk Terleme İştahsızlık

Fizik aktivitede azalma Sosyal aktivitede azalma Diğer :.....

Ağrıyı arttıran faktörler:

Ağrıyı azaltan faktörler:

Beklenen Ağrı Skoru (0-10):

Görsel(Vizüel) Ağrı Skalası:



Ağrı Yüz Skalası



Ağrısını azaltmak için hastanın yaptığı herhangi bir şey var mı?

Yok Var (Açıklayınız:.....)

Kullandığı Nonfarmakolojik Yöntemler

Dikkati başka yöne çekme Pozisyon Değişimi Mentol Sıcak Uygulama Soğuk Uygulama Ilık duş alma Diğer.....

Düşme riski Var Yok Kullanılan düşme ölçeği:..... Düşme Skoru:.....

Kapısında Dört Yapraklı Yonca (Düşme Riski) Var Yok

7. KENDİNİ ALGILAMA – KAVRAMA BİÇİMİ

Şu anki sağlık probleminiz sizde ne tür duygular yaratıyor?

Endişe Korku Öfke Huzursuzluk Yetersizlik Çaresizlik Diğer :.....

Genel görünüm: Bakımlı Bakımsız Diğer :.....

Plastik cerrahi operasyonu geçirmiş mi? Evet Hayır

Plastik cerrahi operasyonunun adı:..... Tarihi:..... Nedeni:.....

Bireyin kendi bedeni hakkındaki düşüncelerinde bir değişiklik var mı? Yok

Var (Açıklayınız:.....)

Bireyin kendine saygı, güven duyma ve kendine değer verme duygularında bir değişiklik var mı?

Yok Var (Açıklayınız:.....)

Beden imajını etkileyen faktörler: Mastektomi Histerektomi Obezite Skarlar Amputasyon
Bedensel engel Diğer :.....

Benlik saygısını etkileyen faktörler: Aile içi rol değişimi İşsizlik Diğer :.....

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

Endişeli değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Endişem çok fazla

Üzüntülü değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Üzüntüm çok fazla

Kendimi çok iyi hissediyorum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Kendimi çok kötü hissediyorum

8. ROL – İLİŞKİ BİÇİMİ

İşi/Mesleği :

Medeni Durum: Evli Bekar Boşanmış Eşi Vefat Etmiş

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

Bireyin rollerini yerine getirme yeteneğinde yetersizlik var mı (Anne, baba, çocuk, mesleki rol)?

Yok Var (Açıklayınız:.....)

Yakın çevre ve arkadaşları ile ilişkide sorun: Yok Var (Açıklayınız:.....)

Sağlık personeli ile iletişimi: Yok Var

Diğer hastalarla iletişimi: Yok Var

Konuşma modeli: Normal(Düzenli, mantıklı) Bozuk (Hızlı, yavaş, küfürlü, alaycı vb)

Sözlü ve sözsüz iletişim arasında uyum: Yok Var

Dinleme güçlüğü: Yok Var

Toplumsal kurallara uygun olmayan davranış/Zarar verici davranış: Yok Var

Aile ve yakınlarının hastalığa karşı tutumu:.....

9. CİNSELLİK – ÜREME BİÇİMİ

Hastalığı cinsel yaşamını etkilemiş mi? Hayır Evet (Ne yönde?/Nasıl?.....)

Tedavisi cinsel yaşamını etkilemiş mi? Hayır Evet (Ne yönde?/Nasıl?.....)

Cinsel yaşam/cinsel sorunlar konusunda soru soruyor mu? Yok Var

Daha önce hiç cinsel yaşam konusunda başkasına soru sormuş mu? Hayır Evet (Kime?.....)

Cinsel yaşamla ilgili soru sormama nedeni(Açıklayınız):.....

Hastalığının cinsel yaşamını etkileyeceğini düşünüyor mu? Hayır Evet

Cinsel yaşam/cinsel sorunların çözümü konusunda destek almak/tedavi olmak istiyor mu? Evet Hayır

Doğum kontrol yöntemi kullanıyor mu? Hayır Evet Açıklayınız:.....

Çocuk sayısı:..... Canlı doğum sayısı:.....Ölü doğum sayısı:.....Düşük sayısı:.....

Doğum şekli: Sezeryan (sayısı:.....) Normal doğum (sayısı:.....) Diğer:.....

Menstruasyon düzeni: Düzenli Düzensiz Son adet tarihi:.....

Menapoz /Andropoz: Yok Var Gebelik: Yok Var (Süresi:.....)

Memelerin Değerlendirilmesi:

SAG/Akıntı Şekil bozukluğu Kitle Ağrı Mastektomi Mastit Diğer:.....

SOL/Akıntı Şekil bozukluğu Kitle Ağrı Mastektomi Mastit Diğer:.....

Meme Algısı: Memelerinin görünümünü önemsiyor önemsemiyor

Memelerinin varlığını önemsiyor önemsemiyor

Mamoplasti: Yok Var (Operasyon tarihi:.....Nedeni:.....)

Genital operasyon: Histerektomi Vulvoplasti Prolapsus operasyonu Diğer

Cinsel yolla bulaşan hastalık: Yok Var (Hastalığın adı:.....)

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin endişesi var mı? Yok Var

10. BAŞETME – STRESİ İLE BAŞETME BİÇİMİ

Yaşadığı güçlük, sıkıntı, stres, engel var mı? Yok Var

Yaşadığı güçlük, sıkıntı, stres, engellerle baş edebiliyor mu? Evet Hayır

Yaşadığı güçlük, sıkıntı, stres, engellerle baş etmede ailesinin verdiği destek: Yeterli Kısmen yeterli

Yetersiz (Açıklayınız:.....)

Yaşadığı güçlük, sıkıntı, stres, engellerle baş etmede ailesinin desteği yeterli buluyor mu?

Evet Hayır (Neden?.....)

Son bir yıl içinde yaşadığı önemli bir yaşam değişikliği var mı? Yok Var

Hastalık ve hastaneye yatmaya ilişkin edişe(maddi, özbakım vb): Yok Var

Stresle baş etmek için evde ilaç kullanımı: Hayır Evet Açıklayınız

Stresle baş etmek için alkol kullanımı: Hayır Evet Açıklayınız

Kullandığı stresle başetme yöntemi: Uyuma Kitap/gazete okuma TV seyretme

El işi yapma Yakınları ile konuşma Müzik dinleme Diğer

11. İNANÇ VE DEĞERLER

Yaşamındaki en değerli şey:.....

Hastanedeyken yapmak istediği özel bir dini uygulama var mı?

Hayır Evet Açıklayınız.....

Ölüm algısı: Ölümden korkma Ölümle ilgili fikirlerini ifade etmiyor Ölümle ilgili soru soruyor

Hastalığın ölümcül olduğunu düşünüyor Diğer :.....

TANI TESTLERİ

*Her tanı testi için yapıldığı tarih/saat ve sonucu yazılacak.

Tomografi:.....

.....

MR:.....

.....

USG:.....

.....

EKG:.....

.....

Angiografi:.....

.....

Sintigrafi:.....

.....

EMG:.....

.....

Biyopsi:.....

.....

Diğer:.....

.....

LABORATUAR TESTLERİ

TEST	NORMAL DEĞERLER	TARİH/ DEĞER	TARİH/ DEĞER	TARİH/ DEĞER	TARİH/ DEĞER	TARİH/ DEĞER
Eritrosit (RBC)	K= _____ E= _____					
Hemoglobin(HGB)	K= _____ E= _____					
Hemotokrit(HTC)	K= _____ E= _____					
Trombosit						
Lökosit(WBC)						
Nötrofil						
Eozinofil						
Bazofil						
Lenfosit						
Monosit						
Na+						
K+						
Cl						
HCO ₃						
Ca						
P						
Mg						
AKŞ						
Tokluk Kan şekeri						
HbA1C						
Üre						
BUN						
Kreatin						
Amonyak						
Total Kolesterol						
HDL						
VDDL						
LDL						
Trigliserid						
Troponin						
Troponin I						
Troponin T						
Myoglobulin						
CPK						
CPK MB						
LDH						
SGPT/ALT						
SGOT/AST						
GGT						
CRP						
RF						
Alkalen Fosfataz						
Ferritin						
Transferrin						
T3						
T4						
TSH						
D vitamini						
B12 vitamini						
Folik asit						
PSA						
Testosteron						
Östrojen						

TEST	NORMAL DEĞERLER	TARİH/ DEĞER	TARİH/ DEĞER	TARİH/ DEĞER	TARİH/ DEĞER	TARİH/ DEĞER
Amilaz						
Lipaz						
Total protein						
Albumin						
Total bilirubin						
Direkt bilirubin						
Ürik asit						
PT						
aPTT						
INR						
Kan İlaç Düzeyi (İlaç adı:.....)						
ARTERİYEL KAN GAZLARI						
PH						
PaO2						
PaCO2						
HCO3						
O2 Saturasyonu						
Baz açığı						
İDRAR						
Dansite						
pH						
Lökosit						
Eritrosit						
Protein						
Glikoz						
Sedimentasyon						
Kültür/Antibiyogram						
DİĞER TESTLER						

Hastaya uygulanan diğer özel işlemler (Kan transfüzyonu, CVP kateteri, NG uygulaması, biyopsi, kök hücre nakli vb.) (Ayrı bir A4 kağıdına yazılabilir)

İşlemin adı:

İşlemin amacı:

Öncesi hazırlık:

İşlem sırasında izlem:

İşlem sonrası izlem:

Komplikasyon varlığı ve yapılan müdahale:

TIBBİ TANI HAKKINDA BİLGİ

Tıbbi Tanı:	Tıbbi Tanı Tarihi:
<i>Hastalığın Tanımı:</i>	
<i>Hastalığın Etiyoloji/Patofizyolojisi:</i>	<i>Hastada Mevcut Olan Etiyoloji/Patofizyoloji:</i>
<i>Hastalığın Tanılanmasında Kullanılan Yöntemler:</i>	<i>Hastada Tanılama Aşamasında Kullanılan Yöntemler:</i>
<i>Hastalığın Klinik Belirti/Bulguları:</i>	<i>Hastada Görülen Klinik Belirli ve Bulgular</i>
<i>Hastalığın Tedavisi</i>	<i>Hastada Kullanılan Tedavi Yöntemleri</i>

*Bu form hastanın her bir tıbbi tanısı için ayrı ayrı uygulanacak.

T.C
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
KLİNİK UYGULAMA HASTA VİZİT FORMU

Öğrenci Adı-Soyadı:

Tarih:

Klinik:

Hastanın adı-soyadı:

Cinsiyeti:

Yaşı:

Medeni durumu:

Çocuk sahibi olma durumu:

Öğrenim durumu:

Mesleği:

Tıbbi tanısı:

Alerjileri:

Şikâyeti:

Hikâyesi:

Yaşam bulguları:

Yapılan uygulamalar:

Planlanan uygulamalar (Tanı/tetkik işlemleri):

Kullandığı İlaçlar:

Laboratuvar bulguları:

Etiyolojiye dayalı hemşirelik tanıları:

T.C
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
KLİNİK UYGULAMA HASTA RAPOR FORMU

Öğrenci Adı-Soyadı:

Tarih:

Poliklinik/Birim adı:

Polikliniğin/Birimin tanıtımı (Klinik-birimin kurulma yılı/Çalışan sayısı/ Günde bakılan hasta sayısı/Hastalıklar/Uygulanan işlemler/Yapılan müdahaleler):

Hastanın adı-soyadı:

Cinsiyeti:

Yaşı:

Medeni durumu:

Çocuk sahibi olma durumu:

Öğrenim durumu:

Mesleği:

Tıbbi tanısı:

Alerjileri:

Şikâyeti:

Hikâyesi:

Yaşam bulguları:

Yapılan değerlendirmeler/uygulamalar/işlemler:

İstenen tanı/tetkik işlemleri ve nedeni:

Kullandığı İlaçlar:

Laboratuvar bulguları:

Önerilen tedavi/uygulanan işlem sonrası izlem:

Hastaya verilen bilgiler/öneriler:

Etiyolojiye dayalı hemşirelik tanıları:

*** Poliklinik/birimde her gün üç tane hastaya rapor hazırlanacaktır.**

Tarih ve Saat	FSÖ Alanı	Hemşirelik Tanısı	Etiyolojiye Dayalı Neden	Hemşirelik Girişimleri	E	H	Değerlendirme
		Tanımlayıcı Özellikler:					

HASTANIN KULLANDIĞI İLAÇLAR

	İlaç Adı	Dozu (mg., gr., vb.)	Sıklığı	Başlangıç Tarihi	Saatleri	Endikasyon	Yan Etki
Oral Tedaviler							
Parenteral Tedaviler							
Diğer Tedaviler (O2 tedavisi, inhalasyon tedavisi, vb.)							

