



T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
YETİŞKİN HASTALAR İÇİN HEMŞİRELİK HİZMETLERİ  
HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU



Adı Soyadı		Yatış Tarihi	...../...../20.....
Dosya No		Yatış Saati	.....:.....
Bölüm		Çıkış Tarihi	...../...../20.....

Cinsiyeti	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	Kullandığı Lisan	
Yaş		Eğitimi	
Kilo/Boy		Mesleği	

Ön Tıbbi Tanı	
---------------	--

Geldiği Yer	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> .....Kliniği <input type="checkbox"/> Diğer.....
-------------	--

Birime Geliş Şekli	<input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Sedyeye <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye
--------------------	--

Allerjisi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (belirtiniz).....
Kronik Hastalıklar	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Diğer:.....
Ailesel Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (belirtiniz) .....
Geçirilmiş Hastalıklar/Operasyonlar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (belirtiniz) .....
Sürekli Kullandığı	<input type="checkbox"/> Diş Protezi <input type="checkbox"/> Kalp Pili <input type="checkbox"/> İnsülin Pompası <input type="checkbox"/> Diğer:.....

Alışkanlıklar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Varsa Belirtiniz	<input type="checkbox"/> Sigara(Sıklığı/ miktarı)..... Süresi.....ay/yıl
	<input type="checkbox"/> Alkol (Sıklığı/ miktarı)..... Süresi.....ay/yıl
	<input type="checkbox"/> Madde(Belirtiniz.....)(Sıklığı/ miktarı)..... Süresi.....ay/yıl
	<input type="checkbox"/> Diğer:.....

Kan Grubu	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Rh (+) <input type="checkbox"/> Rh (-)
Daha önce kan transfüzyonu uygulandı mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Evetse Reaksiyon gelişti mi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (açıklayınız).....

**Gerektiğinde iletişim kurulabilecek kişinin**

Adı – Soyadı	
Yakınlık derecesi	
Telefon	Ev: _____ Cep: _____
Adres	

**GÜVENLİ ÇEVREYİ SAĞLAMA**

<input type="checkbox"/> Hasta bilekliği takıldı	<b>0<sub>2</sub> sistemi</b> <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Hastaya servis tanıtıldı	<b>Pencereler</b> <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Hasta odası tanıtıldı	<b>Yatak frenleri</b> <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Yatak kenarlıkları yukarıda	
<input type="checkbox"/> Yatak başı düzeni sağlandı	<b>Refakatçi gereksinimi</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var

**KISITLAMA İHTİYACI**

Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?

- Hayır  
 Evet

(Evet ise *Hasta Güvenliğinin Sağlanması Talimatı* uygulanır.)

**İZOLASYON**

İhtiyaç var mı?

- Yok  Var

Varsa, İzolasyon Şekli

Temas İzolasyonu



Damlacık İzolasyonu



Solunum İzolasyonu



Diğer(Belirtiniz).....

**İLETİŞİM****İŞİTME/KONUŞMA**

- Konuşabiliyor  
 Konuşamıyor  
 Duyuyor  
 Az Duyuyor  
 Duymuyor  
 İşitme Cihazı  
 Diğer (Belirtiniz).....

**GÖRME**

- Görüyor  
 Görmüyor  
 Kızarıklık  
 Akıntı  
 Şaşılık  
 Lens  
 Protez Göz  
 Gözlük  
 Diğer (Belirtiniz).....

**DUYGUSAL/PSİKOLOJİK**

- Sorun yok  
 Sedatize  
 Endişeli  
 Ajite  
 Diğer (Belirtiniz).....

**KARDİYO VASKÜLER**

- Sorun yok  
 Siyanoz  
 Hipertansiyon  
 Göğüs Ağrısı  
 Senkop  
 Çarpıntı  
 Pretibial Ödem  
 Varis  
 Diğer (Belirtiniz) .....

**SOLUNUM**

- Sorun yok  
 Hemoptizi  
 Siyanoz  
 Hırıltılı  
 Wheezing  
 Balgam (Belirtiniz).....  
 Öksürme(Belirtiniz).....  
 Solunum Güçlüğü(Belirtiniz).....  
 Yardımcı Solunum Araçları (Belirtiniz).....

**BOŞALTIM****ÜRİNER**

- Sorun yok  
 Anüri  
 İnkontinans  
 Poliüri  
 Pollaküri  
 Hematüri  
 Dizüri  
 Noktüri  
 Diğer (Belirtiniz).....

**GASTROİNTESTİNAL**

- Sorun yok  
 Bulantı  
 Kusma  
 Melena  
 Ağız kokusu  
 Hematemez  
 Hemoroid  
 İshal Günde.....kez  
 Konstipasyon ..... Günde.....kez  
 Diğer (Belirtiniz).....

**BESLENME**

Kendisi besleniyor  Yardıma gereksinimi var  Yemek seçiyor(belirtiniz).....

**İştah**  İyi  Orta  Zayıf  Bulantı/Kusma  Diğer(Belirtiniz) .....

**Beslenme Şekli**  Oral  I.V  NG  Diğer(Belirtiniz) .....

**Son altı ayda istemsiz kilo kaybı var mı?**  Hayır  Evet (Açıklayınız).....

**VÜCUT SICAKLIĞI****Özel giyinme tercihi** Yok  Var (Açıklayınız).....**Özel örtünme alışkanlığı** Yok  Var (Açıklayınız).....**UYKU**

Günde.....saat uyur  
 Düzenli  
 Düzensiz  
 Uyuma Güçlüğü  
 Uyumasını kolaylaştıran uygulamalar  
.....

**HAREKETLİLİK**

Sorun Yok  
 Immobil  
 Kısıtlama Altında  
 Dengesizlik, kuvvetsizlik  
 Paralizi  
 Hemipleji  
 Baston  
 Yürüteç  
 Protez  
 Değnek

**KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME****CİLT** Sorun Yok

Soluk  
 Nemli  
 Kuru  
 Kızarıklık  
 Kaşıntı  
 Döküntü  
 Peteşi  
 Ekimoz

Ödemli  
(Belirtiniz).....  
 Yara  
(Belirtiniz).....  
 Bası yarası  
(Belirtiniz).....

**AĞIZ/DİL** Sorun Yok

Aft  
 Monilya  
 Pashı dil  
 Diş çürüğü  
 Ağız kokusu  
 Diğer(Belirtiniz).....

**ÇALIŞMA VE EĞLENCE**

Okuma Alışkanlığı:.....  
Radyo/ TV :.....  
Diğer(Belirtiniz) :.....

**CİNSELLİĞİ İFADE ETME**

Cinsel sorun ifade  Etmiyor  Ediyor (Belirtiniz).....  
Diğer(Belirtiniz):.....

Genel Görünüm kimliği ile uyumlu  Hayır  Evet  Diğer(Belirtiniz).....

**ÖLÜM**

Ölüm korkusu veya ölümlle ilgili konuşuyor.  Hayır  Evet

Özel dini/kültürel gereksinimleri.....

**SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR**

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

**HASTA/HASTA YAKININDAN TESLİM ALINAN İLAÇ/ MALZEME**

İlaç/ Malzemenin Adı	İlaç/ Malzemenin Miadı	İlaç/ Malzemenin Miktarı	İlaç/ Malzemeyi Teslim Eden imza	İlaç/ Malzemeyi Teslim Alan İmza

## HASTA VE/VEYA REFAKATÇİ EĞİTİMİ

Hasta şu anki yatış nedenini biliyor mu?  Hayır  Evet (belirtiniz).....

Cevap hayır ise, sağlık problemi ve tedavi planı hakkında öğrenmek istediği konular

Hastanın Öğrenmesini Engelleyecek faktörler	Engellere Çözümler	Eğitim Yöntemleri
<input type="checkbox"/> Engel yok <input type="checkbox"/> Bedensel engel (Ağrı, ateş vb) <input type="checkbox"/> Algılama bozukluğu <input type="checkbox"/> Dil farklılığı <input type="checkbox"/> Psikolojik faktörler <input type="checkbox"/> İşitme-konuşma eksikliği/kaybı <input type="checkbox"/> Eğitim almaya isteksizlik <input type="checkbox"/> Diğer(belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Eğitim öncesi ilaç verilmesi <input type="checkbox"/> İçeriği sınırlama <input type="checkbox"/> Çevirmen bulma <input type="checkbox"/> Gözden geçirme/tekrarlatma <input type="checkbox"/> Uygun eğitim materyali kullanma <input type="checkbox"/> Aileden birini eğitme <input type="checkbox"/> Güven ve destek sunma <input type="checkbox"/> Sosyal hizmet uzmanından destek alma	<input type="checkbox"/> Sözlü anlatım <input type="checkbox"/> Yazılı materyal <input type="checkbox"/> Görsel eğitim <input type="checkbox"/> Uygulamalı/uygulamalı eğitim <input type="checkbox"/> Grup eğitimi

### EĞİTİM KONULARI

<input type="checkbox"/> Birim ve hasta odalarının tanıtılması (Tuvalet, banyo, yatak kullanımı, hemşire çağrı sistemi vb)	<input type="checkbox"/> Visit, kahvaltı ve yemek saatleri, ziyaret saatleri ve kuralları
<input type="checkbox"/> Hasta ve hasta yakınlarının uyması gereken kurallar	<input type="checkbox"/> Kişisel bakım ve el hijyeni
<input type="checkbox"/> Evsel atık ve tıbbi atık arasındaki farklar	<input type="checkbox"/> Tedavi şekilleri ve ilaçların güvenli kullanımı
<input type="checkbox"/> Tedavi sırasında oluşabilecek yan etkiler	<input type="checkbox"/> Tetkik ve girişimsel işlemler
<input type="checkbox"/> Hastanın diyeti	<input type="checkbox"/> Tıbbi cihazların efektif kullanımı(Nebul vb)
<input type="checkbox"/> Kötü alışkanlıkları bırakma	<input type="checkbox"/> Ameliyat, ameliyat öncesi ve sonrası dönemle ilgili bilgi
<input type="checkbox"/> Hastanın egzersizleri(Solunum, öksürük vb.)	<input type="checkbox"/> Anne sütü ve emzirme eğitimi
<input type="checkbox"/> Ağrı yönetimi	<input type="checkbox"/> Bakıma ilişkin dikkat edeceği hususlar
<input type="checkbox"/> Kan transfüzyonunda oluşabilecek yan etkiler	<input type="checkbox"/> Pansuman ve yara bakımı
<input type="checkbox"/> Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi	<input type="checkbox"/> Hasta düşmelerinin önlenmesi
<input type="checkbox"/> Hasta hakları ve sorumlulukları	<input type="checkbox"/> Diyabet eğitimi
<input type="checkbox"/> Hasta ve ailesine kimlik tanımlayıcı (bileklik) kullanımı, korunması, değiştirilmesi ve çıkarılması	Diğer .....

Gereksinim saptanan konu ile ilgili Sosyal Hizmetler Biriminden .....kişi ile .....tarih.....saatte görüşüldü.

**GÖRÜŞME YAPILAN  
HASTA/HASTA YAKINI  
(Adı Soyadı/İmza )**

**GÖRÜŞMEYİ YAPAN HEMŞİRE  
(Adı Soyadı/İmza)**

**Bu kısım hasta taburcu olurken doldurulacaktır.**

<b>HASTA/HASTA YAKINI TABURCU EĞİTİMİ</b>	
Hastanın Mevcut Yaşam Koşulları	<input type="checkbox"/> Eşi ve/veya çocukları ile yaşıyor
	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor
	<input type="checkbox"/> Diğer(Açıklayınız.....)
Evde Bakıma Yardımcı Kimse Var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır
	<input type="checkbox"/> Evet Evet ise kim?.....
Hastalığı Hakkında Bilgisi Var	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Hastanın Taburcu Olduktan Sonra Gideceği Yer.....	
Hasta/Yakınına Taburcu Olacağıın Bildirilmesi	Tarih/Saat:
Bilgi Verilen Kişi	<input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Eşi <input type="checkbox"/> Çocukları <input type="checkbox"/> Diğer.....
<b>TABURCULUK EĞİTİM KONULARI</b>	
<input type="checkbox"/> Hastanın hastalığı ile ilgili bilgi	<input type="checkbox"/> Ameliyat/yara yeri pansumanı
<input type="checkbox"/> Hastanın hazırlanmasına yardım, varsa eşyasının teslimi	<input type="checkbox"/> Banyo şekli
<input type="checkbox"/> Dolaşım bozukluğu belirtileri	<input type="checkbox"/> İlaçların kullanımı
<input type="checkbox"/> Evde yapılması gereken egzersizler	<input type="checkbox"/> Kontrol günü
<input type="checkbox"/> Enfeksiyon belirtileri	<input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz .....
<input type="checkbox"/> Hastalıklardan korunma ve hijyen	.....
<input type="checkbox"/> Diyeti (Serbest ve yasak gıdalar)	.....
<input type="checkbox"/> Cinsel Yaşam	.....)
Hasta/hasta yakınına eğitim konuları ile ilgili broşür verildi. <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

**EĞİTİM VERİLEN**  
**Hasta/Hasta Yakını**  
**Adı Soyadı/İmza**

**EĞİTİM VEREN HEMŞİRE**  
**Adı Soyadı/İmza**

**HASTA/HASTA YAKININA TESLİM EDİLEN İLAÇ/ MALZEME**

İlaç/ Malzemenin Adı	İlaç/ Malzemenin Miadı	İlaç/ Malzemenin Miktarı	İlaç/ Malzemeyi Teslim Alan imza	İlaç/ Malzemeyi Teslim Eden İmza