

**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK ESASLARI DERSİ**  
**HASTA TANILAMA FORMU**

<b>Anabilim/ Bilim Dalı:</b>	<b>Formun Doldurulduğu Tarih/ Saat:</b>		
<b>Servis:</b>	<b>Yatak No:</b>		
<b>TANITICI ÖZELLİKLER</b>			
<b>Adı Soyadı:</b>	<b>Kiminle Yaşıyor:</b>		
<b>Cinsiyeti:</b>	<b>Yaşadığı Şehir:</b>		
<b>Yaşı:</b>	<b>Sosyal Güvencesi:</b> ( ) Var ( ) Yok		
<b>Medeni Durumu:</b>	<b>Kan Grubu:</b>		
<b>Eğitim Düzeyi:</b>	<b>ALERJİSİ:</b> ( ) Var..... ( ) Yok ( ) Bilinmiyor		
<b>Mesleği:</b>	<b>BULAŞICI HASTALIK:</b> ( ) Var..... ( ) Yok ( ) Bilinmiyor		
<b>Veri Toplama Kaynağı:</b>			
<b>HASTALIK ÖYKÜSÜ</b>			
<b>Yatış Tarihi/ Saati:</b>	<b>Geliş Şekli:</b> ( ) Yürüyerek ( ) Sedyeye ( ) Tekerlekli sandalye ( ) Diğer		
<b>Çıkış Tarihi/ Saati:</b>	<b>Geldiği Yer:</b> ( ) Ev ( ) Y.Bakım ( ) Acil ( ) .....Kliniği ( ) Diğer.....		
<b>Ameliyat Tarihi:</b>			
<b>Yatış Nedeni (Hastanın en önemli şikayeti ve ifadesi):</b>			
<b>Sorunun Başladığı Zaman ve Süresi:</b>	<b>Tıbbi Tanı:</b>		
<b>Adli Vaka:</b> ( ) Evet ( ) Hayır			
<b>SAĞLIK HİKAYESİ</b>			
<b>Geçirdiği hastalık/ hastalıklar:</b>			
<u>Türü</u>	<u>Zamanı</u>	<u>Sonucu</u>	
.....	.....	.....	
.....	.....	.....	
<b>Sürekli kullandığı ilaçlar:</b>			
<u>Adı</u>	<u>Dozu (Sıklık)</u>	<u>Kullanım Nedeni</u>	<u>Kullanım Süresi</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
<b>Sürekli kullandığı:</b> ( ) Diş protezi ( ) Kalp pili ( ) Diğer..... ( ) Yok			
<b>SOY GEÇMİŞİ (HASTALIKLAR, ÖLÜM NEDENLERİ VS..)</b>			
Hastalıklar: (diabet, kanser, kalp hst, inme, akciğer hst, tbc, astım, böbrek hst, epilepsi, psikiyatrik sorunlar..vb.)			
<b>Anne:</b>	<b>Kardeş:</b>		
<b>Baba:</b>	<b>Yakın akraba:</b>		
<b>ALİŞKANLIKLARI</b>			
( ) Sigara..... adet/ ...gün		( ) Alkol..... ml / ...gün / ....hafta/...ay	
( ) Diğer (Madde, ilaç...vb.)			
<b>HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ/MALZEME/ÖZEL EŞYA:</b> ( ) Yok ( ) Var.....			

**TIBBİ TANISI:**

Bireyin hastaneye kabul tıbbi tanısını literatür bilgileri doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında kısaca açıklayınız.

**Hastalığın Tanımı:****Belirti-Bulgular:****Tedavisi:****Komplikasyonları:**

**BİREYİN TEMEL LABORATUAR DEĞERLERİ**

<b>Laboratuar Testleri</b>	<b>Normal Değerler</b>	<b>Hastanın Değerleri</b>	<b>Anormal Değerlerin Nedeni</b>
WBC			
RBC			
Hct			
Hb			
Trombositler PLATELET			
BUN			
Kreatin			
Na			
INR PT APTT	uygunsa		
DİĞER TESTLER			
İdrar Testi			
HGA1c			



**YAŞAM AKTİVİTELERİ (YAŞAM MODELİ)**  
**1. GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE SÜRDÜRME AKTİVİTESİ**

**OBJEKTİF**

**1. Mental Durumu:** Bilinci: ( ) Açık ( ) Bulanık ( ) Kapalı

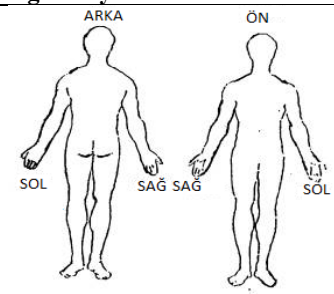
**2. Duyu Organları:**

- Görme:
- İşitme:
- Dokunma:
- Koklama:
- Tat Alma:

**3. Enfeksiyon riski:**

Enfeksiyon riski: Hayır ( ) Evet ( ) Tanımlayınız.....

**4. Ağrı**

<b>Ağrının yeri</b> 	<b>Ağrının şiddeti</b>  0 AĞRIM YOK 2 ÇOK AZ VAR 4 BİRAZ VAR 6 OLDUKÇA FAZLA 8 ÇOK FAZLA 10 DAYANILACAK GİBİ DEĞİL	
<b>Ağrının niteliği</b>		
<b>Sızlama</b> ( )	<b>Gerilme</b> ( )	<b>Keskin</b> ( )
<b>Künt</b> ( )	<b>Zonklama</b> ( )	<b>Sıkıştırma</b> ( )
<b>Yanma</b> ( )	<b>Acıma</b> ( )	

Ağrı / Rahatsızlık: Hayır.....Evet.....Başlangıcı.....Süresi.....

Ağrının yayılışı:.....

Ağrıya eşlik eden şikayetler/ yakınmalar:.....

Ağrıyı azaltan faktörler:.....

Ağrıyı arttıran faktörler:.....

Yara iyileşmesi ile ilgili herhangi bir sorunu var mı? Hayır:....Evet:....Tanımlayınız:.....

**5. Düşme Riski**

DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (HENDRİCH II)		
Konfüzyon / Dezoryantasyon/ Oryantasyon Bozukluğu	<input type="checkbox"/>	4 puan
Semptomatik / Depresyon	<input type="checkbox"/>	2 puan
Boşaltım İhtiyacında Sorun	<input type="checkbox"/>	1 puan
Baş Dönmesi	<input type="checkbox"/>	1 puan
Cinsiyet (erkek)	<input type="checkbox"/>	1 puan
Sandalyeden kalkma testi* (tek seçenek işaretlenecek)		
• Kollarını kullanmadan kalkabiliyor	<input type="checkbox"/>	0 puan
• Kalmak için sandalye koluğunu kullanıyor ve tek denemede kalkabiliyor	<input type="checkbox"/>	1 puan
• Kalmak için sandalye koluğunu kullanıyor ancak birden fazla deneme ile kalkabiliyor	<input type="checkbox"/>	3 puan
• Yardım almadan kalkamıyor	<input type="checkbox"/>	4 puan
Antiepileptik Grubu İlaç Kullanımı (Karbamezepin, Tegretol, Phenytoin, Eptantoin, Valporik Asit, Depakin, Pimidon, Mysoline, Lamotrigin, Lamictal, Phenobarbital, Luminal, Exhosuximid, Petimid)	<input type="checkbox"/>	2 puan
Benzodiazepin Grubu İlaç Kullanımı (Alprazolam, Xanax, Buspiran, Buston, Chlordiazepoxid, Librium, Clonazepam, Rivotril, Clorazepatdipotasyum, Tranxilane, Diazepam, Diazem, Lorazepam, Rivotril, Midazolam, Dormicum, Oxazepam, Serapax)	<input type="checkbox"/>	1 puan
<b>TOPLAM PUAN</b>		
<b>RİSK ÖLÇÜMÜ</b>	<b>PUANLAMA</b>	<b>YAPILMASI GEREKEN FAALİYETLER</b>
Risk yok	0-4	Haftada bir kez düşme riskini yeniden değerlendirin.
Yüksek Risk	5 ve üzeri	Her gün düşme riskini yeniden değerlendirin. Düşme olaylarını önlemeye yönelik hemşirelik girişimlerini uygulayın.

	<b>TESPİT EDİCİ GEREKSİNİMİ</b>	
Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	Var ( ) Yok ( )	“Var” ise kısıtlama altındaki bireye uygun hemşirelik girişimlerini uygulayın.

**İZOLASYON**

Gereksinim var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	“Var” ise izolasyon uygulanan bireye uygun hemşirelik girişimlerini uygulayın.
Varsa izolasyon şekli	<input type="checkbox"/> Temas <input type="checkbox"/> Sıkı temas <input type="checkbox"/> Damlacık <input type="checkbox"/> Solunum <input type="checkbox"/> Diğer	

TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ			
<input type="checkbox"/> Hasta bilekliği takıldı	Oksijen sistemi	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Hasta ünitesi tanıtıldı	Pencereler	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Yatak kenarlıkları yukarıda	Yatak frenleri	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Yatak başı düzeni sağlandı	Refakatçi gereksinimi	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok

### SUBJEKTİF

Güvenli çevrenin sağlanamaması ve sürdürülmesi aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile turnak içinde yazarak (" ") belirtiniz. ....

## 2. İLETİŞİM

### OBJEKTİF

İletişim şekline göre birey: İçe dönük ( ) Dışa dönük ( ) İyimser ( ) Karamsar ( ) Kendisi ile barışık ( )

Kullandığı dil (Lisanı):.....

İletişim kurabilmek için yardıma gereksinimi var mı? Hayır..... Evet.....Tanımlayınız:.....

Görüşme sırasında herhangi bir konuşma sorunu fark ettiniz mi? Hayır..... Evet..... Tanımlayınız:.....

Hasta, yakınları ile iletişim kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Hasta, diğer hastalar ile iletişim kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Hasta, sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Birey sorulan sorulara uygun yanıtlar veriyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Birey iletişim sırasında göz teması kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

### SUBJEKTİF

Hasta bireyin iletişim aktivitesine ilişkin soru/sorunlarını kendi ifadeleri ile turnak içinde yazarak (" ") belirtiniz.

.....

## 3. SOLUNUM

### OBJEKTİF

#### SOLUNUM SİSTEMİ:

Solunum Hızı:...../Dk. Abdominal.....Diyafragmatik.....Eforlu.....Eforsuz.....Özel pozisyon:.....

Derinliği: Yüzeysel....Derin....Yardımcı solunum kaslarının kullanımı: Hayır....Evet....Tanımlayınız:.....

Solunum ritmi:.....

Normal solunumunu sürdürebiliyor mu? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

Geçmişte solunumla ilgili her hangi bir problemi mevcut mu? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

Öksürük: Yok .....Var.....Tanımlayınız.....

Balgam çıkarıyor mu? Hayır...Evet... Özelliklerini tanımlayınız:.....

Göğüs ağrısı: Yok .....Var..... Tanımlayınız.....

Siyanoz: Yok .....Var..... Tanımlayınız.....

Hemoptizi: Yok .....Var..... Tanımlayınız.....

Solunum türü: Apne ( ) Bradipne ( ) Takipne ( ) Hiperpne ( ) Hipopne ( ) Hiperventilasyon ( ) Hipoventilasyon ( )  
Kusmual Solunum ( ) Cheyne-Stokes Solunum ( ) Dispne ( ) Hipoksi ( ) Anoksi ( )

#### KARDİOVASKÜLER SİSTEM:

Nabız Hızı: Radyal:..... /dk Apikal...../dk.

Nabız ritmi: Düzenli.....Düzensiz.....

Kan Basıncı: Sol Kol.....mmHg Sağ kol.....mmHg

Pozisyon: ( ) Ayakta.....mmHg ( ) Otururken.....mmHg ( ) Yatarken.....mmHg

Siyanoz: Hayır....Evet....Yeri.....

### SUBJEKTİF

Hasta bireyin solunum aktivitesine ilişkin öksürük, solunum sıkıntısı vb. gibi soru/sorunlarını kendi ifadeleri ile turnak içinde yazarak (" ") belirtiniz.....

## 4. BESLENME

### OBJEKTİF

Boy:.....cm. Kilo:.....kg. Beden Kitle İndeksi.....

#### KAŞEKTİK NORMAL OBEZ MORBİD OBEZ

Günlük öğün sayısı:.....

Son altı ayda kilo aldı mı? Evet (lütfen belirtiniz).....Hayır.....Bilinmiyor.....

Son altı ayda istemsiz kilo verdi mi? Evet (lütfen belirtiniz)..... Hayır.....Bilinmiyor.....

İştahını nasıl tanımlıyor? İyi....Yetersiz....Kötü.....

Herhangi bir diyet sınırlaması var mı? (Hastanın kendisinin uyguladığı / Hekimin önerdiği)Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
Bir günde ortalama ne kadar sıvı alıyor?.....Su:.....bardak/gün  
Diğer:.....

Aşağıdaki durumlarla ilgili bir sorunu var mı?

Bulanıtı: Hayır.....Evet...Tanımlayınız.....  
Kusma: Hayır.....Evet...Tanımlayınız.....  
Yutma: Hayır.....Evet...Tanımlayınız.....  
Çiğneme: Hayır.....Evet...Tanımlayınız.....

Beslenme aktivitesini etkileyen/etkileyebilecek herhangi bir inancı var mı? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....  
Beslenme şekli: ( ) Oral ( ) Enteral ( ) Parenteral  
Beslenmeyi Engelleyen Faktörler: ( ) Oral Lezyonlar ( ) Ameliyat ( ) Yutma Güçlüğü ( ) Bilinç Durumu ( ) Fiziksel Güçsüzlük  
( ) Diğer.....

### SUBJEKTİF

Hasta bireyin beslenme aktivitesini etkileyen/alışkanlığını/tercihlerini etkileyen faktörleri kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (" ") belirtiniz.....

## 5. BOŞALTIM

### OBJEKTİF

#### Bağırsak Boşaltımı:

Boşaltım gereksinimini farketme: Hayır...Evet:.....  
Boşaltım aciliyetinde değişim: Hayır...Evet:.....  
Miktarda herhangi bir değişim: Hayır...Evet:.....Artma:.....Azalma:....  
Dışkılama alışkanlığında değişim oldu mu? Hayır...Evet:.....  
Dışkının özelliği:

Sıklık (Kez/Gün).....  
İçerik: Katı...Yumuşak...Sıvı....  
Renk: Kahverengi...Siyah...Sarı... Yeşil... Beyaz/ Kil..... Kırmızı.....  
Kıvamı: Yumuşak..... Şekli..... Sulu.... Sert.....  
Kokusu: Keskin ( ) Diğer.....  
Bağırsak boşaltımına ilişkin hasta bireyin yaşadığı sorunlar: Kan...Parazit.....Ağrı... Mukus.....

Normal boşaltımı sürdürmek için yaptığımız uygulamalar: Ilık su içme ( ) Egzersiz ( ) Diğer ( ).....

Bağırsak boşaltımı için kullanılan boşaltım yardımcıları:

Yok ( ) Kolostomi ( ) Sürgü ( ) Laksatif kullanma ( ) Lavman uygulama ( )

Konstipasyon: Hayır...Evet.....Sıklık..... Tanımlayınız .....Süre:.....

Diyare: Hayır...Evet.....Sıklık..... Tanımlayınız .....Süre:.....

Distansiyon: Hayır...Evet.....Sıklık..... Tanımlayınız .....Süre:.....

#### İdrar Boşaltımı:

Boşaltım gereksinimini farketme: Hayır... Evet....  
Miktarda herhangi bir değişim: Hayır... Evet.... Artma.....Azalma.....

Son bir ay içinde idrar alışkanlığında değişim oldu mu? Hayır...Evet:.....

İdrarın özelliği:

Sıklık (Kez/Gün)..... Azalma.....Artma.....  
Miktarı.....ml  
Görünümü: Berrak..... Bulanık.....  
Rengi: Amber/saman..... Koyu sarı....  
Kokusu: Amonyak..... Diğer.....  
Diğer sorunlar (ağrı, yanma

vb):.....

İdrar boşaltımına ilişkin hasta bireyin karşılaştığı sorunlar:

Dizüri..... Poliüri..... Oligüri..... Sık idrara çıkma..... Noktüri....Hematüri..... Piyüri..... Üriner retansiyon.....  
İnkontinans.....Retansiyon:.....

İdrar boşaltımını gerçekleştirmek için kullandığı yardımcıları:

Ürostomi.....TAK.....İdrar sondası ( ) Kondom kateter.....  
Sürgü/ördek.....Diüretik ilaçlar.....Mesane irrigasyonu.....

### SUBJEKTİF

#### Bağırsak Boşaltımı:

Hasta bireyin bağırsak boşaltım alışkanlığındaki değişimi, karşılaştığı sorunları kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (" ") belirtiniz.....

#### İdrar Boşaltımı:

Bireyin idrar boşaltımını alışkanlığındaki değişimi, karşılaştığı sorunları kendi ifadeleri ile tırnak içinde (" ") gösteriniz

## 6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME

### OBJEKTİF

#### Hijyen Alışkanlıkları:

- Deri temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
- Ağız temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
- Göz temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
- Kulak temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
- Burun temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
- Tırnak temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
- Saç temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
- Ayak temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
- Banyo: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Giyinme/soyunmada zorluk çekiyor mu?: Hayır...Evet.....

#### - Deri Muayenesi:

- Sıcak...Soğuk...Nemli...Kuru.....  
Turgor: Normal.....Dehidrate.....Diğer.....  
Renk: Soluk... Pembe... Siyanotik... Sarı... Diğer.....  
Basınç Ülseri: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....Evresi:.....  
Ödem: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....  
Kızarıklık: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....  
Tanıladığınız Diğer Deri Sorunları/Lezyonları: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....

#### - Mukoz Membran:

- Ağız: \* Nemli...Kuru... Renk: Beyaz:.....Soluk:.....Pembe:.....Kırmızı:.....Siyanoze:.....  
\* Diş: Sorun var mı? (çürük, dolgu, protez vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
\* Diş Eti: Sorun var mı? (kızarıklık, kanama, çekilme vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
\* Dil: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, pashı, çatlak, beyaz vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
\* Dudak: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, çatlak, beyaz vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
Göz: Sorun var mı? (kızarıklık, kaşıntı, akıntı vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
Kulak: Sorun var mı? (kaşıntı, akıntı vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
Burun: Sorun var mı? (kızarıklık, tahriş vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
Tırnak: Sorun var mı? (sararma, batma, enfeksiyon vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
Saç: Sorun var mı? (kepek, kellik, bit vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....  
Ayak: Sorun var mı? (kuruma, nasır, çatlama vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

### BASINÇ YARASI RİSK FAKTÖRLERİ

<input type="checkbox"/> Obezite	<input type="checkbox"/> Ödem	<input type="checkbox"/> Steroid kullanımı	<input type="checkbox"/> Travma
<input type="checkbox"/> Beslenme bozukluğu	<input type="checkbox"/> Anemi	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> Anoreksia
<input type="checkbox"/> Diyabet	<input type="checkbox"/> Hipotansiyon	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> Serabro Vasküler Olay
<input type="checkbox"/> Yaşlılık	<input type="checkbox"/> Tüp ile beslenme	<input type="checkbox"/> Yatağa bağımlılık	<input type="checkbox"/> Periferik vasküler hastalık
<input type="checkbox"/> Zayıflık	<input type="checkbox"/> Hareket kısıtlılığı	<input type="checkbox"/> Büyük ameliyat	

### BASINÇ YARASI RİSKİNİ DEĞERLENDİRME (NORTON SKALASI)

Fiziksel durum	Puan	Mental durum	Puan	Aktivite	Puan	Mobilité	Puan	İnkontinans Üriner/Fekal	Puan	TOPLAM
İyi	4	Açık/ Uyanık	4	Yürüyor	4	Tam	4	Yok	4	
Orta	3	Apatik-İlgisiz	3	Yardımla yürüyor	3	Sınırlı	3	Bazen	3	
Kötü	2	Konfüze	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok sınırlı	2	Genellikle idrar	2	
Çok kötü	1	Stupor	1	Yatağa bağımlı	1	Hareketsiz	1	İdrar ve gaita	1	
<b>RİSK ÖLÇÜMÜ</b>			<b>PUANLAMA</b>			<b>YAPILMASI GEREKEN FAALİYETLER</b>				
Risk yok			12 ve üzeri			Haftada bir kez basınç yarısı riskini yeniden değerlendirin. Basınç yarısını önlemeye yönelik girişimlere devam edin.				
Yüksek Risk			1-11			Hergün basınç yarısı riskini yeniden değerlendirin. Basınç yarısını önlemeye yönelik girişimlere devam edin.				

### SUBJEKTİF

Hasta bireyin kişisel temizlik ve giyinme aktivitesine ilişkin alışkanlıklarındaki değişimi, soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.....

## 7. BEDEN SICAKLIĞININ KONTROLÜ

### OBJEKTİF

- Ortam sıcaklığı tercihi: Sıcak..... Normal (Ilık).....Soğuk.....  
Sıcaklık:.....°C; Oral.....Rektal.....Aksillar..... Timpanik..... Temporal.....  
Kabul sırasında hasta havaya uygun giysiler giymiş miydi? Evet...Hayır...Tanımlayınız.....



## SUBJEKTİF

Hasta bireyin beden sıcaklığını kontrolü aktivitesine ilişkin, bireysel tercihlerini , soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.....

## 8. HAREKET

### OBJEKTİF

Genel yaşam tarzınız: Aktif...Sedanter (Sakin).....  
Harekette zorlanma: Hayır.... Evet.... Tanımlayınız (zamanı, yeri).....  
Hareket ederken vücut mekaniğine dikkat ediyor mu? Evet.....Hayır.....  
Hareket etmesini engelleyen herhangi bir fiziksel engeli var mı? Hayır.....Evet..... Tanımlayınız.....  
Harekete yardımcı araç/gereç kullanıyor mu (Trapez, Çengel, Yürüyüş Kemer, Kaydırma Tahtası, Kaldıraç, Kum Torbaları, Trokanter Rulolar, Walker, Koltuk Değneği,vb.)? Hayır.....Evet..... Tanımlayınız.....  
Ekstremitte kaybı: Hayır.... Evet....Yeri.....  
Denge: Normal.....Ayakta duramama.....Sendeleme..... Tanımlayınız.....  
Postür: Normal...Kifoz...Lordoz...Diğer:.....  
Şekil bozukluğu (kontraktür, eklem kısıtlılığı, çekilme, kasılma vb) Hayır....Evet.... Yeri..... Tanımlayınız.....  
Doğru vücut postürü sağlamak için kullanılan araç-gereçler? Hayır.....Evet..... Tanımlayınız.....  
Hastaya uygulanan egzersiz türü? İzotonik egzersiz.....İzometrik egzersiz.....İzokinetik egzersiz.....  
Hareket sırasında güvenlik önlemlerinin (yatak kenarlığı, tespit ediciler vb.) alınmasına gereksinim var mı?  
Hayır.....Evet..... Tanımlayınız.....  
Dinlenme sırasında basınç bölgelerinin desteklenmesi gerekir mi? Hayır.....Evet..... Tanımlayınız.....  
Tremor: Hayır....Evet....Tanımlayınız.....  
Paralizi Varlığı: Hayır.... Evet....Yeri.....  
Fizik tedavi alıyor mu?: Hayır.....Evet:.....

## SUBJEKTİF

Hasta bireyin hareket aktivitesine ilişkin, değişimi, soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak yazarak (“ ”) içinde belirtiniz.  
.....

## 9. ÇALIŞMA VE EĞLENCE

### OBJEKTİF

Geliri gider durumu ( ) Gelir gidere eşit ( ) Geliri giderinden az ( ) Geliri giderinden fazla  
Çalışma durumu:.....saat/gün.....  
Boş zamanlarını değerlendirme biçimi:.....  
Son bir aydır sağlık sorununa bağlı olarak normal günlük işleri aksadı mı?(Ev İşi, Çalışma Hayatı): Hayır....Biraz....Evet.....  
Son bir aydır fiziksel sağlığı ve ruhsal sorunları sosyal aktivitelerini/hobilerini engelledi mi? Hayır....Evet..... Tanımlayınız.....

## SUBJEKTİF

Hasta bireyin çalışma ve eğlenme aktivitesine ilişkin, çalışma durumu, gelir durumu, boş zamanlarını değerlendirme durumu vb.gibi değişimi, soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak yazarak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.  
.....

## 10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME

### OBJEKTİF:

Görüşmede soruları cevaplama durumu: ( ) Girişken.....( ) Çekingen.....( ) Utangaç.....( ) Saldırgan.....  
Doğurganlığı planlama yöntemi:

Kullanmıyorum ( ) Doğum kontrol hapı ( ) Tüplerin bağlanması ( ) Diğer ( )  
Rahim içi araç ( ) Kondom ( ) Vazektomi ( )

### KADIN

Menstruasyon siklüsü: Düzenli.....Düzensiz..... Sıklığı.....  
Kullandığı ürünün (ped, bez vb.) gün içindeki sayısı .....  
Menstruasyon öncesinde yaşadığınız sorunlar varmı:  
Hayır.....Evet.....

Menstruasyon sırasında yaşadığınız sorunlar:

Ağrı ( ) Halsizlik ( )  
Aşırı kanama ( ) Uyuma isteğinde artış ( )  
Bulantı/kusma ( )

Menopoza girdi mi? Evet.....Hayır.....

Menopoza girdi ise ne zaman? (yıl).....

Normal olmayan kızarıklık, kanama veya akıntı:.....

### ERKEK

Kendi kendinize testis yapıyor musunuz? Evet.....Hayır.....  
Hangi sıklıkla.....  
Üriner boşaltım ile ilgili bir sorunuz var mı?  
Hayır ..... Evet .....Tanımlayınız.....

## SUBJEKTİF

Hasta bireyin cinselliği ifade etme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.  
.....

## 11. UYKU VE DİNLENME

### OBJEKTİF

Genel uyku alışkanlıkları: Gece.....St/Gün.....Gündüz.....St/Gün.

Uykuyu sağlamak için kullandığı metodları tanımlayınız (süt içme, müzik dinleme, kitap okuma, sessiz ortam, tv seyretme vb.):

Hastanede kalışı süresince uyku hijyeni ile ilgili bir değişiklik oldu mu?

- Uykuya dalmada güçlük: Hayır.... Evet.... Süre..... Nedeni.....  
-Sabah çok erken uyanma: Hayır.... Evet.... Süre..... Nedeni.....  
-Uyku saatinde gecikme: Hayır.... Evet.... Süre..... Nedeni.....  
-Sık sık uyanma: Hayır.... Evet.... Süre..... Nedeni.....  
-Uykusuzluk: Hayır.... Evet.... Süre..... Nedeni.....  
-Dinlenememe: Hayır.... Evet.... Süre..... Nedeni.....

Ağrı, hareket güçlüğü , sık idrara çıkma gibi bireyin uykusunu etkileyen biyo-fizyolojik faktörler var mı? Hayır...Evet....

Korku, stres, kaygı gibi bireyin uykusunu etkileyen duygusal faktörler var mı? Hayır.... Evet....

Gürültü, ışık, ısı, hastanede kahvaltı saatleri, tedavi saatleri, tedavi için kullanılan araç-gereçler gibi uykusunu etkileyen çevresel faktörler var mı? Hayır.....Evet.....

### SUBJEKTİF

Hasta bireyin uyku ve dinlenme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını, etkileyen faktörleri kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (‘ ‘ ’ ’) belirtiniz.....

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	BAĞIMLI*	YARI BAĞIMLI**	BAĞIMSIZ***
1.GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE SÜRDÜRME			
2. İLETİŞİM			
3. SOLUNUM			
4. BESLENME			
5. BOŞALTIM			
6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME			
7. BEDEN SICAKLIĞININ KONTROLÜ			
8. HAREKET			
9. ÇALIŞMA VE EĞLENCE			
10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME			
11. UYKU VE DİNLENME			

\*Bağımlı: hasta bireyl yaşam aktivitesinin gerçekleştirilmesinde, tamamında yardım gereksinimi duymaktadır.

\*\*Yarıbağımlı: hasta birey yaşam aktivitesini başka birinin desteği ve yardımcı araç gereç kullanarak yerine getirir.

\*\*\*Bağımsız: hasta birey yaşam aktivitesinin tamamını bağımsız olarak kendi başına yerine getirir.

### HEMŞİRELİK TANILARI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ÖĞRENCİ HEMŞİRENİN ADI- SOYADI

İMZA

## TABURCULUK PLANI

### Taburculuk Eđitimi Konuları

1. İlaçlar:

2. Çevre:

3. Tedavi:

4. Sağlık Eđitimi:

5. Ayaktan Takip:

6. Diyet:

