



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	O₂ 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 frenleri <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Yatak kenarlıkları yukarıda	
<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?**

-
- 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		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	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> İmmobil <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"/> Değnek

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"/> Pashı dil <input type="checkbox"/> Diş çürüğü <input type="checkbox"/> Ağız kokusu <input type="checkbox"/> Diğer(Belirtiniz).....

ÇALIŞMA VE EĞLENCE

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

CİNSELLİĞİ İFADE ETME

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

ÖLÜM

Ölüm korkusu veya ölümle ilgili konuşuyor. <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> 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

- Engel yok
- Bedensel engel (Ağrı, ateş vb)
- Algılama bozukluğu
- Dil farklılığı
- Psikolojik faktörler
- İşitme-konuşma eksikliği/kaybı
- Eğitim almaya isteksizlik
- Diğer(belirtiniz).....

Engellere Çözümler

- Eğitim öncesi ilaç verilmesi
- İçeriği sınırlama
- Çevirmen bulma
- Gözden geçirme/tekrarlatma
- Uygun eğitim materyali kullanma
- Aileden birini eğitme
- Güven ve destek sunma
- Sosyal hizmet uzmanından destek alma

Eğitim Yöntemleri

- Sözlü anlatım
- Yazılı materyal
- Görsel eğitim
- Uygulamalı/uygulamalı eğitim
- 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	<input type="checkbox"/> Basınç yarası ve önlenmesi
Diğer	

Gereksinim saptanan konu ile ilgili Sosyal Hizmetler Birimindenkişi iletarih.....saatte görüşüldü.

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

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

