**BAKIM PLANI VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

**TANITICI ÖZELLİKLER**

**Adı Soyadı: Oda No:**

**Cinsiyeti: Protokol No:**

**Doğum Yeri / Tarihi: Yatış Tarihi:**

**Medeni Durumu: Sosyal Güvencesi:**

**Çocuk Sayısı: Kilosu:**

**Eğitim Durumu: Boyu:**

**Mesleği: BKİ:**

**Tanı: Şikayetleri:**

**Alışkanlıkları:**

**Sigara …………………………………………. Alkol ……………………………**

**Diğer………………………………………………………………………………………**

**Alerjileri:**

**Besin:………………………………. İlaç……………………………………………**

**Özgeçmişi:………………………………………………………………………………**

**Soy Geçmişi:……………………………………………………………………………..**

**Hastalığını Kabul Etme Durumu:**

Ediyor: Kısmen Ediyor Etmiyor

**Tedaviyi Kabul Etme Durumu:**

Ediyor: Kısmen Ediyor Etmiyor

**Yaşam Bulguları:**

Solunum: Vücut Isısı: Tansiyon: Nabız:

**FİZİK MUAYENE FORMU**

(Hastalığın tipine, yaşa ya da öyküden çıkan sonuçlara göre ekleme yapılabilir)

Genel görünüm, giyim, hijyen:………………………………………………………………….

Ağız mukoza membranı (rengi, nemi, lezyon):…………………………………………………

Dişler Takma Diş………….. Çürük Diş…………….. Diş Kaybı……………..

Fısıltıyı Duyma……………………………………………………………………………..

Yakın Mesafeden Okuma………………………… Gözlük………………………………….

Nabız………………………………………….….. Ritmi……………………………………

Solunum……………… Derinliği………… Ritmi……….. Solunum Sesleri…………..

Kan Basıncı………………………………………………………………………………………

El Sıkma…………………………… Kalemi Yerden Alabilme………………………….

Eklem Hareketleri…………………… Kas Kuvveti……………………………………...

Deri………… Kemik Çıkıntıları…………. Lezyonlar………… Renk Değişikliği………

Yürüyüş……………... Postür………………. Bedenin Bir Kısmında Kayıp…………………

Aşağıdaki aktiviteleri uygulama becerisi (düzey belirleyin kodlayın)

Beslenme……………………………………………………………………………………

Banyo………………………………………………………………………………………..

Tuvalete gitme……………………………………………………………………………….

Yatak hareketleri……………………………………………………………………………..

Giyim…………………………………………………………………………………………

Genel duruma özen……………………………………………………………………………

Genel hareket şekli……………………………………………………………………………

Pişirme…………………………………………………………………………………………

Ev işlerini sürdürme……………………………………………………………………………

Alış veriş………………………………………………………………………………………..

İntravenöz drenaj, suction vb.

Mevcut kilosu……………….. belirttiği ağırlık……………………..

Boyu…………………………. Beden ısısı…………………………..

Hemşirelik öyküsü alırken muayene ederken:

Oryantasyonu……………. Soruları ve fikirleri kavrama………………

Konuştuğu dil……………. Ses tonu ve konuşma……………………

Göz iletişimi…………………. Dikkat süresi(düzensizlik-distraction)

Sinirli ya da sakin (1’den 5’ e kodla) 1………………………………5

Asertif ya da pasif (1’den 5’ e kodla) 1………………………………5

Aile bireyleri bakımını yapan kişi ve diğerleri (varsa )ilişkileri………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adı Soyadı: | | |  |  |  | Numarası: | |  |  | Tarih: |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hastanın** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adı- Soyadı: | | | |  |  | Yaş: |  |  |  | Yatış Tarihi: | |  |
| Protokol No: | | | |  |  | Kilo: |  |  |  | Yatış Saati: | |  |
| Bölüm: | | |  |  |  | Boy: |  |  |  | Çıkış Tarihi: | |  |
| Cinsiyeti: | | | |  |  | Eğitimi: |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  | Mesleği: |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Geldiği Yer:** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ev: | | |  | Yoğun Bakım: | |  |  | Acil: |  | Diğer: |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Birime Geliş Sekli:** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yürüyerek: | | | |  |  | Tekerlekli Sandalye: | | |  | Sedye: |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Alerjisi:** | | |  |  | Alerjisi Varsa Belirtiniz: | | |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kronik Bir Hastalığı Var mı:** | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DM: | | |  | HT: |  | KOAH: |  | Kalp Yetmezliği: | |  | KBY: |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ailesel Hastalık:** | | | |  |  | Var: |  |  | Yok: |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Daha önce geçirilmiş olan hastalık-operasyon var mı?** | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| Yok: | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Var:(Belirtiniz) | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Takma Diş: | | | | Kalp Pili: | | Kalp Kapakçığı: | |  | Diğer: |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | Var |  |  | Sigara: |  |  |  |  |  |
| **Alışkanlıklar:** | | | |  | Varsa Belirtiniz: | | Alkol: |  |  |  |  |  |
|  | | |  | Yok |  |  | Madde: |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | Diğer: |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kan Grubu:** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Daha Önce Kan Transfizyonu Olmuş Mu: | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ön Tıbbı Tanısı:** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dekübit Riskinin Değerlendirilmesi** | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiziksel Durum: | | | |  |  | Mental Durum: | |  | Yürüme Durumu: | |  |  |
| İnkontinans: | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hastanın kendisine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı:** | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **İzolasyon** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| İhtiyaç Varmı: | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Varsa İzolasyon Şekli: | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **İşitme-Konuşma** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Konuşabiliyor: | | | |  |  | Konuşamıyor: | |  |  |  |  |  |
| Duyuyor: | | | |  |  | Duymuyor: | |  |  |  |  |  |
| Az Duyuyor: | | | |  |  | İşitme Cihazı Kullanıyor: | | |  | Diğer: |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Görme** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Görüyor | | | |  |  | Görmüyor: | |  |  | Şişlik: |  |  |
| Kızarıklık: | | | |  |  | Akıntı: |  |  |  | Lens: |  |  |
| Gözlük: | | |  |  |  | Protez Göz: | |  |  | Diğer: |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Duygusal- Psikolojik** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sorun Yok: | | | |  |  | Sedasyon: | |  |  | Endişeli: |  |  |
| Ajite: | | |  |  |  | Diğer: |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kardiyovasküler** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sorun Yok: | | | |  |  | Hipertansiyon: | |  |  | Siyanoz: |  |  |
| Göğüs Ağrısı: | | | |  |  | Senkop: |  |  |  | Çarpıntı: | |  |
| Pretibial Ödem: | | | |  |  | Varis: |  |  |  | Diğer: |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Solunum:** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sorun Yok: | | | |  |  | Hemoptizi: | |  |  | Siyanoz: |  |  |
| Hırıltı: | | |  |  |  | Wheezing: | |  |  | Balgam: |  |  |
| Öksürme: | | | |  |  | Solunum Güçlüğü: | | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Üriner(Boşaltım)** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sorun Yok: | | | |  |  | İnkontinans: | |  |  | Anuri: |  |  |
| Polüri: | | |  |  |  | Hematuri: | |  |  | Dizüri: |  |  |
| Nokturi: | | | |  |  | Diğer: |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Gastrointestinal(Boşaltım)** | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Sorun Yok: | | | |  |  | Bulantı: |  |  |  | Kusma: |  |  |
| Melena: | | |  |  |  | Ağız Kokusu: | |  |  | Hematomez: | |  |
| Hemoroid: | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| İshal:…………………………..Günde…………Kez | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| Konstipasyon:………………...Günde…………Kez | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| Diğer: | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Çalışma Ve Eğlence:** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Okuma Alışkanlığı: | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Radyo Televizyon: | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diğer: | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Uyku** | | |  |  |  | Düzenli: |  |  |  | Düzensiz: | |  |
| Günde …………. Saat Uyuyor | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uyuma Güçlüğü Çekiyor Mu: | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hareketsizlik** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sorun Yok: | | | |  |  | İmmobil: | |  |  | Kısıtlama Altında: | | |
| Dengesizlik Kuvvetsizlik: | | | | |  | Paralizi: |  |  |  | Hemipleji: | |  |
| Felç: | | |  |  |  | Baston: |  |  |  | Yürüteç: |  |  |
| Protez: | | |  |  |  | Değnek: |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kişisel Cilt Temizliği** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sorun Yok: | | | |  |  | Soluk: |  |  |  | Nemli: |  |  |
| Kuru: | | |  |  |  | Kızarık: |  |  |  | Kaşıntı: |  |  |
| Döküntü: | | | |  |  | Peteşi: |  |  |  | Ekimoz: |  |  |
| Ödemli: | | |  |  |  | Yara: |  |  |  | Bası Yarası: | |  |
| **Kişisel Ağız Diş Temizliği** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sorun Yok: | | | |  |  | Aft Monilya: | |  |  | Paslı Dil: | |  |
| Diş Çürüğü: | | | |  |  | Ağız Kokusu: | |  |  | Diğer: |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cinselliği İfade Edebilme** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cinselliği İfade Edebiliyor Mu: | | | | | |  | Ediyor: |  |  | Etmiyor: |  |  |
| Genel Görünüm Kimliği İle Uyumlu Mu: | | | | | | | Evet: |  | Hayır: |  | Diğer: |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ölüm** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ölüm Korkusu Var Mı: | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Laboratuvar Bulguları** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hemogram** | | | |  |  | **Sonuç** |  |  |  | **Normal Değer** | |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Biyokimya** | | | |  |  | **Sonuç** |  |  |  | **Normal Değer** | |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sedimantasyon** | | | |  |  | **Sonuç** |  |  |  | **Normal Değer** | |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **İdrar Mikrobiyolojisi** | | | | |  | **Sonuç** |  |  |  | **Normal Değer** | |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Laboratuvar Sonuçlarının Değerlendirilmesi (Yorumu)** | | | | | | | | |  |  |  |  |
| **Kullanılan İlaçlar:** | | | | |  | **Etkileri:** |  |  |  | **Yan Etkileri:** | |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |
| **Diyet:** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Yaşam Belirtileri:** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **İlaçları (Oral-Parenteral)** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Damar İçi Sıvı:** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Diğer Tedavi Ve İstemler:** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE HASTANIN GÜNLÜK DEĞERLENDİRME RAPORU**

**1. HASTANIN VE ÇEVRESİNİN GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMA**

**2. İLETİŞİM**

**3. SOLUNUM**

**4. BESLENME**

**5. BOŞALTIM**

**6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME**

**7. VÜCUT SICAKLIĞINI KONTROL**

**8.HAREKET**

**9. ÇALIŞMA VE BOŞ ZAMANLARINI DEĞERLENDİRME**

**10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME**

**11. UYKU**

**12. ÖLÜM**

|  |  |
| --- | --- |
| **YAPILMASI GEREKEN TEMEL UYGULAMALAR** | |
| Cerrahi hastasının servise kabulü |  |
| Cerrahi hastasını tanılama |  |
| Ameliyat öncesi hasta ve aile eğitimi |  |
| Derin solunum ve öksürme egzersizlerinin öğretilmesi |  |
| Ameliyat sabahı kimlik ve genel durum kontrolü |  |
| Yaşam bulgularının izlemi ve rapor edilmesi |  |
| Mesanenin boşaltılması |  |
| Gömlek giydirilmesi, protez ve takıların çıkarılması |  |
| Ameliyathaneye teslim edilmesi |  |
| Ameliyat sonrası ünitenin düzenlenmesi |  |
| Uygun pozisyonda yatağa alınması |  |
| Yaşam bulgularının izlenmesi ve rapor edilmesi |  |
| Kanama kontrolü |  |
| Sıvı elektrolit dengesinin izlenmesi |  |
| Hijyenik gereksinimlerin karşılanması |  |
| Erken mobilizasyonun sağlanması |  |
| Direktife uygun beslenmenin sağlanması |  |
| Hasta ve ailenin evde bakıma hazırlanması |  |

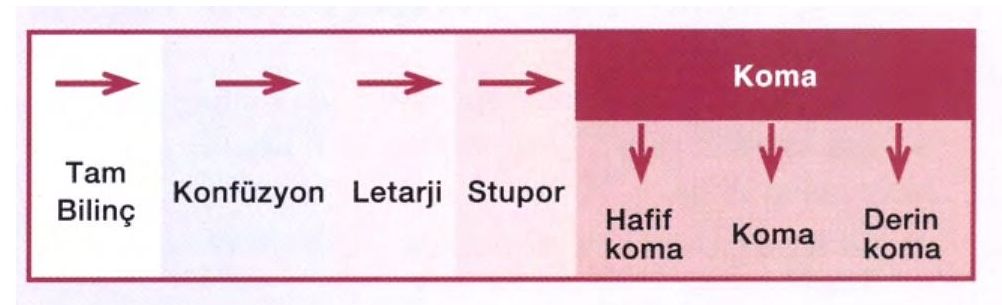
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AĞRI TANILAMA**  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Ağrı yok En şiddetli ağrı      0, Yok  1-2, Çok az  3-4, Biraz fazla  5-6, Çok  7-8, Fazla  9-10, Dayanılmaz | | | | | |
| **HASTANIN MEVCUT VE OLASI SORUNLARI** | | | | | |
| Yatağa bağımlılık | Olası | Mevcut | Ajitasyon | Olası | Mevcut |
| Kendine yetememe | Olası | Mevcut | Depresif belirtiler | Olası | Mevcut |
| Kontraktür | Olası | Mevcut | Oryantasyon Bozukluğu | Olası | Mevcut |
| İnfeksiyon | Olası | Mevcut | Bilinç Bozukluğu | Olası | Mevcut |
| Kaşıntı | Olası | Mevcut | Koma | Olası | Mevcut |
| Kanama | Olası | Mevcut | İşitme Kaybı | Olası | Mevcut |
| Terleme | Olası | Mevcut | Görme kaybı | Olası | Mevcut |
| Travma | Olası | Mevcut | Beden İmgesinde Değişiklik | Olası | Mevcut |
| Digital alması | Olası | Mevcut | Ameliyat | Olası | Mevcut |
| Kortizon alması | Olası | Mevcut | Tetkik | Olası | Mevcut |
| Antikoagülan alması | Olası | Mevcut | Tedavi | Olası | Mevcut |
| Kemoterapi alması | Olası | Mevcut | Eğitim Gereksinimi | Olası | Mevcut |
| Radyoterapi alması | Olası | Mevcut | Konuşamama | Olası | Mevcut |
| Hiperalimantasyon | Olası | Mevcut | Sıcak İntoleransı | Olası | Mevcut |
| İdrara inkontinansı | Olası | Mevcut | Soğuk İntoleransı | Olası | Mevcut |
| Gaita inkontinansı | Olası | Mevcut | Diğer (Belirtiniz) | Olası | Mevcut |
| Bası yarası (Dekübitüs vb) | Olası | Mevcut |
| **BASI YARALARI RİSK TANILAMA**  (Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğunu düşündüğünüz hastalara uygulayınız) | | | | | |
| DUYGUSAL ALGILAMA | Tamamen Sınırlı 1 | | MOBİLİZASYON | Tamamen İmmobil 1 | |
| Çok Sınırlı 2 | | Çok Sınırlı 2 | |
| Hafif Sınırlı 3 | | Biraz Sınırlı 3 | |
| Normal 4 | | Aktif 4 | |
| VÜCUT TEMİZLİĞİ | Sürekli Islak 1 | | BESLENME | Kaşektik 1 | |
| Çok Sık Islak 2 | | Kısmen Yeterli 2 | |
| Ara-Sıra Islak 3 | | Yeterli 3 | |
| Çok Seyrek Islak 4 | | Çok İyi 4 | |
| AKTİVİTE | Yatağa Bağımlı 1 | | SÜRTÜNME VE ÇİZİLME | Problem Var | |
| Sandalyeye Oturabilir 2 | | Problem Olabilir | |
| Ara-Sıra Yürür 3 | | Problem Yok | |
| Sık Sık Yürür 4 | |  | | |
| **\*TOTAL PUAN: Total Puan 16’dan düşük ise hasta risk grubuna alınmalı ve her gün izlenmelidir**. | | | | | |

**BİLİNÇ DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ  
GLASKOW KOMA SKALASI (GKS)**

|  |  |
| --- | --- |
| **GÖZ AÇMA** | * **Spontan ……………………….…………....…4** * **Sözel uyarı ile………………….………………3** * **Ağrılı uyarı ile…………………………………2** * **Tepki yok ………………………………….…..1** |
| **MOTOR**  **YANIT** | * **Komutlara uyuyor………………………….....6** * **Ağrılı uyaranı lokalize ediyor……………..….5** * **Ağrılı uyarana extremiteyi geri çekiyor……..4** * **Anormal fleksiyon yanıtı-Dekortikasyon……3** * **Anormal extansiyon yanıtı-Deserebrasyon….2** * **Tepki yok …………………………………....…1** |
| **SÖZEL**  **YANIT** | * **Oryante …………………………………………5** * **Uyumsuz ancak kendiliğinden yanıt veriyor…4** * **Bağlantısız kelimeler söylüyor………………...3** * **Anlamsız sesler çıkarıyor…………………..….2** * **Yanıt yok ……………………………………….1** |

**GKS DEĞERLENDİRİLMESİ**

* Toplam Puan 13-15⮊ Uyanık
* Toplam Puan 8 -12 ⮊ Prekoma
* Toplam Puan 7 ve⇩⮊ Koma
* GKS’ından 12 ve daha altı puan alan hastalar riskli olup takip ve tedavileri için hospitalizasyona ihtiyaç vardır



**HASTANIN DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| ***İtaki* DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ** | **Hastanın Adı Soyadı** |
| **Yattığı Bölüm** |
| **Risk Değerlendirme Tarihi** |

**Değerlendirme Zamanı**

© İlk Değerlendirme © Post-Operatif Dönem © Hasta Düşmesi © Bölüm Değişikliği © Durum Değişikliği

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **RİSK FAKTÖRLERİ** | | **Puan** |
| **1.** | **Minör Risk Faktörleri** | 65 yaş üstü | **1** |
| **2.** | Bilinci kapalı | **1** |
| **3.** | Son 1 ay içinde düşme öyküsü var | **1** |
| **4.** | Kronik hastalık öyküsü var\* | **1** |
| **5.** | Ayakta\yürürken fiziksel desteğe(yürüteç,koltuk değneği,kişi desteği vb.)ihtiyacı var | **1** |
| **6.** | Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var | **1** |
| **7.** | Görme durumu zayıf | **1** |
| **8.** | 4’den fazla ilaç kullanımı var | **1** |
| **9.** | Hastaya bağlı 3’ün altında bakım ekipmanı var\*\* | **1** |
| **10.** | Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor | **1** |
| **11.** | Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler)var | **1** |
| **12.** | **Majör Risk Faktörleri** | Bilinç açık, koopere değil | **5** |
| **13.** | Ayakta /yürürken denge problemi var | **5** |
| **14.** | Baş dönmesi var | **5** |
| **15.** | Ortostatik hipotansiyonu var | **5** |
| **16.** | Görme engeli var | **5** |
| **17.** | Bedensel engeli var | **5** |
| **18.** | Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var\*\* | **5** |
| **19.** | Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var\*\*\* | **5** |

**TOPLAM……**

**RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU**

* **Düşük Risk** Toplam Puanı 5’ in altında
* **Yüksek Risk** Toplam Puanı 5 ve 5’ in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır)

**Değerlendirmeyi yapan Hemşire**

**Adı-Soyadı:**

**NOT:** Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenir.

**İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.**

**İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ BİLGİLENDİRME TABLOSU**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*KRONİK HASTALIKLAR** | * Hipertansiyon * Diyabet * Dolaşım Sistemi Hastalıkları * Sindirim Sistemi Hastalıkları * Artrit * Paralizi * Depresyon * Nörolojik Hastalıklar |
| **\*\*HASTA BAKIM EKİPMANLARI** | * IV İnfüzyon * Solunum Cihazı * Kalıcı Kateter * Göğüs Tüpü * Dren * Perfüzatör * Pacemaker vb. |
| \*\*\*RİSKLİ İLAÇLAR | * Psikotroplar * Narkotikler * Benzodiazepinler * Nöroleptikler * Antikoagülanlar * Narkotik Analjezikler * Diüretikler/Laksatifler * Antidiayebetikler * Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) * Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar |

Aşağıda belirtilen beş durumda düşme riski değerlendirmesi yapılmalı ve her defasında yeni bir form kullanılmalıdır.

 Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (İlk Değerlendirme),

 Post- Operatif dönemde,

 Bölüm değişikliğinde,

 Hasta düşmesi durumunda,

 Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÜŞME ÖNLEME YÖNTEMLERİ** | **TARİH** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |
| Yatak başı ve oda düzeni sağlanır. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Gereksiz ekipmanlar odadan uzaklaştırılır |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Yerler kuru ve temiz tutulur |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Pencereler kapatılır ve kilitlenir. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Hasta yakınları düşme konusunda bilgilendirilir. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Yatak veya sedye kenarlıkları kaldırılır. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Yatak yüksekliği en düşük seviyede tutulur |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Yatak sedye ve tekerlikli sandalye kullanımda değil ise frenleri kapalı tutulur. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Hastaya servis tanıtılır. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Hasta ve yakınları; lavabo ve banyonun yeri, yatağın kullanımı, çağrı zilinin yeri konusunda bilgilendirilir. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Temel güvenlik önlemleri uygulanır. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Bu tip hastalara her zaman refakatçi sağlanır. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Saat başı hasta kontrol edilir |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Ajite, konfüze, disoryante, halüsinasyonları varsa ve tüm önlemler yetersiz kalıyorsa hasta hekim istemine göre kısıtlanır. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Bu hastalar hemşire bankosuna en yakın odaya alınır. Sürekli gözetim altında tutulur |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Hasta odasının kapısı açık tutulur. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Hasta ve ailesine düşme önleme konusunda eğitim verilir. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Uygun aydınlatma sağlanır. |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| Hastanın kas güçsüzlüğünü ve kemikleri tutulumunu gidermek için kondisyon arttırıcı egzersiz yaptırılır |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |

**BAKIM PLANI DEĞERLENDİRME FORMU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HEMŞİRELİK TANISI** | **ETİYOLOJİ** | **BELİRTİ/**  **SEMPTOMLAR** | **AMAÇ/BEKLENEN HASTA SONUÇLARI** | **HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ** | **DEĞERLENDİRME** |
|  |  |  |  |  |  |

**ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI İZLEMİ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **SAAT** | **ORAL ALIM** | **PARENTERAL SIVI** | **İDRAR ÇIKIMI** | **DREN VE DİĞER KAYIPLAR** |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOPLAM** |  |  |  |  |  |

**KLİNİK UYGULAMALARI DEĞERLENDİRMEDE ÖĞRENCİ GERİ BİLDİRİM FORMU**

**Öğrencinin Adı Soyadı:**

**No:**

**Staj Kliniği:**

**Aşağıdaki formu staj uygulamalarınız ve klinik eğiticiniz hakkında önerilerinizi, eleştirilerinizi, isteklerinizi ve sorularınızı iletmek için kullanabilirsiniz.**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. ÖNERİLERİNİZ** |  |
| **2. İSTEKLERİNİZ** |  |
| **3. ELEŞTİRİLERİNİZ** |  |
| **4. SORULARINIZ** |  |