

HEM 1018 HEMŞİRELİK ESASLARI-II

Evlerinizde kendi imkanlarınız ile yapabileceğiniz temel hemşirelik girişimlerinden (el yıkama, steril eldiven giyme, önlük giyme, cerrahi alan hazırlama, hastanın yatak içinde hareket ettirilmesi, pozisyon verme, ağız bakımı, saç banyosu, kısmi yatak banyosu, yaşamsal bulguların takibi gibi) birinin demonstrasyonunu (gösterimini) anlatarak yapın ve videonuzu çekin. Hazırladığınız video içeriğine göre aşağıdaki formu doldurunuz.

TEMEL HEMŞİRELİK BECERİSİ UYGULAMA İÇERİĞİ

Beceri yapan öğrenci	
Beceri konusu	
Becerinin hedefleri	
Beceriye yönelik hemşirelik tanıları	
Becerinin işlem basamakları ve gerekçeleri	(İşlem basamakları ayrı bir sayfa da verilecek)

Aşağıdaki vakaya göre hasta tanılama ve bakım planı (bakım planı kısmı tanı sayısına göre çoğaltılabilir), öncelik tanı listesi, hemşire gözlem, ilaç, sıvı izlem ve taburculuk formunu doldurunuz.

VAKA

A... hanım 60 yaşında, 1.60 cm boyunda, 90 kg ağırlığında ilkököl mezunu, evli, iki çocuk annesi ve ev hanımıdır. Eşi çiftçi olan A.. Hanım, eşi ile birlikte bahçeli, 2 odalı bir evde, şehir merkezine uzak, ulaşımı zor bir köyde yaşamaktadır. 05.12.2019 tarihinde düşme öyküsü olan A... Hanım ortopedi kliniğinde tedavi gördükten sonra 13 Mart 2020 de taburcu olmuştur.

Taburculuk sonrası baş ağrıları ve tansiyon değerlerinde sürekli dalgalanmalar yaşamıştır. Hekimin değerlendirmesi sonucunda hipertansiyon tanısı konulmuş ve Norvasc tab. 2x1 kullanmaya başlamıştır. İlaçlarını düzenli kullanmayan A... -hanım 20.04.2020 tarihinde evde beyin kanaması geçirmiş ve yoğun bakıma alınmıştır. Bilinci açık, oryante, ancak yaşam aktivitelerinde yarı bağımlıdır. Solunum güçlüğü ve hırıltılı solunumu vardır. Bu nedenle maske ile oksijen tedavisine başlanmıştır. Hastanın orali açık R-3 tuzsuz diyeti vardır. Ağız içinde yara olduğu için yeterli beslenememektedir. Bu nedenle IV Cabiven tedavisine başlanmıştır. 90 kg olan A... hanım 2 haftada 8 kilo vererek 82 kiloya düşmüştür ve gün geçtikçe kilo kaybı yaşamaktadır.

İdrar boşaltımı için mesane kateterizasyonu (foley sonda) uygulanmıştır. İdrarın görünümü berrak, saman rengindedir. A... hanımın 26.04.2020 tarihinde günlük sıvı alımı 2040ml (1540cc IV, 200cc su, 100 cc çorba, 200cc meyve suyu). Son 24 saatlik idrar çıkışı toplam: 1500 cc' dir. Pozisyon verilirken kateterin basınç altında kalmasına bağlı genital bölgede kızarıklık ve ödem (ödem derecesi:+2) oluşmuştur. Bununla birlikte, bakımını sürdüren hemşiresi çok terlemeye bağlı yatak takımlarının ıslandığını ve kırıksıklıklar oluştuğunu gözlemlemiştir.

Yaşam bulguları: vücut sıcaklığı: 36°C, nabız: 88/dk, solunum: 24/dk, kan basıncı: 170/90 mmHg, Oksijen saturasyonu %92 ve ağrı puanı 4 (0-10 ağrı skalasına göre). (20.04.2020 saat:10:15). A... Hanım baş ağrısı olduğunu ve 3 gündür ishali olduğunu belirtmiştir.

Yoğun bakım ünitesinde bakımını sürdüren hemşiresi, A... Hanım' ın gün içerisinde sürekli esnediği ve göz altında morluklar oluştuğunu gözlemlemiş ve bu gözlemini A... Hanım ile paylaşmıştır. A... Hanım da, "Evimde 8-9 saat uyurdum ama burada en fazla 2 saat uyuyabiliyorum, yalnız kalmaktan çok korkuyorum, geceleri kabus görüyorum, hiç kapanmayan ışıklar beni rahatsız ediyor, uykuya dalmamı kolaylaştıran ilaç verebilir misiniz?" demiştir.

Kullandığı ilaç tedavisi:

- Nazal O₂ 4litre/dk
- Combivent 2X1 puff İnhaler



- Norvacs 10mgr 2X1 PO
- Beloc 50mgr 2x1 PO
- Clexane 4000IU 2X1 SC
- Precort-20 mg ampul 3x10mg IV puşe
- Cabiven 1440ml/24 saatlik IV infüzyon
- Perlinganit ampul 10mgr/10ml 24 saatlik IV infüzyon (100ml medifleks içinde saatte/5cc ile başlayınız)

*A... hanımın ilaç tedavisini hazırlayan hemşire sizsiniz. İlaçları hazırlama, uygulama sırasında ve sonrasında dikkat edilmesi gereken noktaları kontrol doğru ilkelerini vakada verilen bilgilere göre yazınız/tartışınız.

*Hekim isteminde verilen ilaçlara ilişkin bilgileri, bakım planı belgeleri içinde yer alan “İlaç Formu” na göre doldurunuz.

*Hastanızın ilaç tedavisini hemşire gözlem formuna uygulama saatlerini düzenleyerek ekleyiniz ve kayıt işlemini gerçekleştiriniz (İlaç kartı hazırlama notlarından yararlanabilirsiniz).

*Nazal oksijen kullanımı diğer ilaçların kullanımına ilişkin dikkat edilecek önemli parametreleri ilaç formuna yazınız.

*Precort-20 mg ampul 3x10mg IV puşe verilecek ilacın hazırlanışını ayrıntılı anlatınız (20mgPrecort toz içeren ampul+2ml çözücü ampul).

*Cabiven ve Perlinganit infüzyon sıvılarını, sıvı izlem formu ile takip ediniz.

05.05.2020 tarihinde genel durumu iyileşen A... hanımın 08.05.2020 tarihinde taburcu edilmesine karar verilmiş ve taburculuk eğitimi için evde bakımda yapılacak hemşirelik girişimleri planlanmaya başlanmıştır. A... hanımın ağız içi yaraları devam etmekte ve oral yoldan beslenememektedir. Hekim, beslenme hemşiresi ve diyetisyenden oluşan bir ekiple beslenmesinin evde nazogastrik sonda aracılığıyla devam etmesine karar verilerek, A... hanıma nazogastrik sonda (NGS) takılmıştır. A... hanımın hemşiresi olarak, bakım vericisi olan kızına Nazogastrik sondayla (bolus yoluyla-enjektörle) nasıl besleneceği, beslenme sürecinde hangi konulara dikkat etmesi gerektiği ile ilgili taburculuk eğitimi vermeniz gerekmektedir.

*Taburculuk eğitimi için bakım verici D... hanıma NG sonda ile beslenme işlem basamaklarını anlatınız, riskli ve dikkat edilecek noktaları **gerekçeleriyle** yazarak açıklayınız.

Yoğun bakım tedavisi tamamlanan 08.05.2020 tarihinde taburcu olan A.. hanıma hekimin reçete ettiği ilaçlar şöyledir;

Diltizem 90 mg tablet 2X1 (NGS ile) (eczaneden verilen ilaç 30 mglik tabletler halindedir). Hastanıza günde **toplamda** kaç tablet vermelisiniz? İlaç hesaplamasını detaylı şekilde yapınız

Zofran 8 mg 3X1 P.O (Zofran 100 ml'lik şişe 4 mg /5 ml) .Hastanıza bir seferde toplam kaç ölçek (1ölçek 5cc) Zofran vermelisiniz. Detaylı olarak hesaplama yapınız ve sonucu yazınız. Beslenmesinin devamı için; Ensure Vanilya Aromalı 250 ml 6 X “30 ml su - 120 ml Mama-30ml su” olacak şekilde beslenmesi devam edecektir.

KTÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİHEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI DERSİ

HASTA TANILAMA VE BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Tanıtıcı Özellikleri:

Adı Soyadı:
Protokol numarası:
Uyruğu: TC () Diğer ().....
Doğum Tarihi/Yaş:
Cinsiyet:
Dini İnancı:
Sosyal Güvencesi: ()Yok ()Var:
Eğitim Durumu:
Mesleği:
Medeni Durumu: Bekar() Evli()
Çocuk Sayısı:
Birlikte yaşadığı kişiler:
Eşinin Mesleği (Evli ise):

Öğrenci Hemşire:
Görüşme Tarihi/ Saati:
Bilgi Kaynağı: Kendisi() Yakını() Sağlık Elemanı()
Dosyası() Diğer()
Acil durumda ulaşılabilecek bireyin adı soyadı:

Adres/Tel:

Hastaneye Yatış Tarihi:
Yattığı Servis:
Oda Numarası:
Tıbbi Tanısı:

Hastanın Sağlık/ Hastalığa İlişkin Bilgileri:

Nereden Geldi?: Ev() Acil() Yoğun Bakım()
Diğer().....
Servise Geliş Şekli: Yürüyerek() Tekerlekli Sandalye()
Sedye()
Bulaşıcı hastalık: Yok() Var().....
Alerjiler: Yok() Var() İlaç().....
Yiyecek:..... () Kimyasal:.....
Kan Grubu:.....
Daha önceden kan transfüzyonu oldu mu?
Evet() Hayır ()
Kan transfüzyonu oldu ise reaksiyon gelişti mi? Evet () Hayır
()
Şimdi Hastaneye Yatış Nedeni / Şikayetleri:
Daha önce hastaneye yattı mı? Hayır()Evet ()
Nedeni:.....

Geçmiş Hastalık/Ameliyat/ Kaza Öyküsü:
Türü:..... Zamanı:.....
Sonucu:

Alışkanlıkları:
Sigara.....paket/gün
Alkol.....miktar/gün/hafta
Diğer.....

**Aile Sağlık/ Hastalık Öyküsü (aile üyelerinin sağlık/
hastalık durumlarına ilişkin detaylı bilgi)**
Anne:
Baba:
Kardeş:
Yakın akraba:

Sürekli Kullandığı İlaçlar:

Adı Dozu Kullanım nedeni Kullanım süresi

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Aile ile Görüşme (Hasta Yanında Görüşülmeyecek):

-Hastalık Hakkında Bilgileri:

-Hastanın Önemli Sorunları- Gereksinimleri:

-Evdeki Bakım Olanakları:

Hastalığın Tedavisi, Prognozu ve Hemşirelik Bakımı:**Tedavisi ve Prognozu:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hemşirelik Bakımı:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TIBBİ TANI FORMU

Hastanın Tıbbi Tanısı:.....

Hastalığın Risk Faktörleri:

.....
.....
.....
.....

Bireye Özgü Diğer Veriler:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hastalığın Belirti-Bulguları:

.....
.....

Yararlanılan Kaynaklar:

.....
.....
.....
.....

YAŞAM SÜRESİ

(Konsepsiyon ile başlayan ve ölüme kadar süren, kişinin yaşam bütünlüğünü oluşturan Yaşam Modelinin temel ögesidir.)

Bireyin içerisinde bulunduğu yaşam evresinin özelliklerini bireye özgü değerlendiriniz.

.....
.....
.....
.....
.....

Hasta birey yaşam süresi içerisinde hangi evrede/ dönemde yer almaktadır, işaretleyiniz.

- Doğum Öncesi (Anne karnındaki 9 aylık evre)
 Bebeklik Dönemi (0-2 yaş)
 Oyun Çocuğu Dönemi (3-6 yaş)
 Çocukluk Dönemi (6-10 yaş)
 Ergenlik Dönemi (11-17 yaş)
 Gençlik Dönemi (18- 24 yaş)
 Erişkinlik Dönemi (25-65 yaş)
 Orta Yaş Dönemi(66-79 yaş)
 Yaşlılık Dönemi (80 yaş ve üzeri)
 Ölüm Evresi

YAŞAM AKTİVİTELERİ

1. GÜVENLİ ÇEVRENİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ AKTİVİTESİ

Bilişsel algılama

Bilinç: Uyanık() Konfüzyon() Laterjik() Stupor() Koma()

Oryantasyon: Yer() Kişi() Zaman()

Bellekte bozulma: Var() Yok()

Glaskow Koma Skalası

GÖZ AÇIMI	VERBAL (SÖZEL)	MOTOR
1.Göz açımı yok	1. Yanıt yok	1. Yanıt yok
2. Ağrılı uyarı açar	2. Anlaşılmaz sesler	2. Ağrıya ekstansör cevap
3.Sözel uyarı ile açar	3. Anlamsız kelime	3. Anormal fleksör cevap
4.Spontan açık	4. Dezoryante	4. Ağrıya fleksör cevap
	5. Oryante	5. Ağrıya lokalize eder
		6. Emirlere uyuyor
Total skor		
15: oryante, 13-14: konfüze, 8-13:stupor, 3-8:perikoma, 3:koma		

Duyuşsal Algılama

Görme: Normal() hipermetrop() miyop() astigmat() çift görme() bulanık görme() katarakt()

glakom(): Hangi gözde:.....

Gözlük/lens: kullanmıyor() kullanıyor(), özellikleri: süresi:

Göz enfeksiyonu bulguları:.....

Göz için kullanılan ilaçlar:.....

Tanımlayınız:

Işık Refleksi: pozitif () negatif () Kornea refleksi: pozitif () negatif ()

İşitme:

İşitme: normal () az () işitme kaybı () Hangi taraf:.....

İşitme cihazı: kullanmıyor () kullanıyor (), sağ/sol, süresi, tipi, şikayetleri:.....

Kulak enfeksiyonu belirtileri:.....

Tat alma:.....

Koku alma:.....

Dokunma/hissetme: normal () az () aşırı () açıklayınız:

Ağrı:

Hastanın ağrı ifadesi: “.....”

Ağrı: Yok () Var () Akut () Kronik () Çok az () Biraz () Ağrıyor () Çok ağrıyor () Dayanılmaz ()

Ani / şiddetli () Yakıcı () Belli / belirsiz () Zonklayıcı () Sancı () Bıçak saplanıyor () Rahatsız edici ()

Sıklığı:.....Süresi:.....

Yeri :.....Yayılışı:.....

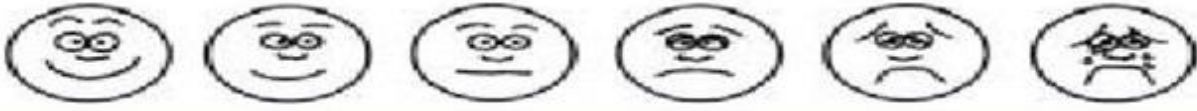
Ağrı ile eşlik eden şikayetler/ yakınmalar:

Ağrıyı azaltan faktörler:

Ağrıyı arttıran faktörler:

Genel olarak sağlığınız nasıldır?

() çok iyi () iyi () biraz kötü () çok kötü



Yok(0)

Çok Az (2)

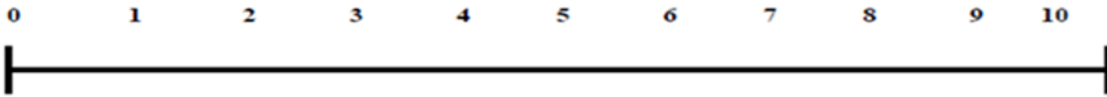
Biraz (4)

Ağrıyor (6)

Çok (8)

Dayanılmaz (10)

Görsel ağrı skalası puanı:



VAS Ağrı skalası puanı:

Değerlendirme: Hastalar için elde edilen değerlerin ortalaması alınır. 1-4 puan, hafif ağrı, 4 saatte bir değerlendirilir.

5-6 puan orta şiddette ağrı, 2 saatte bir değerlendirilir. 7 ve üzeri puan şiddetli ağrı, saatte bir değerlendirilir.

Ağrının hastada yarattığı diğer durumlar:

Çene-yumruk sıkma () Ajitasyon () Ağrılı bölgeyi tutma-ovma () Postür değişikliği ()

Gözlerinin sıkıca kapalı/açık olması () Bulantı/kusma () Uykusuzluk ()

Hastanın daha önce ağrısını gidermek için kullandığı yöntemler:.....

İlaç Tedavileri

Uygulanan ilaç tedavisi:

Önerilen tedavilere uyumu:

Travma Risk Faktörleri

Yaralanmaya neden olacak risk faktörlerini tanımlayınız:

Koruyucu uygulamaları tanımlayınız(yatak kenarlığı, hareket kısıtlaması, izolasyon, refakat..vb) :

Çevredeki Tehlikelerden ve Kazalardan Korunma durumunu tanımlayınız:

Risk faktörleri:

Enfeksiyon riski ().....

Yaralanma riski () Basınç yarası riski ()

Nöbet geçirme() Düşme riski ()

İtahi düşme riski ölçeği puanı:.....

Kanama riski () Antikoagülan kullanımı()

Hastaneden kaçma riski ()

Çevresine zarar verme riski ()

Kendine zarar verme riski ()

Kendine zarar verme öyküsü()

Yetişkin Hastalar İçin İtahi Düşme Riski Ölçeği

RİSK FAKTÖRLERİ		PUAN
Minör Risk faktörleri	65 yaş ve üzeri	1
	Bilinç kapalı	1
	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var	1
	Kronik hastalık öyküsü var.*	1
	Ayakta veya yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği) gereksinimi var.	1
	Üriner-fekal inkontinasi var.	1
	Görme durumu zayıf	1
	Günlük 4'ten fazla ilaç kullanımı var.	1
	Hastaya bağlı 1 veya 2 adet bakım ekipmanı var.**	1
	Yatak korkulukları bulunmuyor veya çalışmıyor.	1
Yürüme alanında fiziksel engel(ler) var.	1	
Majör Risk Faktörleri	Bilinç açık koopere değil	5
	Ayakta veya yürürken denge problemi var.	5
	Baş dönmesi var.	5
	Ortostatik hipotansiyonu var.	5
	Görme engeli var.	5
	Bedensel engeli var	5
	Hastaya bağlı 3 ve üzerinde bakım ekipmanı var.**	5
Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5	
<input type="checkbox"/> Düşük Risk	Toplam Puanı 5 'in altında	Toplam
<input type="checkbox"/> Yüksek Risk	Toplam Puanı 5 ve 5 'in üstünde (Dört yapraklı yonca figürü kullanılır.)	
*Kronik hastalıklar: Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar **Hasta Bakım Ekipmanları: IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren, Perfüzyatör, Pacemaker vb. ***Riskli İlaçlar:Psikotropolar, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiyabetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.), Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar		

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

2. İLETİŞİM AKTİVİTESİ

Şu anki sağlığını değerlendirme:

Hastalığa yaklaşımı/ hastalığı kabul etme durumu:

Tedavi/ bakıma yaklaşımı (reddetme/öfke/inanma...):

Sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kurmada sorun yaşama: Hayır () *Evet ()

*Tanımlayınız:“.....”

Diğer hastalar ile iletişim kurmada sorun yaşama:

Hayır () *Evet ()

*Tanımlayınız:“.....”

Hastalık ve hastanede yatma durumunun, hasta yakını/ ailenin yaşamını etkilemesi:

Hayır () *Evet ()

*Tanımlayınız:“.....”

İletişim kurabilmek için yardıma gereksinim:

Hayır () *Evet ()

*Tanımlayınız:“.....”

İletişim Güçlüğü:

Konuşmada () İşitmede () Anlamada () Görmede ()

Varsa tanımlayınız:“.....”

Konuşamamaya sebep olan engellerin olması (endotrakeal entübasyon/ trakeostomi/

yüz cerrahisi/ solunum yetmezliği/ beyin hasarı vb. nedenleriyle baş, yazınız):

.....

Öğrenme Engelleri:()Yok ()Dil farklılığı ()Motivasyon eksikliği ()Anksiyete ()Depresyon ()Zihinsel yetersizlik

Uygunsuz/anlamsız konuşma/Kekeleme/Telaffuz problemi: Hayır () *Evet ()

*Tanımlayınız:.....

Çevresel uyarılar (Gürültü, tedavi saatleri, hastane ortamı, vb): Hayır () *Evet ()

*Tanımlayınız:“.....”

Uyarıların azalması (izolasyon, vb):

Yalnızlık duygusunun ifade edilmesi:

Kullanılan alternatif iletişim özelliği/ Sözel olmayan iletişim teknikleri:

- Genel Görünümü/Beden Duruşu:.....
- Göz iletişimi: Var () Yok ()
- Duruma uygun yüz ifadesi ve mimikler: Var () Yok ()
- Aktif Dinleme: Var () Yok ()
- Ses tonu, vurgu ve duraklaması:
- Dokunma/sarılma/elini tutma gibi durumları kabul etme durumu: Hayır () Evet ()

Tanımlayınız:

Bireyin algıladığı herhangi bir gerginlik durumu: Korku () Anksiyete() Huzursuzluk ()

Ruhsal durumunda değişiklik-depresif, meraklı:

Enerjisini kendine yöneltme yeteneği-hareketsizlik:

Bireyin kendine ait farkındalığı, düşünceleri (Beden bilinci, bireysel kimliği):

Hastalık sonrası bedeninde değişimlerin olduğunu düşünüyor mu? Hayır () *Evet ()

*Bedeninde görünür bir değişim varsa (amputasyon, kolostomi,ameliyat izi, alçı vb) bu değişimleri nasıl değerlendiriyor?(Olumlu-olumsuz duygularını irdeleyiniz)

- Bölgeye bakmama () - Bölgeden utanma() - Bölgeyi saklama davranışı()
- Kendine güvensizlik (ben yapamam, başaramam vb) () -Göz temasından kaçınma() -İçe kapanıklık-ağlama()

Tanımlayınız:.....

Stres ve problemi ile baş etmek için kullandığı yöntemler:

- () Ağlama () Dua etme () Duyguları paylaşma () Bilgi edinme () Alkol/sigara içme () Bir şeyler yeme
- () Dikkati başka alanlara yöneltme () Yürüyüş/egzersiz yapma () Solunum egzersizi yapma () Banyo yapma
- () Soruna yönelik kitap okuma () İlaç kullanma- ilacın adı:
- () Diğer.....

Birey kendini nasıl değerlendiriyor? (kendinizi nasıl tanımlarsınız?, kendi özelliklerinizi beğeniyor musunuz?, başkaları sizi nasıl tanımlar?, hastalık sonrası değiştiğinizi düşünüyor musunuz? vb sorularla değerlendirilebilir)

“.....”

Sizce hastalanmanıza ya da şu anda hastanede yatmanıza ne sebep oldu? (Bu soruda hastanın şu anki durumuna gelmesinde kendisini suçlama eğilimini değerlendirmeye çalışınız)

“.....”

Geleceğe ilişkin plan yapma durumunu değerlendiriniz(hastaneden çıkınca ne yapmayı planlıyorsunuz? Gelecekte beklerseniz?):

“.....”

İyileşmeye yönelik istekliliğin olmaması.

Duygulanımda azalma (sevinme, üzüme vb tepkilerinde azalma):

BİREYE ÖZGÜ EKLEMELERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

3. SOLUNUM AKTİVİTESİ

Solunum sıkıntısı: Yok () Var () Tanımlayınız:.....

Ne zaman:

Rahatlama Durumu (Nasıl rahatlıyor?): Tanımlayınız:

Öksürük: Yok (), var () Tanımlayınız:.....

Balgam: Yok (), var () Tanımlayınız:.....

Sekresyon () (çıkaramama durumu, miktar, çıkarma sıklığı, renk, koku vb)

Açıklayınız:.....

Sayı: /dk. Oksijen saturasyonu:.....

Ritmi: düzenli () düzensiz () çabalı ()

Derinliği: normal () yüzeysel () derin ()

Şekli: Hiperventilasyon () Hipoventilasyon () Takipne () Bradipne () Wheezing () Apne () Dispne ()

Ortopne () Biot solunum ()

Yardımcı solunum kaslarının kullanımı ():Süresi/kullanım sıklığı vb:

Yardımcı solunum cihazlarının kullanımı ()

Burun akıntısı () Burun Tıkanıklığı () Pnömotoraks / Hemotoraks() Siyanoz () Hemoptizi ()

Trakeostomi () Trakeotomi ()

Oksijen kullanımı: yok () var () açıklayınız:

Maske/nazal, miktarılt/dk

Mekanik ventilatör () Nebulizatör () BBAP () CBAP ()

Göğüs tüpü () sağ / sol

Aspirasyon (solunum yollarına bir cisim/sekresyon kaçma) riski: yok (), var () açıklayınız:

Kardiyovasküler sistem:

Nabız:Nabız hızı:/dk. Taşikardi () Bradikardi ()

Nabız alınan yer:

Radial arter sağ ():...../dk Radial arter sol ():/dk

Apikal nabız ():/dk Diğer:Yeri:/dk

Ritmi düzenli (), düzensiz (), aritmik ()

Nabız dolgunluğu: Simetrisi:

Kapiller dolum: normal-zamanında() gecikmiş kapiller dolum()

Kan basıncı:.....sağ kol () /sol kol () **Nabız basıncı:**.....

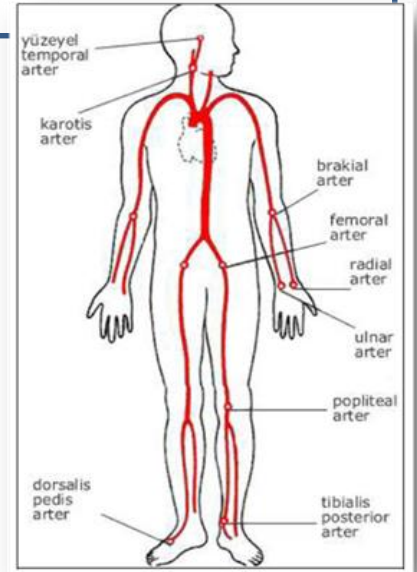
Hipotansiyon () Hipertansiyon () Ortostatik Hipotansiyon ()

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMSİRELİK TANILARI

4. BESLENME AKTİVİTESİ

Yiyecek Alım Yolu: Hiç almıyor() Oral() Enteral() Parenteral () Diğer ()
):.....
Oral almyorsa



sebebi:.....

Parenteral ise yeri: () IV yol () santral kateter () port kateter

Parenteral besin adı-içeriği (TPN):.....

Beslenme durumu: Kendisi besleniyor () Yardıma gereksinimi var ()

Diyeti :..... Diyete uyma durumu:

Günlük öğün sayısı (Günlük 5 besin grubunu alım durumu ve bu konudaki bilgi düzeyini de değerlendiriniz):

Normal beslenme alışkanlığı:

Hoşlandığı yiyecekler:.....

Hoşlanmadığı yiyecekler:.....

Sık ve çok tüketilen yiyecekler:.....
 İştah durumu: değişiklik yok () iştahta artma (), azalma (), Hazımsızlık () sebebi:.....
 Günlük tuz tüketimi:.....
 Hastalık ya da hastanede yatma beslenme düzenini etkiledi mi?.....
 () Gastrostomi () N/G Enteral beslenme planı:.....

Kilo:Boy:..... BKI:..... Kaşeksi () Obezite ()
 Kilo değişikliği var mı?..... Kaç aydır var?..... Neden?

Beslenmeyi Engelleyen Faktörler: Oral Lezyonlar() Ağız kokusu() Diş çürüğü() Ameliyat() Yutma Güçlüğü()
 Bilinç Durumu () Fiziksel Güçsüzlük() Protez diş() İlaç ve alkol tüketimi() Emzirme()

Ağız Boşluğu Dahil, Doku ve Mukoz Membran Bütünlüğü

<u>Ruhsal Durum</u> Dikkatli..... 0 Apatik.....1 Sakin.....2 Koopere değil.....3	<u>Sıvı Yiyecek Alımı</u> İyi.....0 Yetersiz diyet.....1 Yalnızca sıvı.....2 Sıvı alımı yok.....3	<u>Dişler/Dişteli/Protez diş</u> Temiz ve travma yok.....0 Travma var..... 1 Protez diş var.....2 Sınırlı diş teli hareketi..... 3
<u>Dudaklar</u> Düzensiz ve nemli.....0 Kuru ve çatlak.....1 Kanıyor.....2 Yaralanmış.....3	<u>Dil</u> Pembe ve nemli.....0 Paslı.....1 Parlak/kırmızı.....2 Çatlamış/kabarıklık var.....3	<u>Tükürük</u> Var ve sulu.....0 Koyu.....1 Yetersiz.....2 Yok.....3
<u>Mukoz Membran</u> Pembe ve nemli.....0 Kırmızı ve paslı.....1 Beyaz bölgeler var.....2 Yaralanmış.....3	<u>Hastanın Yaşı</u> 16-29.....0 30-49.....1 50-69.....2 70 ve üstü.....3	<u>Havayolu</u> Normal.....0 Oksijen tedavisi.....1 Nebulizasyon tedavisi.....2 Ağızdan solunum yapma.....3 Oral entübasyon.....4
<u>Ek Göstergeler</u> Yüksek doz antibiyotik.....4 Steroidler.....4 Radyoterapi.....4 Diyabet.....4 Anemi/sitotoksik ilaçlar.....4 Baskılanmış ümmin sistem.....4	<u>Risk Puanı Değerlendirme</u> 30 ve üstüYüksek Risk 24-29.....Orta Risk 23 ve altı.....Düşük Risk	

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMSİRELİK TANILARI

5.BOŞALTIM AKTİVİTESİ

Uriner Boşaltım

İdrara çıkma şekli, kontrolde güçlük var mı?

İdrar Rengi : Kokusu :
 Miktarı : Dansitesi : Ph:

İdrar yolu enfeksiyonu, böbrek sorunu öyküsü: Yok () Var () açıklayınız:.....

İdrar yaparken ağrı() Zorlanma() Damla damla idrar() İnkontinans () İdrar kateteri ()

Hematüri() Dizüri() Poliüri() Oligüri() Pollaküri() Retansiyon () Anüri () Noktüri () Glob ()

Boşaltım şekli: Foley kateter (), Suprapubik kateter (), Prezervatif sonda (), Hemodiyaliz (), Periton diyaliz ()

İdrarda renk değişikliği:..... İdrarda olağan dışı koku:.....

Diüretik kullanımı:.....

Sıvı kısıtlaması ya da sıvı yüklemesi var mı?.....neden?.....

Günlük sıvı alımı:.....

Bağırsak boşaltımı

Barsak boşaltım şekli-sıklığı, özelliği:

Dışkı özelliği: Normal() Melena() Fekal inkontinans() Kötü kokulu dışkı () Diyare () Konstipasyon () :kaç gündür?:.....

Antidiyaretik kullanma durumu()

Lavman / laksatif kullanma()

Dışkılama alışkanlığı (günlük gaita sıklığı):.....

Boşaltım yapılan yer: Yatakta () Tuvalette () Güç, ağırlı defekasyon ()

Boşaltım yolu: Anal () Kolostomi () İleostomi ()

Ne kadar süredir stoması var:.....

Stoma bölgesi enfeksiyon varlığı ()

Stoma bakımını kim yapıyor:.....

Stoma bakım bilgisi var mı?:....., kimden aldı:.....

Tuvalete: Kendisi gidiyor () Birey yardımı gerekiyor ()

Boşaltım için özel bir diyet uyguluyor mu?

Rektal ağrı / dolgunluk () Karın ağrısı () Hemoroid () Kramp () Gaz / gerginlik Hissi ()

Rektal Kanama() Tanımlayınız.....

Abdomen fiziksel değerlendirme:

Bağırsak sesleri:...../dk

Karında asit varlığı () Karında ağrı ile beraber kas spazmı () Öksürük ile karında ağrı ()

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMSİRELİK TANILARI

6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME AKTİVİTESİ

	Yeterli düzeyde	Yetersiz düzeyde	Bağımsız	Bağımlı	Bilgi gereksinimi
Ağız hijyeni					

Saç hijyeni					
Banyo yapma					
Ayak temizliği					
Tırnak temizliği					
Tuvalet hijyeni					
Menstruasyon Hijyeni					

()Mevsimine uygun giyinme

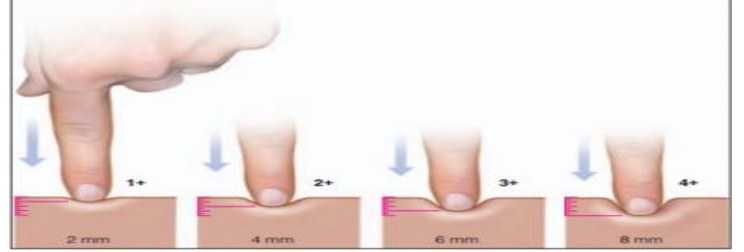
Giyinmede zorluk yaşıyor mu?.....

Deri

Turgor: ()Normal ()Dehidrate

Deride renk değişikliği: Soluk () Siyanotik() Sarı()

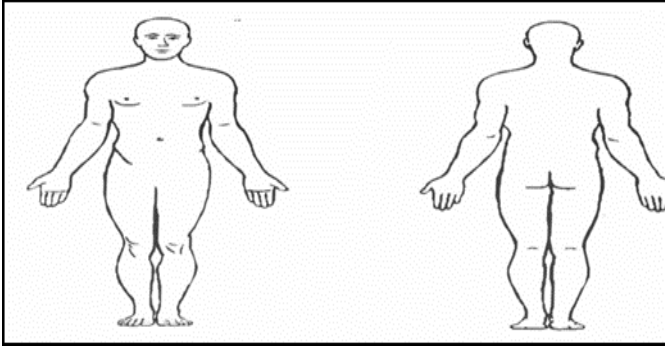
() Ödem Ödem derecesi:.....



oreksiya() Diyabet() Anemi () Hipotansiyon ()

Serebrovasküler olay() Ödem() Travma() Periferik vasküler hastalık() Yaşlılık() Hareket kısıtlılığı()

Yatağa bağımlılık () Büyük ameliyat () Steroid kullanımı () Hipotermi () Tüp ile beslenme ()



Basınç Yarası: Yer (yandaki resimde işaretleyiniz):

Büyüklük: Derecesi:

() Kuruluk () Kaşıntı () Tırnak değişikliği

Tanımlayınız:.....

BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16'dan az olması basınç ülseri riskini gösterir)						
Duyu / algı	Nem	Aktivite	Hareketlilik	Beslenme	Sürtünme	Toplam
Tamamen sınırlı 1	Sürekli nemli 1	Yatağa Bağımlı 1	İmmobil 1	Çok kötü 1	Problem 1	
Çok sınırlı 2	Çok nemli 2	Sandalye 2	Çok Sınırlı 2	Yetersiz 2	Olası problem 2	
Hafif Sınırlı 3	Arasıra nemli 3	Ara sıra yürüyor 3	Hafif Sınırlı 3	Yeterli 3	Problem yok 3	
Bozulma yok 4	Nadiren nemli 4	Sık sık yürüyor 4	Sınırlama yok 4	Çok iyi 4	Bozulma yok 4	

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENENHEMŞİRELİK TANILARI

7. VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ AKTİVİTESİ

Vücut Sıcaklığı:.....

Ölçüm yeri

() Aksiller () Frontal () Timpanik () Rektal () Temporal () Oral () Diğer.....

() Terleme durumu () Üşüme durumu

() Sıcak/ soğuk uygulama, Tanımlayınız:.....

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

8.HAREKET AKTİVİTESİ

Genel yaşam tarzı: Aktif () Sedanter ()

Egzersiz/sporyapmadurumu: Hayır () Evet () Egzersiz (tipi, sıklığı, süresi):.....

Üst ekstremiteler: sorun yok () var () Tanımlayınız:

Alt ekstremiteler: sorun yok () var () Tanımlayınız:

Harekette zorlanma: Hayır () Evet () Tanımlayınız:

Yorgunluk () Güçsüzlük () Enerji kaybı () Tanımlayınız:.....

Postür: Kifoza () Skolyoz () Kifoskolyoz () Huni göğüs () Fıçı göğüs ()

Hareket sınırlılığına neden olan faktörler: Mutlak yatak istirahati () Kramp () Tremor () Kırık () Ekstremiteler kaybı ()

Tanımlayınız:.....

() Hareketi/ aktiviteyi tolere edememe durumu (Bireyi aktivite sırasında ve aktiviteden en az 3 dk sonra güçsüzlük, ağrı, çabuk yorulma, dengesiz yürüme, baş dönmesi, dispne, solunum ve nabız hızı yönünden gözleyiniz, kaydediniz):.....

Mobil destekleyici araç: yürüteç () baston () tekerlekli sandalye () korse () koltuk değneği ()

Eklemlerin durumu: kızarıklık () hassasiyet () şişlik () hareket kısıtlılığı () krepitus () deformite () kontraktür () ağrı () eklemlerde şişlik- hassasiyet () ısı artışı ()

Günlük yaşam aktivitelerine yanıtı: yorgunluk (), efor dispnesi (), diğer ():

Renk: soluk (), siyanoze (), kızarıklık ()

Kas gücü değerlendirme

Kas gücü derecesi:

KAS GÜCÜ DEĞERLENDİRME SKALASI

Derece	Normal Gücün Yüzdesi	ÖZELLİĞİ
0	0	Kasta hiç kontraksiyon olmaması, paralizi
1	10	Hareket yoktur
2	20	Hareket edebilir, fakat yerçekimini yenemez.
3	50	Ancak yerçekimini yenecek kadar hareket eder.
4	75	Hafif kuvvet azlığı vardır. Yerçekimini ve minimal düzeydeki direnci yener.
5	100	Normal kuvvet

Kuvvet:

Üst ekstremité: Eşit () Eşit Değil () Kuvvetli () Orta () Zayıf ()

ROM: Tam () Sınırlı ()

Alt ekstremité: Eşit () Eşit Değil () Kuvvetli () Orta () Zayıf ()

ROM: Tam () Sınırlı ()

Pleji / paralizi () hemipleji () parapleji () Tanımlayınız:.....

Aşağıda verilen faaliyetleri yapabilme yeteneğini algılama:

	0	1	2	3	4	
Yeme-içme						Düzye 0: Bağımsız Düzye 1: yardımcı araçlarla Düzye 2: Başkalarının yardımı ile Düzye 3: Başka kişinin ve araçların yardımı ile Düzye 4: Tamamen bağımlı
Banyo- yıkanma						
Giyinme- çeki düzen						
Tuvalete gitme						
Yatak içi mobilite						
Ulaşım						
Yürüme –gezinme						
Merdiven çıkma						
Alışveriş yapma						
Yemek pişirme						
Evin bakımı						

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

9. ÇALIŞMA VE EĞLENME AKTİVİTESİ

Çalışma durumu: Hayır() Evet(), Mesleği:.....

Çalışma süresi; haftada gün ve günde.....saat

()Geliri giderini karşılıyor ()Geliri giderine eşittir ()Geliri giderini karşılamıyor

Sosyal güvencesi (SGK, Bağkur, Yeşilkart, Özel Sigorta):.....

Hastaneye yatış çalışma hayatını nasıl etkiledi(Tanımlayınız):.....

Hastaneye yatmadan önce boş zamanlarında yaptığı aktiviteler (Tanımlayınız):.....

Hastaneye yatışı bu aktiviteleri yapmasını engelliyor mu (Tanımlayınız):.....

Hastaneye yatışı süresince yapmaktan hoşlandığı aktiviteler (Tanımlayınız):.....

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME AKTİVİTESİ

Hastalığınız ve tedavi durumunuz cinsel yaşamınızı etkiledi mi? () Evet () Hayır

Cinsel sağlığınıza ilişkin herhangi bir sorun yaşıyor musunuz? () Evet () Hayır

Cinsel istismara maruz kalma durumu: () Evet () Hayır

KADIN	ERKEK
Menstrüasyonsiklüsü: ()Düzenli.... ()Düzensiz.... Kontraseptif Kullanma durumu: Hayır() Evet* () Kontraseptif Yöntemi: Gebelik Durumu: Yok () Var () Hafta Hamile kalma sayısı: Düşük sayısı: Menopoz girme durumu: Evet() Hayır () Herhangi bir sorun (ağrı/akıntı/kaşıntı/vajinal kanama, vb) yaşama durumu: Kendi kendine meme muayenesi: ()Bilmiyor () Biliyor* () Biliyor vesıklıkla gerçekleştiriyor.	Ürolojiye hiç gittiniz mi? () Evet () Hayır Üreme organı ile ilgili herhangi bir sorun yaşama durumu (kızarıklık, kanama, akıntı, prostat, vb): Kendi Kendine Testis Muayenesi: () Bilmiyor () Biliyor () Biliyor vesıklıkla gerçekleştiriyor.

Konu ile ilgili açıklamak istediğiniz bir şey var mı?

Hastanın görüşmede soruları cevaplama durumu: ()Girişken ()Çekingen ()Utangaç ()Saldırgan

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILAR

11. UYKU VE DİNLENME AKTİVİTESİ

Genel uyku alışkanlığı:

Gece:St/Gün, Gündüz:St/Gün

Uyurken kullanıldığı yastık sayısı:.....

Gün boyunca uyku hali() Uykuya dalmada güçlük() Gece uyanma()

Erken uyanma () Uykusuzluk() Tanımlayınız:.....

Uyumak/dinlenmek için kullandığı yöntemler (süt içme, müzik dinleme, kitap okuma, sessiz ortam, tv seyretme, yataktan Kalkma vb.):.....

Ne kadar sürede uykuya dalarsınız?

Uykuya başlama problemi? Rüya? Erken uyanma?.....

Hastalık/ hastanede yatış uyku alışkanlığını etkisi (etkileme sebeplerini yazınız):.....

Uykusuzluk yaşıyorsa nedenleri:

Uyandıığında dinlenmiş hissetme/yorgunluk hissetme:

Hastane ya da hastalık durumu bu aktiviteleri ne kadar engelledi:.....

Uyku apnesi() Tanımlayınız:

Dinlenmiş Bir Görünüm () İrritabilite () Ajitasyon () Laterji () Gün boyu rahat edememe()

Yürürken yorgunluk () Yürürken Esneme () Göz Çevresinde Morluk () Dikkat Süresinde Azalma ()

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

--

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

--

BAĞIMLI BAĞIMSIZLIK DİZGESİ

Bireyin zaman içerisindeki sağlık/ hastalık durumundaki değişimini/ gelişimini bağımlılık, yarı bağımlılık ve bağımsızlık dizgesinde işaretleyerek, kendi cümlelerinizle kısaca özetleyiniz.

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	BAĞIMLI					YARI BAĞIMLI					BAĞIMSIZ				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi															
2.İletişim															
3.Solunum															
4.Beslenme															
5.Boşaltım															
6.Kişisel temizlik ve giyinme															
7.Vücut sıcaklığının kontrolü															
8.Hareket															
9.Çalışma ve eğlenme															
10.Cinselliği ifade etme															
11.Uyku ve dinlenme															

Tarih	YA/Öncelik Sırası	TANILAMA		PLANLAMA			UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
		SEMPATOM (Tanımlayıcı kriterler)	ETYOLOJİ (İlişkili Faktörler)	Amaç	Beklenen Hasta Sonuçları(NOC) / Hedefler	Planlanan Hemşirelik Girişimleri (NIC) (Numaralandırılacak)	**Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	Subjektif ve Objektif Değerlendirme Sonuçları
							.	
		HEMŞİRELİK TANISI*						

*Hemşirelik Tanısını yazılırken; “ETİYOLOJİK FAKTÖR .bağlı/ilişkin/ilişkili HEMŞİRELİK TANISI” şeklinde ifade edilmelidir.

**UYGULAMA bölümünde uygulanan hemşirelik girişimlerinin numaraları yazılmalı, hemşirelik girişimleri sayfanın arkasında yer alan “UYGULAMA” bölümüne detaylı olarak yazılmalıdır.

UYGULAMA (Uygulanan Hemşirelik Girişimleri)

*Her bir hemşirelik girişiminin sonuna tarih, saat ve parafınızı atınız.

ÖNCELİK SIRASINA GÖRE HEMŞİRELİK TANILARI LİSTESİ

ÖNCELİK SIRASI	HEMŞİRELİK TANISI	AKTİVİTE ADI
<u>1</u>		
<u>2</u>		
<u>3</u>		
<u>4</u>		
<u>5</u>		
<u>6</u>		
<u>7</u>		
<u>8</u>		
<u>9</u>		
<u>10</u>		

İLAC FORMU

İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			

İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			

Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			

SIVI İZLEM FORMU

1. SIVI			2. SIVI		
Sıvının Cinsi:.....			Sıvının Cinsi:.....		
İçindeki İlaç:.....			İçindeki İlaç:.....		
DDS:.....saatlik ml:.....			DDS:.....saatlik ml:.....		
Tarih:.....			Tarih:.....		
Sıvı Tedavisinde İzlenmesi Gereken Durumlar:			Sıvı Tedavisinde İzlenmesi Gereken Durumlar:		
Saat	Sıvı Seviyesi	Hastaya Giden Miktar	Saat	Sıvı Seviyesi	Hastaya Giden Miktar

HASTA TABURCU VE EĞİTİM FORMU

Adı Soyadı:		Bölümü:	
Doğum Tarihi:		Oda No:	
Dosya No:		Tanı/Teşhis:	
Hastanın Mevcut Yaşam Koşulları	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor <input type="checkbox"/> Eşi ile yaşıyor <input type="checkbox"/> Diğer		
Evde bakımına yardımcı kimse var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet, evetse kim:	
Hastanın taburculuktan sonra gideceği yer neresidir?			
Hasta/yakınına taburcu olacağının bildirilmesi	Tarih/saat:	Hemşire imza	
Hasta hastalığı ile ilgili bilgilendirme formu verildi	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Hasta Taburculuğu Sırasında Yapılması Gerekenler <ul style="list-style-type: none">• Hastanın hazırlanmasına yardım edilmesi,• Varsa eşyalarının teslimi,• Gerekirse dolaşım bozukluğu belirtilerinin öğretilmesi, bu belirtiler görülürse hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi,• Gerekli ise hastanede yaptırılan egzersizlere evde de devam etmesinin söylenmesi,• Enfeksiyon belirtilerinin öğretilmesi, bu belirtilerin görülmesi halinde hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi.			
Çıkış Durumu (sevk, şifa,...)			
Taburculuk Sonrası İlaç Tedavisi İlaçlar, kullanım zamanı ve miktarı 1. 2. 3.			
Diyet Tedavisi:			
Egzersiz Tedavisi:			
Dikkat Etmesi Gereken Noktalar:			
Özel Uyarılar:			
Kontrole Geleceği Tarih:			
Gerektiğinde İrtibat Kurabileceğiniz Telefon Numaraları		Hemşire adı/soyadı İmza	

NOT: Hazırlanan tüm video ve formlar tek bir dosyada hazırlanıp laboratuvarında grup sorumlu hocanızın e-mail adreslerine gönderiniz. Araş. Gör. Dr. Betül Bayrak hocanın grup öğrencileri ödevlerini Araş. Gör. Aysun Bayram'ın e-mail adresine gönderiniz. Kolaylıklar dileriz. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Şüle Bıyık Bayram sbayram@ktu.edu.tr

Dr. Öğr. Üyesi Aysel Özşaban ayselozsaban@ktu.edu.tr

Araş. Gör. Dr. Yeter Kurt yeterkurt@ktu.edu.tr

Araş. Gör. Çiğdem Gamze Özkan cgozkan@ktu.edu.tr

Araş. Gör. Aysun Bayram aysunbayram@ktu.edu.tr