**T.C.**

**TRABZON ÜNİVERSİTESİ**

**TONYA MESLEK YÜKSEKOKULU**

**EVDE HASTA BAKIMI PROGRAMI**

**HASTA VERİ TOPLAMA FORMU VE BAKIM PLANI**

**Adı-Soyadı :**

**Şubesi :**

**Öğrenci No :**

|  |
| --- |
| 1. **HASTANIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ**
 |
| **Adı Soyadı:** |  |
| **Yaşı:** |  |
| **Cinsiyeti:** | 🞎 Erkek 🞎 Kadın  |
| **Eğitim Durumu:** |  |
| **Mesleği:** |  |
| **Medeni Durumu:** | 🞎 Bekar 🞎 Evli  |
| **Boy:**  | …………..cm  |
| **Kilo:**  | …………..kg  |
| **BKİ:** |  |
| **Sosyal Güvencesi:** |  |
| **Hastane/Huzurevi Yatış Tarihi:** |  |
| **Hastane/Huzurevine Geldiği Yer:** | 🞎 Ev 🞎 Diğer Hastane 🞎 Yoğun Bakım 🞎 Acil  |
| **Servise Geliş Şekli:** | 🞎 Yürüyerek 🞎 Tekerlekli Sandalye 🞎 Sedye |
| **Yattığı Klinik/Oda No:** |  |
| **Hasta İle İlgilenen Kişi (Yakını):** |  |
| **Görüşme Tarihi:** |  |
| **Bilgi Kaynağı:** | 🞎 Kendisi 🞎 Yakını 🞎 Sağlık Elemanı 🞎 Hasta Dosyası 🞎 Diğer  |
| **Tıbbi Tanı:** |  |

**2. TANISAL İŞLEMLER**

🞎 Kolonoskopi 🞎 Retrograd Pyelografi 🞎 Endoskopi 🞎 IVP

🞎 BT/CT 🞎 Kemik İliği Aspirasyonu 🞎 Sistoskopi 🞎 USG

🞎 Anjiografi 🞎 Biyopsi 🞎 X-Ray 🞎 MRI/MRG

🞎 LP 🞎 EMG 🞎 EEG 🞎 PET

**3. SAĞLIĞIN ALGILANMASI**

**Hastaneye Başvuru Nedeni ve Nedene Yönelik Belirtiler (lab. bulguları, vital bulguları vb.):**

**Geçmiş Sağlık Öyküsü:**

**Aile Öyküsü (İlişkisini Belirtiniz)**

🞎 Diabetes Mellitus :

🞎 Kardiyovasküler Hastalıklar :

🞎 Hipertansiyon :

🞎 Böbrek Hastalıkları :

🞎 Mental Hastalıklar :

🞎 Solunum Hastalıkları :

🞎 Kanser (Tipi) :

🞎 Diğer :………………………………………

**Daha Önce Kullandığı İlaçlar:**

**Alerjisi:**  🞎 Var 🞎 Yok

🞎 İlaç……………………....

🞎 Besin………………….....

🞎 Diğer………………….....

**Alışkanlıkları (Sıklık ve Miktarı):**

🞎 Sigara:

🞎 Alkol :

🞎 İlaç :

🞎 Diğer : ……………………………………………………

**4. BESLENME - METABOLİK DURUM**

**Beden Kitle İndeksi:** …………. **Bel Çevresi:** ………..cm

**Kilo Artışı (Son 6 ayda):** 🞎 Yok 🞎 Var ….…..kg

**Kilo Azalması (Son 6 ayda):** 🞎 Yok 🞎 Var ....……kg

**Beslenme Bozukluğu:** 🞎 Yok 🞎 Var Açıklayınız …………………………………

**Diyeti:** 🞎 R1 🞎 R2 🞎 R3 Açıklayınız…………………………….…..

**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/Sindirim Problemleri:**

🞎 Yutma Güçlüğü 🞎 Kusma 🞎 Fışkırır tarzda kusma 🞎 Bulantı 🞎 Abdominal Ağrı 🞎 Mide Yanması 🞎 Geğirme Diğer/Açıklayınız: …………………………………

**Yiyecek Alım Yolu:** 🞎 Oral 🞎 Parenteral

**Tüple Beslenme :**  🞎 Var 🞎 Yok

Beslenme Tipi /ml/saat: ………… 🞎 NG 🞎 Gastrostomik/Jejunostomik Enterik Beslenme 🞎 Gavaj

**Total Parenteral Beslenme:** 🞎 Yok 🞎 Var 🞎 TPN Hızı (ml/h) ……………

**İştah:**  🞎 Az 🞎 Normal 🞎 Çok **(**Açıklayınız)**:**…………………………………………………

**Oral Mukoza:**

🞎 Tam 🞎 Pembe 🞎 Nemli 🞎 Kuru 🞎 Lezyon

🞎 Diğer Açıklayınız: ………………………………………

**Ağız Hijyeni:** 🞎İyi 🞎 Orta 🞎 Kötü

**Diş Eti:**  🞎 Çekilme 🞎 Kanama 🞎 Lezyon 🞎 Renk değişikliği 🞎 Gingivitis

**Dişler** **:** 🞎 Normal 🞎 Çürük Diş 🞎 Takma Diş 🞎 Eksik Diş

**Dil:** 🞎 Normal 🞎 Renk Değişikliği 🞎 Lezyon 🞎 Sertlik 🞎 Aft

**Dudak:**  🞎 Normal 🞎 Renk Değişikliği 🞎 Nem 🞎 Lezyon 🞎 Uçuk

**5. BOŞALTIM BİÇİMİ**

**Gaita:** Renk …………Kıvam …………Kez/Gün

**Batın:** 🞎 Yumuşak 🞎 Yarı Yumuşak 🞎 Gergin 🞎 Sert 🞎 Düz 🞎 Hassas

**Barsak Sesleri:** 🞎 Yok 🞎 Var 🞎 Hipoaktif 🞎 Normal 🞎 Hiperaktif

**En Son Sayılan Barsak Hareketi Sayısı:** …..

**Barsak Eliminasyonu:** 🞎 Problem Yok 🞎 Diyare 🞎 Konstipasyon 🞎 Fekal Tıkaç

🞎 Fekal İnkontinans 🞎 Diğer …………

**Dışkılamayı Kolaylaştırmak İçin Yaptıkları:** 🞎 Lavman 🞎 Laksatif 🞎 Diğer……….

**Kolostomi/İleostomi**: 🞎 Yok 🞎 Var **Süresi:** ……….….

**İdrar :** 🞎 Problem Yok 🞎 Foley Kateter 🞎 Anüri 🞎 Proteinüri

🞎 İdrar İnkontinansı 🞎 Suprapubik Kateter 🞎 Dizüri 🞎 Hematüri

🞎 Sık Sık 🞎 Prezervatif Sonda 🞎 Oligüri 🞎 Glikozüri

🞎 Sızıntı /Damla Damla 🞎 Poliüri 🞎 Noktüri

**6. AKTİVİTE - EGZERSİZ BİÇİMİ**

**Tırnaklar:** 🞎 Normal 🞎 Renk Değişikliği 🞎 Şekil Bozukluğu 🞎 Lezyon

**Cilt:**

**Kapiller Dolum Süresi :** …….sn

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎 Normal 🞎 Kuruluk 🞎 Kabuklanma 🞎 Pul Pul Dökülme 🞎 Siyanoz 🞎 Soluk/Soğuk Cilt 🞎 Ekimoz 🞎 Peteşi  |  🞎 Purpura 🞎 Ürtiker 🞎 Palmar Eritem 🞎 Yara 🞎 Cerrahi Yara🞎 Travmatik Yara 🞎 Bası Yarası🞎 Yarada Akıntı |  🞎 Yanık 🞎 Ciltten İnvaziv Girişim🞎 Skar 🞎 Enfeksiyon 🞎 Sarılık 🞎 Spider Anjioma 🞎 Kıllarda Dökülme 🞎 Kıllanma  |

**Ödem:** 🞎 Yok 🞎 Var Derecesi (0-4+) Ödeme bakılan bölge (Açıklayınız)……..…………

 🞎 Dokuda Çökme Yok (0) 🞎 Çökme 2mm (+, hafif) 🞎 Çökme 4mm (2+)

 🞎Çökme 6mm (3+, Orta Derece) 🞎 Çökme 8mm (4+, Ciddi Ödem)

**Deri Turgoru :** 🞎 Normal 🞎 Yumuşak/ Esnek 🞎 Gecikmiş

**Deri Turgoruna Bakılan Bölge:** ……………………………

**Dekübit:** 🞎 Var 🞎 Yok **Derecesi:**

**Saçlar:** 🞎 Normal 🞎 Hijyen Eksikliği 🞎 Saç Kaybı 🞎 Yağlı 🞎 Lezyon

**7. BEDEN BÜTÜNLÜĞÜNÜ TEHDİT EDEN DURUMLAR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎 İntraket 🞎 Kolostomi/İleostomi/Jejunostomi 🞎 Kemik İliği Aspirasyonu 🞎 İdrar Kateteri 🞎 CVP Kateteri 🞎 Dren  | 🞎 Parasentez 🞎 Düzenli İnsülin Kullanımı 🞎 Hemodiyaliz Kateteri🞎 Torosentez 🞎 Venöz Fistül  | 🞎 LP 🞎 Trakeostomi 🞎 Arteriyo-Venöz Şant 🞎 Göğüs Tüpü 🞎 Endotrakeal Tüp  |

1. **KALP VE PERİFERİK VASKÜLER SİSTEM**

🞎 Ödem 🞎 Yok 🞎 Var Bölgesi: pulmoner/sakral/beyin/batın/perifer

🞎 Sol Kol veya Sırta Vuran Ağrı 🞎 Göğüste Ağrı 🞎 Siyanoz 🞎 Ekstremitelerde Isı Farklılığı 🞎 Göğüste Çarpıntı 🞎 Aritmi

🞎 Varis 🞎 Ekstremitelerde Renk Farklılığı 🞎 Taşikardi

🞎 Bacaklarda Kramp 🞎 Yanma 🞎 Bradikardi

1. **SOLUNUM SİSTEMİ**

|  |
| --- |
| **Oksijen Kullanımı :** 🞎 Yok 🞎 Var 🞎 Nazal Kanül ………lt/dk 🞎 Maske O2 %..........**Solunum Ritmi :** 🞎 Düzenli 🞎 Düzenli Değil **Solunum Sayısı:** 🞎 Normal 🞎 Bradipne 🞎 Takipne 🞎 Apne **Solunum Derinliği:** 🞎 Hipopne 🞎 Normal 🞎 Hiperpne**Solunum Şekli:**  🞎 Normal 🞎 Hipoventilasyon 🞎 Hiperventilasyon 🞎 Cheyne-Stokes Solunum  🞎 Kussmaul Solunum 🞎 Biot Solunum 🞎 Ortopne**Dispne:** 🞎 Hayır 🞎 Evet 🞎 Dinlenmekle Geçen 🞎 Efor Dispnesi **Akciğer Sesi:** 🞎 Normal 🞎 Wheezing 🞎 Stridor 🞎 Raller 🞎 Ronküs**Öksürük :** 🞎 Hayır 🞎 Evet 🞎 Kuru 🞎 Balgam Renk ……… Yoğunluk ……Miktar …….**Aspirasyon:** 🞎 Hayır 🞎 Evet Hangi Sıklıkta…………Renk/Miktar ………..**Yapay Havayolu:** 🞎 Hayır 🞎 Evet Tipi………………/ Yeri ………………………**Burun:**  🞎 Normal 🞎 Hassasiyet 🞎 Deviasyon 🞎 Diğer **Nazal Mukoza:** 🞎 Normal 🞎 Renk Değişikliği 🞎 Akıntı 🞎 Şişlik 🞎 Ödem 🞎 Kanama**Kulak:** 🞎 Normal 🞎 Ağrı 🞎 Çınlama 🞎 Lezyon 🞎 Enfeksiyon 🞎 İşitme Kaybı  🞎 Kaşıntı 🞎 Akıntı |

1. **KAS-İSKELET SİSTEMİ** 🞎 Sorun yok 🞎 Sorun var

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Alt Ekstremite** | **Üst Ekstremite** |
| 🞎 Kramp  |  |  |
| 🞎 Tremor  |  |  |
| 🞎 Eklemlerde Şişlik  |  |  |
| 🞎 Eklemlerde Kızarıklık  |  |  |
| 🞎 Eklemlerde Hassasiyet |  |  |
| 🞎 Hareket Kısıtlılığı  |  |  |
| 🞎 Deformite  |  |  |
| 🞎 Atrofi |  |  |
| 🞎 Alçı  |  |  |
| 🞎 Traksiyon  |  |  |
| 🞎 Krepitasyon |  |  |
| 🞎 Kas Spazmı |  |  |
| 🞎 Subluksasyon  |  |  |
| 🞎 Parmakta Kuğu Boynu |  |  |
| 🞎 Çomak Parmak |  |  |

**Kontraktür:** 🞎 Yok 🞎 Var Yeri................... Zamanı............

**Fraktür:** 🞎 Yok 🞎 Var Yeri.................. Zamanı.............

**Yardımcı Araç Kullanımı:** 🞎 Yok 🞎 Var 🞎 Walker 🞎 Baston

 🞎 Tekerlekli Sandalye 🞎 Koltuk Değneği

**Aktivite:** 🞎 Problem Yok 🞎 Güçsüzlük 🞎 Yürüme bozukluğu (Açıklayınız)…………...

**Aktivite Toleransı:** 🞎 Normal 🞎 Çabuk Yoruluyor 🞎 Mutlak Yatak İstirahati

**Düzenli Egzersiz:** 🞎 Uyguluyor 🞎 Uygulamıyor

**Ayak:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎 Normal 🞎 Isı Değişikliği🞎 Renk Değişikliği🞎 Sertlik🞎 Kızarıklık🞎 Nem🞎 Hassasiyet | 🞎 Nasır🞎 Çatlak🞎 Yara🞎 Ödem🞎 Ülser🞎 Duyu Kaybı🞎 Spastik yürüyüş  | 🞎 Deformite🞎 Hijyen Eksikliği🞎 Hiperestezi🞎 Parestezi🞎 Topallama🞎 Ayak Sürükleme🞎 Ataksik yürüyüş  |

1. **SİNİR SİSTEMİ**

🞎 Ani Bilinç Bozukluğu 🞎 Baş Dönmesi 🞎 Dokunma Duyusunda Değişim

🞎 Konuşma Bozukluğu 🞎 Sinirlilik 🞎 Tad Almada Değişim

🞎 Karıncalanma Hissi 🞎 Baş Ağrısı 🞎 Hemipleji

🞎 Kuvvetsizlik 🞎 Fobi 🞎 Parapleji

🞎 Sakarlık 🞎 Paralizi 🞎 Kuadripleji

🞎 Tremor 🞎 Nöropati 🞎 Reflekslerde değişim

🞎 Ani kişilik değişiklikleri

**7.UYKU/ DİNLENME BİÇİMİ**

**Evdeki Uyku Düzeni :** ………………….……Saat

**Hastanedeki Uyku Düzeni :** ………………...Saat

**Uyku Düzeninde Değişiklik:** 🞎 Yok 🞎 Var Tanımlayınız ……………

**Gündüz Uykusu:** 🞎 Yok 🞎 Var………...Saat

**Uyku İçin İlaç Kullanımı:** 🞎 Yok🞎 Var İlacın Adı…………………..

**8.BİLİŞSEL ALGILAMA BİÇİMİ**

**Bilinç Düzeyi:** 🞎 Uyanık 🞎 Konfüzyon 🞎 Letarji 🞎 Stupor 🞎 Koma 🞎 Bitkisel Yaşam **Oryantasyon Durumu:**  **Kişi:** 🞎 Yok 🞎 Var **Yer:** 🞎 Yok 🞎 Var **Zaman:** 🞎 Yok 🞎 Var

**Hafıza/Hatırlama:** 🞎 Normal 🞎 Yakın Hafıza Bozukluğu 🞎 Uzak Hafıza Bozukluğu

**Pupil:** SAĞ; Büyüklük : Işığa Reaksiyon: 🞎 Yok 🞎 Var

 🞎 İzokorik 🞎 Anizokorik 🞎 Dilate

 SOL; Büyüklük : Işığa Reaksiyon: 🞎 Yok 🞎 Var

 🞎 İzokorik 🞎 Anizokorik 🞎 Dilate

**Görme:** 🞎 Normal 🞎 Görme Yetisi Yok 🞎 Miyop 🞎 Hipermetrop 🞎 Astigmat

**Görmeye Yardımcı Araç Kullanımı:** 🞎 Yok 🞎 Var 🞎 Gözlük 🞎 Lens

**Göz:** 🞎 Egzoftalmus 🞎 Şişlik 🞎 Katarakt 🞎 Nistagmus

 🞎 Pitözis 🞎 Lezyon 🞎 Kızarıklık 🞎 Korneal skar

 🞎 Akıntı 🞎 Arpacık 🞎 Strabismus 🞎 Diplopi

**9. KENDİNİ ALGILAMA KAVRAMA BİÇİMİ ve PSİKOLOJİSİ**

**Şu anki sağlık probleminiz sizde ne tür duygular yaratıyor?**

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

**Bireyin Genel Görünüşü:**

🞎 Normal 🞎 Depresif Görünüm 🞎 İçe Dönük 🞎 Dışa dönük 🞎 Anksiyete 🞎 Suisidal

**Beden bilincini etkileyen durum var mı?**

🞎 Var/Açıklayınız…………………………….…... 🞎 Yok

**İletişim Şekli:** 🞎Sözel 🞎Sözsüz Açıklayınız (iletişimde rahatlık, atılganlık, çekingenlik durumu) …………………………………………………………………………………...

**10. ROL – İLİŞKİ BİÇİMİ**

**Hastalığın Rol Kaybına Etkisi:** 🞎 Var 🞎 Yok

**Hastanın Hastalık Sürecinde Destek Sistemleri (Aile, Arkadaş, Ekonomik, Sosyal, Kültürel Ruhsal):** 🞎 Yok 🞎 Var Açıklayınız: ………………………….

**11. ÜREME SİSTEMİ VE CİNSELLİK**

🞎 Normal 🞎 Ağrı 🞎 Akıntı 🞎 Mantar 🞎 Kaşıntı 🞎 Genital Bölge Tüy Temizliği

**Tedavi ve Hastalığın Cinselliğe Etkisi :** 🞎 Yok 🞎 Var Açıklayınız:…………

|  |  |
| --- | --- |
| **Kadın**  | **Erkek**  |
| **Mensturasyon Süresi**:……….**Menapoz Yaşı**:…………....🞎 Amenore 🞎 Dismenore 🞎 Libido Kaybı  | **Andropoz yaşı**…………🞎 Libido Kaybı 🞎 İmpotans  |

**12. BAŞETME – STRESİ İLE BAŞETME BİÇİMİ**

**Stres Yaratan Durumlarla Baş Etme Yöntemleri:**

**Bunların Sorunlarının Çözümüne Katkısı Olup Olmadığı:**

**13. İNANÇ ve DEĞERLER**

**Hastanedeyken yapmak istediği özel bir dini uygulama var mı ?**

🞎 Hayır 🞎 Evet Açıklayınız………………………………………

**14.TAHMİN EDİLEN TABURCULUK GEREKSİNİMLERİ**

Hemşirelik Uygulamaları:………………………………………………………………………

Diyet/Beslenme:…………………………………………………………………………………

Yardımcı Araç Kullanımı:…………………………………………………………………...….

İlaçlar : ………………………………………………………………………………………….

Tıbbi (Kontrol zamanı, ilaç dozu değişikliği vb.):………………………………………………

Sosyal Hizmet:………………………………………………………………………………….

**KULLANILAN İLAÇLAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| İlaç Adı  | Dozu  | Veriliş Yolu | Veriliş Nedeni | Major Yan Etkisi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**TOTAL MAYİ MİKTARI VE İÇERİKLERİ**

**KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYON**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kan Ürünleri** | **Veriliş Tarihi** | **Önceki değer**  | **Şimdiki değer**  |
| 🞎 Eritrosit Süspansiyonu 🞎 Tam Kan 🞎 Human Albümin 🞎 Taze Donmuş Plazma (TDP) 🞎 Trombosit Transfüzyonu |  |  |  |

**İDRAR ANALİZLERİ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | …/…/20.. | …/…/20.. | …/…/20.. | …/…/20.. | …/…/20.. |
| **Dansite**  |  |  |  |  |  |
| **Renk**  |  |  |  |  |  |
| **Lökosit**  |  |  |  |  |  |
| **Eritrosit**  |  |  |  |  |  |
| **Protein**  |  |  |  |  |  |
| **Albumin**  |  |  |  |  |  |
| **Bilirubin**  |  |  |  |  |  |
| **pH** |  |  |  |  |  |
| **Silendir** |  |  |  |  |  |
| **Kristal**  |  |  |  |  |  |
| **Diğer**  |  |  |  |  |  |

**LABORATUVAR BULGULARI Tarih:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parametreler** | **Hastanın Değerleri** | **Parametreler**  | **Hastanın Değerleri** |
| Lökosit:  |  | Total Bilirubin: |  |
| Eritrosit: |  | Direkt Bilirubin: |  |
| Trombosit:  |  | İndirekt Bilirubin: |  |
| Monosit  |  | NPN: |  |
| Nötrofil: |  | Ürik Asit: |  |
| Eozinofil:  |  | BUN: |  |
| Bazofil:  |  | Kreatin: |  |
| Lenfosit:  |  | Albümin:  |  |
| Hemoglobin:  |  | Total Protein: |  |
| MCV (Mean Corpuscular Volum):  |  | Total Kolesterol: |  |
| MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin):  |  | HDL: |  |
| MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Konsantrasyonu): |  | LDL:  |  |
| Hemotokrit: |  | Na: |  |
| Eritrosit Sedimantasyon Hızı (ESR):  |  | K: |  |
| PTZ: |  | Ca :  |  |
| PTT: |  | P: |  |
| aPTT |  | Cl: |  |
| INR |  | Mg: |  |
| Glukoz:  |  | HIV: |  |
| HbA1C: |  | Hepatit C (HCV): |  |
| SGOT: |  | HBsAg: |  |
| SGPT: |  | Anti-HBs: |  |
| Alkalen Fosfataz (ALP):  |  | SaPO2: |  |
| LDH:  |  | pO2: |  |
| pH: |  | pCO2: |  |
| TSH:  |  | HCO3: |  |
| T3: |  | pH: |  |
| T4: |  | Diğer:  |  |

**15. ENFEKSİYON ETKENLERİ**

🞎 Yok 🞎 Var Yeri………………………………

🞎 E Coli 🞎 Pseudomonas 🞎 Klebsiella 🞎 Herpes

🞎 Candida 🞎 Staphylococcus 🞎 İnfluenza 🞎 Parazit 🞎 Streptococcus

**ÖĞRENCİ EVDE HASTA BAKIMI TEKNİKERİ GÖZLEM FORMU**

**Tarih:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Vital Bulgular** |  **Saat**  |  |  |  |  |
|  Ateş |  |  |  |  |
|  Nabız |  |  |  |  |
|  Solunum |  |  |  |  |
|  Kan Basıncı |  |  |  |  |
| O2 Saturasyonu |  |  |  |  |

**AĞRI DURUMU**



**Sıklığı: Süresi: Yeri:**

**Ağrı Tipi:** 🞎 Zonklayıcı 🞎 Yakıcı 🞎 Sancı 🞎 Bıçak Saplanır Tarzda

**Ağrıyı Arttıran/Azaltan Faktörler:** ……………………………

**Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemler:** 🞎 Yok 🞎 Var

🞎 Masaj 🞎 Dikkati, Başka Yöne Çekme 🞎 Müzik 🞎 Pozisyon Değişimi 🞎 Mentol 🞎 Sıcak/Soğuk Uygulama 🞎 Diğer

**Ağrı Kesici Kullanım Durumu:** 🞎 Var 🞎 Yok

**ALDIĞI ÇIKARDIĞI İZLEM TAKİBİ (AÇİT) Tarih:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aldığı** | **08-16** | **16-24** | **24-08** | **Çıkardığı** | **08-16** | **16-24** | **24-08** |
| Oral |  |  |  | İdrar |  |  |  |
| TüpleBeslenme |  |  |  | NG/Dren |  |  |  |
| IV |  |  |  | Kusma |  |  |  |
| Dışkı |  |  |  |
| Diğer |  |  |  | Diğer |  |  |  |
| 24 Saat Toplam |  |  |  | 24 Saat Toplam |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **BRADEN RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ** |
| **HASTANIN ADI SOYADI** | **DEĞERLENDİRENİN ADI:** | **DEĞERLENDİRME TARİHİ:** | **PUAN** |
| **DUYUSAL ALGILAMA** | 1. Tamamensınırlı | 2. Çok sınırlı | 3.Hafif sınırlı | 4. Bozulma yok |  |
| **NEM** | 1. Süreklinemli | 2. Çok nemli | 3. Ara sıra nemli | 4. Nadiren nemli |  |
| **AKTİVİTE** | 1. Yatağabağımlı | 2. SandalyeyeBağımlı | 3. Ara sırayürüyor | 4. Sık sıkyürüyor |  |
| **HAREKETLİLİK** | 1. Tamamenhareketsiz | 2. Çok sınırlı | 3.Hafif sınırlı | 4. Sınırlama yok |  |
| **BESLENME** | 1.Çok kötü  | 2.Muhtemelenyetersiz | 3. Yeterli | 4.Mükemmel |  |
| **SÜRTÜNME VE YIRTILMA** | 1. Sorun  | 2.Potansiyelproblem | 3.Görünenproblem yok |  |  |

0) Risk yok 1) 15-18 risk sınırında 2) 13-14 orta derecede riskli 3) 10-12 Yüksek risk 4) 9 ve altı yüksek risk

**Günlük Yaşam Aktivitelerini Karşılama Durumu**

🞎 Bağımsız 🞎 Yarı bağımlı 🞎 Bağımlı

**Bilinç Düzeyini Değerlendirme**

|  |
| --- |
|  **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  |
| Lokalize Edici |  5 |
| İstemli |  6  |
| **Sözel Yanıt** | Yok |  1  |
| Anlaşılmaz Sesler |  2  |
| Uygun Olmayan Yanıt |  3  |
| Dağınık, Konfüze Yanıt |  4  |
| Oryante Yanıt |  5 |
| **Bireyin Toplam Puanı** |  |  |

GKS Skoru: (3-15),  15:Oryante,  13-14:Konfüze,  8-13:Stupor, 3-8:Perikoma, 3:Koma

|  |  |
| --- | --- |
| **Diyet Tipi** |  |
| **Rejim 0** | Oral Alım Kapalı |
| **Rejim 1** | Sıvı Gıda |
| **Rejim 2** | Sulu Yumuşak Besinler |
| **Rejim 3** | Normal Diyet |

|  |  |
| --- | --- |
| **İzolasyon Önlemleri** |  |
| Sarı Yaprak  | Solunum İzolasyonu |
| Mavi Çiçek | Damlacık İzolasyonu |
| Kırmızı Yıldız | Temas İzolasyonu |
| Dört Yapraklı Yonca | Düşme Riski |





**TONYA MESLEK YÜKSEKOKULU**

**EVDE HASTA BAKIMI PROGRAMI**

**STAJ UYGULAMA GÖZLEM FORMU**

**Öğrenci Adı Soyadı:**

|  |
| --- |
| **Hastanın Adı Soyadı** |
| **Yattığı Servis** |
| **Tanısı** |
| **TARİH** | **Saat** | **Ateş** | **Nabız** | **Solunum** | **Kan Basıncı** | **Ağrı** | **Verilen İlaçlar ve Diyet** |  **Gözlem ve bakım notları** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **EVDE HASTA BAKIMI TEKNİKERİ BAKIM PLANI Tarih:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Evde Hasta Bakımı Teknikeri Tanısı** | **Neden** | **Amaç/Hedef** | **Uygulanan Girişimler** | **Değerlendirme** |
|  |  |  |  |  |

**EVDE HASTA BAKIMI TEKNİKERİ BAKIM PLANI Tarih:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Evde Hasta Bakımı Teknikeri Tanısı** | **Neden** | **Amaç/Hedef** | **Uygulanan Girişimler** | **Değerlendirme** |
|  |  |  |  |  |

**EVDE HASTA BAKIMI TEKNİKERİ BAKIM PLANI Tarih:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Evde Hasta Bakımı Teknikeri Tanısı** | **Neden** | **Amaç/Hedef** | **Uygulanan Girişimler** | **Değerlendirme** |
|  |  |  |  |  |

**EVDE HASTA BAKIMI TEKNİKERİ BAKIM PLANI Tarih:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Evde Hasta Bakımı Teknikeri Tanısı** | **Neden** | **Amaç/Hedef** | **Uygulanan Girişimler** | **Değerlendirme** |
|  |  |  |  |  |