

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	

Gerektiğinde iletişim kurulabilecek kişinin	
Adı – Soyadı	
Yakınlık derecesi	
Telefon	Ev: Cep:
Adres	

Ön 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 <input type="checkbox"/> Küvöz
--------------------	---

Allerjisi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İlaç..... <input type="checkbox"/> Yiyecek..... <input type="checkbox"/> Diğer(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:.....
Sürekli Kullandığı İlaç ve/veya Cihazlar	1)..... 5)..... 2)..... 6)..... 3)..... 7)..... 4)..... 8).....

Ailesel Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz)
---------------------	--

Geçirilmiş Hastalıklar/ Operasyonlar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz)
--------------------------------------	--

Alışkanlıklar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz).....
---------------	---

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).....

GÜVENLİ ÇEVREYİ SAĞLAMA
TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

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

KISITLAMA İHTİYACI

Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	(Evet ise <i>Hasta Güvenliğinin Sağlanması Talimatı</i> uygulanır.)
--	--	---

İZOLASYON

İhtiyaç var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Varsa, İzolasyon Şekli	<input type="checkbox"/> Temas <input type="checkbox"/> Sıkı Temas <input type="checkbox"/> Damlacık <input type="checkbox"/> Solunum <input type="checkbox"/> Diğer(Belirtiniz).....

KARDİYO VASKÜLER	SOLUNUM
<input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Senkop <input type="checkbox"/> Çarpıntı <input type="checkbox"/> Pretibial Ödem <input type="checkbox"/> Varis <input type="checkbox"/> Üfürüm <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> Hemoptizi <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Hırıltılı <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Apne <input type="checkbox"/> Balgam (Belirtiniz)..... <input type="checkbox"/> Öksürme(Belirtiniz)..... <input type="checkbox"/> Solunum Güçlüğü(Belirtiniz)..... <input type="checkbox"/> Yardımcı Solunum Araçları (Belirtiniz).....

BOŞALTIM

ÜRİNER	GASTROİNTESTİNAL
<input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Glob vezikale <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Ağız kokusu <input type="checkbox"/> Hematemez <input type="checkbox"/> Hemoroid <input type="checkbox"/> İshal Günde.....kez <input type="checkbox"/> Konstipasyon günde.....kez <input type="checkbox"/> Distansiyon <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz).....

BESLENME

<input type="checkbox"/> Kendisi besleniyor <input type="checkbox"/> Yardıma gereksinimi var <input type="checkbox"/> Yemek seçiyor(Belirtiniz).....
<input type="checkbox"/> Anne sütü alıyor <input type="checkbox"/> OG/NG ile besleniyor <input type="checkbox"/> Diğer(Belirtiniz).....
İştah <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Bulantı/Kusma <input type="checkbox"/> Diğer(Belirtiniz)
Beslenme Şekli <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> NG/OG <input type="checkbox"/> Diğer(Belirtiniz)
Son altı ayda istemsiz kilo kaybı var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Açıklayınız).....

VÜCUT SICAKLIĞI

Özel giyinme tercihi	Özel örtünme alışkanlığı
<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız).....	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız).....

UYKU	HAREKETLİLİK
Günde.....saat uyur. <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Uyuma Güçlüğü <input type="checkbox"/> Uyumasını kolaylaştıran uygulamalar (Belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Immobil <input type="checkbox"/> Bebek henüz yürümüyor <input type="checkbox"/> Kısıtlama Altında <input type="checkbox"/> Dengesizlik, kuvvetsizlik <input type="checkbox"/> Paralizi <input type="checkbox"/> Hemipleji <input type="checkbox"/> Baston <input type="checkbox"/> Yürüteç <input type="checkbox"/> Protez <input type="checkbox"/> Koltuk Değneği <input type="checkbox"/> Yardımla yürüyor

KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME

CİLT		AĞIZ/DİL
<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Döküntü <input type="checkbox"/> Peteşi <input type="checkbox"/> Ekimoz	<input type="checkbox"/> Ödemli (Belirtiniz)..... <input type="checkbox"/> Yara (Belirtiniz)..... <input type="checkbox"/> Bası yarası (Belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Aft <input type="checkbox"/> Monilya <input type="checkbox"/> Paslı dil <input type="checkbox"/> Diş çürüğü <input type="checkbox"/> Ağız kokusu <input type="checkbox"/> Diğer(Belirtiniz).....

ÇALIŞMA VE EĞLENCE (Hasta bebekse bu kısmı doldurmayınız)

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

CİNSELLİĞİ İFADE ETME (Hasta bebekse bu kısmı doldurmayınız)

Cinsel sorun ifade	<input type="checkbox"/> Etmiyor	<input type="checkbox"/> Ediyor (Belirtiniz).....	
Genel görünüm kimliği ile uyumlu	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Diğer(Belirtiniz).....

ÖLÜM (Hasta bebekse bu kısmı doldurmayınız)

Ölüm korkusu veya ölümle ilgili konuşuyor.	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Özel dini/kültürel gereksinimleri:.....		

BASI YARASI RİSKİNİ ÖLÇME (Braden Q Bası Yarası Skalası-5 yaş altındaki çocuklar için)

KATEGORİ					Puan
Hareketlilik	1. <u>Tamamen Hareketsiz (1 Puan)</u>	2. <u>Çok sınırlı (2 Puan)</u>	3. <u>Hafif sınırlı (3 Puan)</u>	4. <u>Sınırlılık yok (4 Puan)</u>	
Aktivite	1. <u>Yatağa bağımlı (1 Puan)</u>	2. <u>Sandalyeye bağımlı (2 Puan)</u>	3. <u>Ara sıra yürüyor (3 Puan)</u>	4. <u>Sık sık yürüyor ya da yürümek için çocuk çok küçük (4 Puan)</u>	
Duygusal Algılama	1. <u>Tamamen sınırlı</u> Ağrılı uyarılara tepkisi yoktur (1 Puan)	2. <u>Çok sınırlı</u> Yalnızca ağrılı uyarılara tepki verir (2 Puan)	3. <u>Hafif sınırlı</u> Sözel uyarılara tepki verir, ancak sıkıntısını ifade edemez (3 Puan)	4. <u>Bozulma yok</u> Kendisini ifade etmesini engelleyen herhangi bir duygusal yetersizliği yoktur (4 Puan)	
Nem	1. <u>Sürekli Nemli</u> Deri ter, idrar, drenaj ve benzeri nedenlerle her zaman nemlidir (1 Puan)	2. <u>Sıklıkla nemli</u> Yatak çarşaflarının her 8 saatte en az bir kez değiştirilmesi gerekir (2 Puan)	3. <u>Arasına nemli</u> Yatak çarşaflarının 12 saatte bir değiştirilmesi gerekir (3 Puan)	4. <u>Nadiren nemli</u> Çocuğun bezleri rutin olacak şekilde, yatak çarşafları ise 24 saatte bir değiştirilir (4 Puan)	
Sürtünme-Yırtılma	1. <u>Önemli sorun</u> Spastisite, kontraktürler ya da ajitasyon sürekli sürtünmeye yol açar (1 Puan)	2. <u>Sorun</u> Yatak ya da sandalyede sık sık aşağı doğru kayar ve yeniden pozisyon alabilmek için maksimum düzeyde yardıma gereksinim duyar (2 Puan)	3. <u>Potansiyel problem</u> Sandalye ya da yatakta nispeten iyi bir pozisyonda kalabilir ancak bazen aşağı doğru kayar (3 Puan)	4. <u>Görünen problem yok (4 Puan)</u>	
Beslenme	1. <u>Çok kötü</u> 5 Günden uzun süredir ağızdan Rejim I veya IV sıvı alır. Albümin değeri 2,5mp/dl'nin altındadır. Sıvı alımı kötüdür (1 Puan)	2. <u>Yetersiz</u> Yaşa göre yetersiz mineral sağlayan sıvıları tüple ya da TPN ile alır. Bazen destekleyici diyet alır (2 Puan)	3. <u>Yeterli</u> Yaşa göre yeterli kalori ve mineral sağlayan öğünlerin yarısından fazlasını yer, gıda desteğine ihtiyaç duymaz (3 Puan)	4. <u>Mükemmel</u> Yaşa göre yeterli kalori sağlayan normal diyet ile beslenir (4 Puan)	
Doku Perfüzyonu ve Oksijenizasyon	1. <u>Tamamen yetersiz</u> Hipotansiftir ya da hasta fizyolojik olarak pozisyon değişimini tolere edemez (1 Puan)	2. <u>Yetersiz</u> O ₂ Satürasyonu <%95, Hb <10mg/dl, kapiller geri dolun süresi >2sn, serum Ph <7,40'dır (2 Puan)	3. <u>Yeterli</u> O ₂ Satürasyonu <%95, Hb <10mg/dl, kapiller geri dolun süresi 2sn, serum Ph normaldir (3 Puan)	4. <u>Mükemmel</u> O ₂ Satürasyonu >%95, Hb normaldir, kapiller geri dolun süresi <2sn'dir (4 Puan)	

RİSK DEĞERLENDİRMESİ**TOPLAM**

RİSK	PUAN	YAPILMASI GEREKEN FAALİYET
DÜŞÜK Risk	17 ve ↑	Haftada bir kez bası yarısı riskini yeniden ölç + Bası Yarısı Önleme Talimatını uygula.
YÜKSEK Risk	16 ve ↓	Her gün bası yarısı riskini yeniden ölç + Bası Yarısı oluşma belirtisi var ise gerekli hemşirelik girişimlerini uygula

BASI YARASI RİSKİNİ ÖLÇME (Norton Bası Yarası Skalası- 5 yaş üzeri çocuklar için)

Fiziksel Durum	Puan	Mental Durum	Puan	Aktivite	Puan	Mobilite	Puan	İnkontinans	Puan	Toplam
İyi	4	Açık	4	Yürüyor	4	Tam	4	Yok	4	
Orta	3	Apatik	3	Yardımla yürüyor	3	Hafif kısıtlı	3	Bazen	3	
Zayıf	2	Konfüze	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok kısıtlı	2	Genellikle/idrar	2	
Çok kötü	1	Stupor	1	Stupor	1	İmmobil	1	İdrar ve gaita	1	

RİSK	PUAN	YAPILMASI GEREKEN FAALİYET
RISK YOK	12 ve ↑	Haftada bir kez bası yarası riskini yeniden ölç + Bası Yarası Önleme Talimatını uygula.
YÜKSEK RISK	1-11	Her gün bası yarası riskini yeniden ölç + Bası Yarası oluşma belirtisi var ise gerekli hemşirelik girişimlerini uygula.

- | | | | | |
|--|---|---|--|---|
| 1)...../...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 2)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 3)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 4)/...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı | 5)...../...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı |
| 6)...../...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 7)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 8)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 9)/...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı | 10)...../...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı |
| 11)...../...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 12)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 13)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 14)/...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı | 15)...../...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı |
| 16)...../...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 17)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 18)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 19)/...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı | 20)...../...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı |
| 21)...../...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 22)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 23)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 24)/...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı | 25)...../...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı |
| 26)...../...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 27)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 28)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 29)/...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı | 30)...../...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı |
| 31)...../...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 32)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 33)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 34)/...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı | 35)...../...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı |
| 36)...../...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 37)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 38)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 39)/...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı | 40)...../...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı |
| 41)...../...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 42)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 43)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 44)/...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı | 45)...../...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı |
| 46)...../...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 47)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 48)/...../.....
PUAN :
Hemşire Adı-Soyadı | 49)/...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı | 50)...../...../.....
PUAN:
Hemşire Adı-Soyadı |

ÇOCUKLAR İÇİN DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (Harizmi Düşme Riski Ölçeği)

Değerlendirme Zamanı	<input type="checkbox"/> İlk Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Postoperatif Dönem	<input type="checkbox"/> Hasta Düşmesi	<input type="checkbox"/> Bölüm Değişikliği	<input type="checkbox"/> Durum Değişikliği					
	İlk Değerlendirme	Post Op Dönem	Hasta Düşme Olayı	Bölüm Değişikliği	Durum Değişikliği 1	Durum Değişikliği 2	Durum Değişikliği 3	Durum Değişikliği 4	Durum Değişikliği 5	Durum Değişikliği 5
/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Nörolojik hastalığı/semptomu var (<i>Epilepsi, mental retardasyon, konvülsiyon, denge bozukluğu, Kooperasyon bozukluğu vb</i>)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Oksijenlenme değişikliği var (<i>Solumum hastalıkları, dehidratasyon, anemi, anoreksi, senkop,baş dönmesi, asidoz, ödem,hipotansiyon vb.</i>)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Düşme riski açısından özellikli hastalığı/semptomu var (<i>Cam kemik hastalığı, hemofili, trombositopeni,İdiopatik trombositopenik purpura</i>)	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Hasta uygun yatakta yatırılmıyor	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Görme engeli var	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hastaya bağlı 3 ve üstünde bakım ekipmanı var (<i>IV infüzyon, solunum cihazı, kalıcı kateter, dren, Perfüzatör, pacemaker vb.</i>)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Ayakta/yürürken fiziksel desteğe(<i>yürüteç, koltuk değneği,kişi desteği vb</i>) ihtiyacı var	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hasta post-op ilk 48 saatlik dönemde	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Riskli ilaç kullanımı var (<i>Hipnotikler, barbitüratlar, nöroleptikler, antidepresanlar, laksatifler/düretikler, narkotikler, kemoterapotikler, sedatifler, antihipertansifler, antidiyabetikler</i>)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
TOPLAM PUAN										
DEĞERLENDİRMEYAPAN HEMŞİRE ADI-SOYADI										

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU

<input type="checkbox"/> Düşük Risk	Toplam puan 15'in altında
<input type="checkbox"/> Yüksek Risk	Toplam puan 15 ve 15'in üstünde olan hastalar ile 0-6 yaş hastalar yüksek riskli kabul edilir ve Hasta Güvenliğinin Sağlanması Talimatına göre hemşirelik girişimleri uygulanır.

NOT: Risk değerlendirmesi, hastanın başka bir bölüme transferinde, postoperatif dönemde, düşme olaylarında ve durum değişikliklerinde tekrarlanacak ve kaydedilecektir.

HASTANIN MEVCUT AĞRI DURUMU

