

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

HEMŞİRELİK UYGULAMALARI DERSİ REHBERİ

KONYA-2025

Sevgili Öğrencilerimiz,

Bu ders ile Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin, 4. sınıf 8. Yarıyla kadar almış oldukları meslek derslerine yönelik teorik bilgi ve becerilerini uygulama alanına entegre etmeleri, mesleki yaşama hazırlanmaları ve mesleki yeterlilik kazanmaları amaçlanmıştır.

Bu rehberde Hemşirelik Bölümü 8. yarıyılıda yer alan 4301821 kodlu Hemşirelik Uygulamaları dersine ilişkin usul ve esaslar, ders bilgi paketi, uygulama yapılan alana özgü veri toplama formları ve uygulama değerlendirme formu vb. belgeler yer almaktadır. Ders kapsamında akademik takvime göre ilk hafta pazartesi günü öğrencilerin klinik hazırlığı ve rehberin tanıtımı amacıyla uyum eğitimi yapılacaktır. Hemşirelik uygulamaları dersi Selçuk Üniversitesine bağlı birimlerde yürütülecektir.

Başarılar dileriz.

İÇİNDEKİLER

1. HEMŞİRELİK UYGULAMALARI DERSİ USUL VE ESASLARI.....	4
2. DERS BİLGİ PAKETİ.....	10
3. DERS KOORDİNATÖRÜ.....	12
4. ROTASYON PLANI.....	13
5. İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ VERİ TOPLAMA FORMLARI.....	14
6. CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ VERİ TOPLAMA FORMLARI.....	30
7. DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ VERİ TOPLAMA FORMLARI.....	52
8. ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ VERİ TOPLAMA FORMLARI.....	89
9. PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ VERİ TOPLAMA FORMLARI.....	119
10. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ VERİ TOPLAMA FORMLARI.....	139
11. EKLER.....	149

1. HEMŞİRELİK UYGULAMALARI DERSİ USUL VE ESASLARI

15.08.2024 Tarihli ve 15 Sayılı Senato Kararı

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ HEMŞİRELİK UYGULAMALARI DERSİ USUL VE ESASLARI

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu usul ve esasların amacı Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin, meslek derslerine yönelik bilgi ve becerilerini uygulama alanına entegre etmek amacıyla, sekizinci yarıyıldan itibaren yer alan hemşirelik uygulamaları dersinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu usul ve esaslar Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü hemşirelik uygulamaları dersi kapsamındaki, uygulamanın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu usul ve esaslar; Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmeliğin 4. Maddesi, Selçuk Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim- Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ne dayanır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu usul ve esaslarda yer alan;

- a) **AKTS:** Avrupa Kredi Transfer Sistemi (AKTS-ECTS), 30'un üzerinde Avrupa ülkesinin 2001 yılında başlattığı "Bologna Süreci"ni kabul eden Türk üniversitelerinde de uygulanan bir kredi sistemini,
- b) **Anabilim Dalı:** Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi müfredatında yer alan hemşirelik uygulamaları dersinin yürütüldüğü Anabilim Dallarını,
- c) **Bölüm Başkanlığı:** Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'nı,
- d) **Dekan:** Hemşirelik Fakültesi Dekanı'nı,
- e) **Fakülte:** Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ni,
- f) **Fakülte Kurulu:** Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Fakülte Kurulu'nu,
- g) **Hemşirelik Uygulamaları Dersi Koordinatörü:** Bölüm Başkanlığı tarafından hemşirelik uygulamaları dersinin yürütülmesinden sorumlu tek dönem için görevlendirilen öğretim elemanı,

- h) Hemşirelik Uygulamaları Ders Uygulaması:** Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi müfredatında yer alan hemşirelik uygulamaları ders kapsamında yapılan uygulamaları,
- i) Öğrenci Hemşire:** Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi hemşirelik uygulamaları dersine kayıt yaptıran öğrenciyi,
- j) Sorumlu Hemşire:** Öğrenci hemşirelerin, hemşirelik uygulamaları dersi uygulaması için görevlendirilen ve sorumlu öğretim elemanı ile birlikte çalışan hemşireyi,
- k) Sorumlu Öğretim Elemanı:** Bölüm Başkanlığı tarafından her bir anabilim dalından görevlendirilen, Hemşirelik Uygulamaları Dersi Koordinatörü ile birlikte süreci yönetecek olan öğretim elemanını,
- l) Uygulama Alanı:** Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bölüm Başkanlığı tarafından uygun görülen dersin gereği olarak uygulama yapılacak kurumları ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Hemşirelik Uygulamaları Dersi Uygulamasının Yürütülmesine İlişkin Esaslar Hemşirelik

Uygulamaları Dersi Uygulamasının Amacı

MADDE 5- (1) Öğrenci hemşirenin lisans eğitimi süresince edindiği bilgi ve becerilerini uygulamaya aktararak güçlenmesini, karar verme becerilerini geliştirmesini ve mezuniyet öncesi mesleki deneyim kazanarak meslek hayatına uyum sağlamasını kolaylaştırmaktır.

Hemşirelik Uygulamaları Dersi Uygulamasının Hedefleri

MADDE 6- (1) Öğrenci Hemşirenin;

- a)** Eğitimi süresince edindiği temel bilgi ve becerileri uygulamaya aktarabilmesi,
- b)** Mezuniyet öncesi mesleki deneyim kazanması,
- c)** Kritik karar verme becerisini geliştirebilmesi,
- d)** Sağlığı koruma, geliştirme, tedavi ve rehabilitasyon alanlarında, birey, aile ve topluma hemşirelik bakımı verebilmesi,
- e)** Birey, aile ve topluma yönelik bütüncül bakış açısıyla hemşirelik bakım süreci doğrultusunda veri toplama, tanılama, bakımı planlama, uygulama ve değerlendirme becerilerini geliştirebilmesi,
- f)** Kanıta dayalı araştırma sonuçlarını hasta bakımına yansıtma becerisi kazanabilmesi
- g)** Mesleki etik, ilke ve değerlere uygun davranabilmesi,
- h)** Birey, aile ve toplumun sağlık eğitimi gereksinimlerini karşılamada öğrenme öğretme sürecini kullanabilmesi,
- i)** Sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içinde çalışabilmesi,
- j)** Mesleki uygulamalarında etkili iletişim ve görüşme becerilerini kullanabilmesi,
- k)** Hasta ve çalışan güvenliği uygulama ilkelerine uygun çalışabilmesi,
- l)** Çalışmaları sırasında problem çözme becerisini kullanabilmesi,
- m)** Çalışmaları sırasında klinik yönetim becerilerini kullanabilmesini sağlamaktır.

Hemşirelik Uygulamaları Dersi ve Süresi

MADDE 7- (1) Hemşirelik uygulamaları dersi, ilgili eğitim-öğretim yılının akademiktakviminde belirtilen

tarihler arasında yürütülür.

(2) Hemşirelik uygulamaları dersi; 1 saat teorik, 32 saat uygulama olmak üzere toplam 30 AKTS ve 17 kredidir.

(3) Haftada 32 saat olan uygulamalar 8 saat olup 4 gündür.

Hemşirelik Uygulamaları Dersi Devam Süresi

MADDE 8- (1) Öğrenci hemşire, uygulama süreleri içinde uygulamalara devam etmek zorunda olup devamsızlık ile ilgili esaslar Selçuk Üniversitesi Önlisans-Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nce belirlenir.

Hemşirelik Uygulamaları Dersi Uygulamasının Yapılacağı Uygulama Alanları

MADDE 9- (1) Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bölüm Başkanlığı tarafından uygun görülen koruyucu tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti veren kurumlar (Tıp Fakültesi, Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı kamu/özel kurum ve kuruluşları) ile Selçuk Üniversitesi'ne bağlı kurum ve kuruluşlardır.

Görev, Yetki ve Sorumluluklar

MADDE 10- (1) Hemşirelik Uygulamaları Dersi Koordinatörünün Görev Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirelik Uygulamaları Ders Koordinatörü;

- a) Hemşirelik Uygulamaları Ders Koordinatörü her yıl Hemşirelik Fakültesi Bölüm Başkanlığı tarafından görevlendirilen hemşirelik uygulamaları dersinden sorumlu öğretmene tarafından yürütülür.
- b) Koordinatörlük, Koordinatörün Anabilim dalının dışında her Anabilim Dalı'ndan (Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı) bir öğretim elemanının görevlendirilmesi ile oluşur.
- c) Dersin hedefine uygun uygulama alanları belirleyerek gerekli süreci başlatır (kurum izinlerinin alınması ve takibi) ve yönetir.
- d) Diğer Anabilim Dallarından görevlendirilen sorumlu öğretim elemanlarının görev dağılımını koordine eder.
- e) Öğrenci hemşirelerin uygulama alanları için sorumlu hemşirenin koordinasyonunu sağlar.
- f) Öğrenci hemşire uygulama rotasyonlarının planlamasını koordine eder.
- g) Gerek duyulduğunda öğrenci hemşire ve sorumlu hemşire ile toplantı organizasyonunu sağlar.
- h) Öğrenci hemşirelerin değerlendirilmesinde kullanılacak değerlendirme formu ve benzer materyallerin düzenlenmesini sağlar.
- i) Rotasyonların bitiminde ara sınav ve final notlarını belirlerken öğretim elemanları ve sorumlu hemşire öğrenci değerlendirmesi çıktılarını derleyerek notları ilanını sağlar.

(2) Sorumlu Öğretim Elemanının Görev Yetki ve Sorumlulukları

Sorumlu Öğretim Elemanı;

- a) Hemşirelik Uygulamaları dersi Koordinatörü yürütücülüğünde hemşirelik uygulamaları dersinin uygulamasını, hemşirelik uygulamaları dersi usul ve esasları doğrultusunda yürütür.
- b) Öğrenci hemşirelerin, hemşirelik uygulamaları dersine özgü eğitim-öğretim faaliyetlerinin yürütülmesine

katkıda bulunur.

- c) Uygulamaya başlamadan önce ve uygulama süresince sorumlu hemşire ile işbirliği içerisinde süreci yürütür.
- d) Kurum, sorumlu hemşire, hemşirelik uygulamaları dersi koordinatörü ile iletişimin devamlılığını sağlar.
- e) Uygulama süresince öğrenci hemşirelere rehberlik eder ve yönlendirir.
- f) Öğrenci hemşireleri uygulamada kanıta dayalı bilgiyi kullanmaları (vaka sunumu, makalekritiği, bakım planı vs.) konusunda teşvik eder.
- g) Öğrenci hemşirelerin yaşadığı sorunlara/zorluklara duyarlı olur ve baş etmelerine yardımcı olur.
- h) İlgili problemleri hemşirelik uygulamaları dersi koordinatörüne iletir.

(3) Öğrenci Hemşirenin Görev Yetki ve Sorumlulukları

Öğrenci hemşire;

- a) Hemşirelik uygulamaları dersi programına uyarak dersin gerektirdiği görevleri zamanında ve eksiksiz yapar.
- b) Mesleki etik, ilke ve değerlere uygun davranır.
- c) Sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içinde çalışır.
- d) Öğrenci mesleki eğitimi sırasında klinik hemşiresi olmadan, bağımsız olarak ilaç tedavisi yapamaz, hastanın beden bütünlüğüne yönelik herhangi bir girişimsel işlem (intravenöz kateter yerleştirme vb.) uygulayamaz.
- e) Sorumlu hemşire veya uygulama alanındaki hemşirenin gözetiminde uygulama yaptığı birime uygun olarak hemşirelik uygulamaları dersi uygulamasını tamamlar.
- f) Hemşirelik uygulamaları dersi kapsamında haftada 32 saat uygulamadan sorumludur.
- g) Uygulama yaptığı birimin çalışma saatlerine uymak zorundadır.
- h) Uygulama alanındaki hizmet içi eğitim programlarına aktif olarak katılır.
- i) Uygulama süresince, “Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Uygulama Yönergesi”nde belirtilen ilkelere uyar.
- j) Uygulama yaptığı Sağlık Kurumları'nın çalışma ve güvenlik kurallarına uymakla vemevcut mekan, araç ve gereçleri özenle kullanmakla yükümlüdür. Bu yükümlülüklerini yerine getirmemesinden doğan her türlü sorumluluk öğrenci hemşireye ait olup, öğrenci hakkında ayrıca Yükseköğretim Kanununun Öğrenci Disiplin İşleri Madde 54 uyarınca gerekli işlemler yapılır.
- k) Sağlık Kurumları tarafından kendisine teslim edilmiş veya erişimine izin verilmiş olan bilgileri, sadece görevi ile ilgili işler için kullanır ve Sağlık Kurumları ve/veya hastalara ait bilgileri yetkili kişiler haricinde kimse ile paylaşamaz.
- l) Öğrenci hemşire, uygulamalar sırasında kişi, kurum, kuruluş ve hastanın mahremiyeti ya da gizliliğini ihlal eden herhangi bir eylemde bulunamaz, kişiye özel bilgileri ve fotoğrafları ifşa edemez.
- m) Öğrenci hemşire, uygulamalar sırasında uygulama alanı yetkilisi, öğretim elemanı ve hastadan izin almaksızın, ev ziyaretlerinde ise birey ve/veya aile onayı olmaksızın görsel ya da işitsel kayıt alamaz.
- n) Sağlık Kurumlarının bilgi sistemlerinde kullanılan/yer alan programları, verileri veya diğer unsurları hukuka aykırı olarak ele geçirme, değiştirme, silme girişiminde bulunamaz ve bunları nakledemez veya

çoğaltamaz.

- o) Öğrenci hemşire, uygulama sırasında cep telefonunu sessiz konumda tutar ve yalnızca gerektiğinde kullanır.

(4) Sorumlu Rehber Hemşire Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Sorumlu Hemşire;

- a) Sorumlu hemşire, hemşirelik uygulamaları dersi koordinatörü ile işbirliği içinde çalışır.
- b) Öğrenci hemşirenin klinikte yaptığı bakım ve tedavi uygulamalarına ve eğitim-öğretim faaliyetlerine destek sağlar.
- c) Öğrenci hemşirenin yürüttüğü bakım ve tedavi faaliyetlerine eşlik eder ve birlikte yapılmasını sağlar.
- d) Öğrenci hemşirelerin klinik ortama uyumlarını sağlar.
- e) Öğrenci hemşirelerin uygulamada kanıta dayalı bilgiyi kullanmalarına teşvik eder.
- f) Öğrenci hemşirelerin yaşadığı sorunlara/zorluklara duyarlı olur ve baş etmelerine yardımcı olur.
- g) Öğrenci hemşirelerin genel değerlendirilmesinde sorumlu öğretim elamanına görüşlerini bildirir.
- h) Öğrenci hemşirelerin uygulama devam durumlarını sorumlu öğretim elemanı ile işbirliği içerisinde takip ve kayıt eder.

(5) Fakültenin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

- a) Hemşirelik uygulamaları ders koordinatörü için her yıl farklı bir anabilim dalından öğretim elemanı görevlendirir.
- b) Hemşirelik uygulamaları ders uygulaması kapsamında uygulama yapacak öğrenci hemşirelerin uygulama planlarını (öğrenci hemşire sayıları, uygulama alanları, öğretim elemanları, uygulama tarihleri vb) Bölüm Başkanlığı ile ilgili kurumlara bildirir.

(6) Sağlık Kurumlarının Görev, Yetki ve Sorumlulukları

- a) Öğrenci hemşirelere hemşirelik uygulamaları dersi uygulama saatleri içerisinde yemek imkanı sağlanmasında destek olur.
- b) Öğrenci hemşirelere mevcut imkanlar dahilinde giyinme dolabı temin edilmesinde destek olur.
- c) Öğrenci hemşirelere mevcut imkanlar dahilinde uygulama sırasında kullanabileceği derslik/toplantı odası temin edilmesinde destek olur.
- d) Mevcut imkanlar dahilinde iş sağlığı güvenliği kapsamında klinikte meydana gelebilecek kazalarında gerekli prosedürleri uygular.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Hemşirelik Uygulamaları Dersinin Değerlendirilmesi

MADDE 11- (1) Hemşirelik uygulamaları dersinin değerlendirilmesi “Selçuk Üniversitesi Önlisans-Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği”ne göre yapılır.

(2) Hemşirelik uygulamaları dersinin uygulamasının değerlendirilmesi “Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Uygulama Yönergesi”ne göre yapılır.

(3) Hemşirelik uygulamaları dersinin teorik ders ataması hemşirelik uygulamaları dersi koordinatörüne yapılır ve tüm anabilim dalları süreci eşit şekilde destekler.

(4) Öğrenciler bir ara sınav ve bir final notu ile değerlendirilir, değerlendirme hemşirelik uygulamaları dersi koordinatörü tarafından belirlenir. Hemşirelik uygulamaları dersinin uygulama ara sınav ve final sınavları hemşirelik uygulamaları dersi koordinatörü ve sorumlu öğretim elemanları tarafından yapılır. Ek bir uygulama sınavı yapılmaz.

(5) Hemşirelik Uygulamaları dersine ait değerlendirme formları ilgili anabilim dallarından tedarik edilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Çeşitli ve Son Hükümler

Yürürlük

MADDE 12- (1) Bu usul ve esaslar; Fakülte Kurulu tarafından kabul edildiği tarihte yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 13- (1) Bu usul ve esasların hükümleri, Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı tarafından yürütülür.

2. DERS BİLGİ PAKETİ

Hemşirelik Uygulamaları Dersinin Amacı

Hemşirelik Uygulamaları dersinin amacı öğrencilerin sağlığın korunması, geliştirilmesi ile ilgili uygulamalarını yapabilmesi, hastalıkların erken belirlenmesi, tedavisi, rehabilitasyonu konularında deneyim kazanmasını sağlamaktır.

Hemşirelik Uygulamaları Dersinin Uygulanış Biçimi

- Hemşirelik Uygulamaları dersi hemşirelik bölümü 4. sınıf 8. döneminde yer alan, 1 saat teorik ve 32 saat uygulaması bulunan bir derstir.
- Dersin teorik ve uygulaması akademik takvime göre yapılır.
- Dersin teorik bölümü sınıf ortamında yüz yüzedir.
- Öğrenci derslere ve uygulamalara devam etmek zorundadır.
- Selçuk Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nde belirtildiği üzere; dersin teorik kısmının %30'undan, dersin uygulamasının %20'sinden fazlasına devam etmeyen veya uygulamadan başarısız not alan öğrenci o dersten başarısız sayılır.

Hemşirelik Uygulamaları Dersinin Haftalara Göre İçerik Bilgileri

Hafta	İçerik
1	Tanışma, Dersin Tanıtımı
2	İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği
3	Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği
4	Hemşirenin Yasal Sorumlulukları ve Malpraktis
5	Olgularla Meslek Etiği
6	Hemşirelik Süreci ve Sınıflama Sistemi
7	Hemşirelikte Bilişim Bilgi Teknolojileri
8	Ara Sınav
9	Hemşirelikte Kanıt Temelli Uygulamalar
10	Hemşirelik Eğitiminde Yaşam Boyu Öğrenme Teori ve Modelleri
11	Hemşirelikte İletişim ve Problem Çözme Süreci (Hemşire-Hasta ve Ekip iletişimi)
12	İç Hastalıkları Hemşireliği ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Olgu Sunumu
13	Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Olgu Sunumu
14	Ruh Sağlığı Hemşireliği ve Halk Sağlığı Hemşireliği Olgu Sunumu / Dersin Değerlendirilmesi

Derste Kullanılan Kaynak Listesi

- ❖ Akdemir N, Birol L. (2018). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Geliştirilmiş 4. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara.
- ❖ Dırksen S.R. Lewis SM. Heitkemper M.L. (2007). Medical-Surgical Nursing. Çev.Edi. İç ve Cerrahi Hastalıkların Bakımı. Damla Matbacılık. Ankara.
- ❖ Çavuşoğlu, H. (2022). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Basımevi.
- ❖ Dochterman J. (2004). McCloskey Nursing Interventions Classification Mosby, USA.

Hemşirelik Uygulamaları Dersinin Öğrenim Çıktıları

Sıra No	Öğrenim Çıktıları
1	Mesleki rol ve işlevlerini yerine getirmek için gerekli kuramsal ve uygulama bilgilerine sahiptir.
2	Mesleki uygulamalarına temel oluşturan kuram ve modelleri bilir.
3	Hemşirelik uygulamalarını mesleki ilke ve standartlar doğrultusunda gerçekleştirir.
4	Birey, aile ve toplumun sağlık bakım gereksinimlerini bütüncü yaklaşımla hemşirelik süreci doğrultusunda karşılar.
5	Mesleki uygulama ve araştırmalarında bilişim ve bakım teknolojilerini kullanır.
6	Hemşirelik uygulamalarında bilimsel ilke ve yöntemleri kullanır.
7	En az bir yabancı dili kullanarak kanıt temelli uygulamaları takip eder.
8	Hemşirelik uygulamalarında yasa, yönetmelik, mesleki etik ilke ve değerlere uygun davranır.
9	Sağlık ekibi ve diğer disiplinlerle işbirliği içinde araştırma, proje ve etkinliklerde yer alır.
10	Profesyonel gelişime katkıda bulunacak etkinliklerde yer alır ve profesyonel kimliği ile örnek olur.

3. DERS KOORDİNATÖRÜ

Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN (Hemşirelik Bölüm Başkanı)

DERS UYGULAMA KOMİSYONU

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Cerrahi Hastalık Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı

DERS UYGULAMASININ BAŞLAMA ve BİTİŞ TARİHLERİ

Her yıl bahar dönemi akademik takvimin birinci haftası uygulama başlar, 14. Haftada sonlanır.

4. ROTASYON PLANI

	8. Yarıyıl			
HAFTALAR	ŞUBELER			
	Şube A	Şube B	Şube C	Şube D
1-7. Hafta	1	2	3	5
			4	6
8-14. Hafta	3	5	1	2
	4	6		

- (1) İç Hastalıkları Hemşireliği
- (2) Cerrahi Hastalık Hemşireliği
- (3) Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
- (4) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
- (5) Psikiyatri Hemşireliği
- (6) Halk Sağlığı Hemşireliği

5. İç Hastalıkları Hemşireliği Veri Toplama Formları

1. İç Hastalıkları Hemşireliği Veri Toplama Formları

Öğr. No:	Veri Toplama Tarihi:
Öğr. Adı-Soyadı:	Hastane:

1. ANAMNEZ	
Hasta Adı-Soyadı:	Klinik:
Yaş:	Yatış Tarihi:
Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Tıbbi Tanı:
Medeni Durum:	
Eğitim Durumu:	Medikal/Cerrahi Tedavi:
Meslek/İş:	
Adres:	Geliş Yeri: <input type="checkbox"/> Ev
	<input type="checkbox"/> Acil
	<input type="checkbox"/> Dış merkezden sevk
Bilgi Kaynağı:	Geliş Şekli: <input type="checkbox"/> Yürüyerek
<input type="checkbox"/> Kendisi	<input type="checkbox"/> Yardımla
<input type="checkbox"/> Yakını	<input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye ile
<input type="checkbox"/> Sağlık personeli	<input type="checkbox"/> Sedyeye ile
	<input type="checkbox"/> Diğer

2. SAĞLIĞI ALGILAMA-SAĞLIĞIN YÖNETİMİ
Ana Şikayetler <ul style="list-style-type: none">→ Hastanın kendi kullandığı sözcükleri belirtmeye özen gösterin.→ Bazen hastaların spesifik şikayetleri olmayabilir o zaman şikâyet yerine hastanın hedefi/başvuru nedeni belirtmelisiniz.
Hastalık Öyküsü <ul style="list-style-type: none">→ Her ana semptom; yer zaman, nicelik veya ciddiyet/şiddet, başlangıç, süre ve sıklığı içerecek şekilde zamanlama, arttıran veya azaltan durumlar şeklinde tanımlanmalıdır.
Öz Geçmiş <ul style="list-style-type: none">→ Geçirdiği akut / kronik hastalıklar, yaralanmalar-kazalar, ameliyatlar ve protezler vb.

Soy Geçmiş

- Anne, baba, kardeşler, çocuklar, büyük anne, büyük baba gibi yakın akrabaların sağlık durumları, ölmüşler ise nedenlerini içerecek şekilde tanımlanmalıdır.
- Sağlık durumu, aileden gelen risk faktörleri (Kanser, DM, HT, İnme/SVO, kalp-damar hastalıkları, böbrek hastalıkları, tüberküloz, mental hastalıklar vs.) belirtilmelidir.

Hastanı Sürekli Kullandığı İlaçlar

- Kronik hastalıklar nedeniyle sürekli kullanılması gereken veya dönemsel olarak kullanılan ilaçlar belirtilmelidir, ilaç isimlerinin belirtilmesi yeterlidir.

Alerjiler

- Yiyecek, ilaç, polen vs.

Madde bağımlılığı

- Sigara, alkol, ilaç vb.

3. BESLENME ve METABOLİK DURUM

Kilo:	Boy:	Beslenme şekli
$BKİ = \frac{Vücut\ ağırlığı(kg)}{Boy\ (m^2)}$	<18	<input type="checkbox"/> Zayıf
	18-25	<input type="checkbox"/> Normal
	25-30	<input type="checkbox"/> Fazla kilolu
	30-40	<input type="checkbox"/> Obez
	>40	<input type="checkbox"/> Morbid obez
Son 6 ay içinde vücut ağırlığınızda herhangi bir değişiklik oldu mu?		1. Oral <input type="checkbox"/> Normal besinler
Kilo kaybı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Miktarı:		2. Enteral <input type="checkbox"/> Oral (Sıvılaştırılmış besinler)
Kilo artışı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Miktarı:		<input type="checkbox"/> NG Sonda
<input type="checkbox"/> İştahınız nasıl?		<input type="checkbox"/> Gastrostomi
<input type="checkbox"/> Artmış		3. Parenteral (TPN) <input type="checkbox"/> Periferik kateter
<input type="checkbox"/> Azalmış		<input type="checkbox"/> Santral kateter
<input type="checkbox"/> Değişiklik yok		<input type="checkbox"/> Port kateter
Beslenme ile ilgili sorunuz var mı?		Diyet
<input type="checkbox"/> Ağız kuruluğu		Rejim 0 <input type="checkbox"/> Oral alım yok
<input type="checkbox"/> Çiğneme güçlüğü		Rejim 1 <input type="checkbox"/> Sıvı diyet
<input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü		Rejim 2 <input type="checkbox"/> Yumuşak-katı
<input type="checkbox"/> Tat duyusunda bozulma		Rejim 3 <input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Bulantı		Diğer
<input type="checkbox"/> Kusma		
<input type="checkbox"/> Pirozis (Mide yanması) /Mide ağrısı		
<input type="checkbox"/> Distansiyon (Şişkinlik, gerginlik)		
<input type="checkbox"/> Halitozis (Ağız kokusu)		
<input type="checkbox"/> Reflü		
<input type="checkbox"/> Regürjitasyon		
Saç, Deri ve Tırnaklar		Öğünlerini
Saç/kıllar: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dökülmüş	/...../.....
Tırnak: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Değişmiş		%..... yendi
Nemlilik: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kuru		%.....yendi
<input type="checkbox"/> Terli		
Turgor: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış		
Deri: <input type="checkbox"/> Solgun <input type="checkbox"/> Döküntü		
<input type="checkbox"/> İkterik/Sarılık		
<input type="checkbox"/> Siyanotik		
<input type="checkbox"/> Eritem		
<input type="checkbox"/> Peteşi/Ekimoz		
<input type="checkbox"/> Kaşıntı		
		Değerlendirme bölgesi:
		0-15 sn 1+
		15-30 sn 2+
		30-45 sn 3+
		45 sn ve üzeri 4+

Braden Skalası (Bası Ülseri Tanılama ve Değerlendirme Skalası)

	1	2	3	4	Puan
Uyarının algılanması	Tamamen sınırlı	Çok sınırlı	Biraz sınırlı	Bozulma yok	
Nemlilik	Sürekli ıslak	Sıklıkla ıslak	Ara sıra ıslak	Nadiren ıslak	
Aktivite	Yatağa bağımlı	Sandalyeye oturabilir	Ara sıra yürür	Sık sık yürür	
Hareket	Tamamen hareketsiz	Çok sınırlı	Biraz sınırlı	Sınır yok, hareketli	
Beslenme	Çok yetersiz, kaşektik	Kısmen yeterli	Yeterli	Çok iyi	
Sürtünme ve tahriş	Problem var	Problem olabilir	Problem yok	-	
Toplam puan=					
>16 Risk yok 15-16 Düşük risk 13-14 Orta risk ≤12 Yüksek risk		Yaş 75'ten büyük ise 15-18 Düşük risk 13-14 Orta risk ≤12 Yüksek risk		>18 Risk yok	

Ağız Değerlendirme Rehberi

Fiziksel değerlendirme	Yöntem	1	2	3	Puan
Ses	Hasta ile konuşarak sesini dinleyiniz	Normal	Boğuk ve çatallı	Konuşmada güçlük çekiyor, ağrısı var	
Yutma	Hastadan yutkunmasını isteyin, yüz ifadesini gözleyin ve yutkunma sırasında ne hissettiğini sorgulayın	Normal	Yutkunurken ağrısı var	Yutkunamıyor	
Dudaklar	Dudakların bütünlüğünü gözle	Pürüzsüz, pembe ve nemli	Kuru ve çatlamış	Yara ve kanama var	
Dil	Dilin bütünlüğünü gözle, papillanın varlığını palpe ederek kontrol et	Pembe, nemli ve papilla mevcut	Dilin yüzeyi kirli ve sarı tabaka ile kaplanmış, papilla kaybı var	Dil çatlamış ve/veya papilla kaybı var	
Tükürük	Dil basacağı ile ağız içine bak, tükürük salgısının varlığını ve kıvamını gözle	Normal, akışkan	Koyu	Tükürük yok	
Mukoz membran	Ağız içindeki mukoz dokuyu gözleyerek değerlendir	Pembe ve nemli	Kızarıklık var	Ağız içinde yara, kanama mevcut	
Diş eti	Diş etlerinin görünümünü değerlendir	Pembe ve sağlam	Kızarıklık	Kanama var	
Diş/Protez	Diş veya diş protez alanlarını veya görünüşünü gözle	Temiz	Diş ve protez alanında lokal plak /ölü doku mevcut	Diş ve protez alanında genel plak /ölü doku mevcut	
Toplam puan=					
* Hasta invazif/noninvazif mekanik ventilasyonda ise +7 puan eklenir.					
8 Oral mukozaya normal (Günlük ağız bakımı 3x1) 9-16 Oral mukozada bozulma riski var (Günlük ağız bakımı 6x1) ≥17 Oral mukozada bozulma var (Günlük ağız bakımı 12x1)					

4. BOŞALTIM

İdrar atılımı

Bir gün içinde (24 saat) tükettiğiniz sıvı miktarı ortalama ne kadardır?

- 500 ml ve daha az
- 500-1000ml
- 1000-1500ml
- 1500-2000ml
- 2000-2500ml

Hastalığınız nedeni ile sıvı alımınızda bir değişiklik oldu mu?

- Hayır
- Evet

Bir günde ortalama kaç kez idrar yapıyorsunuz?

İdrarınızı yaparken herhangi bir problem yaşıyor musunuz?

- Dizüri
- İdrar yapamama
- Noktüri
- Hematüri
- Anüri
- Oligüri
- Poliüri
- Pollaküri
- İdrar kaçırma (Üriner inkontinans)
- İdrar retansiyonu

İdrar atılımına yardımcı araçlar/uygulamalar

- Üretral kateter / Foley sonda
- Prezervatif sonda
- Suprabupik katater
- Hemodiyaliz / Periton diyalizi
- Mesane jimnastiği

Barsak boşaltımı

Bağırsak boşaltımı/dışkılama sıklığınız nasıldır?

.....kez/günde

ya da

.....kez/haftada

En son dışkılama tarihi: / /

Bağırsak boşaltım alışkanlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- Normal
- İshal defa/günde
- Kabız'inci gün
- Dışkıyı kontrol edememe

Bağırsak boşaltım sıklığınızda hastalığınız nedeniyle bir değişme oldu mu?

- Hayır
- Evet

Bağırsak boşaltımı ile ilgili olarak herhangi bir yakınmanız var mı?

- Rektumda ağrı, kramp
- Rektal kanama
- Boşaltım sırasında zorlanma
- Dışkıda sertleşme
- Dışkıda şekil değişikliği
- Distansiyon
- Yakınma yaşamıyor

- Kolostomi
- İleostomi

Barsak sesleri defa /dk

İdrar ve gaita ile ilgili laboratuvar sonuçları

5. AKTİVİTE ve EGZERSİZ

Kas-İskelet Sistemi ile İlgili Sorunlar

- Normal, sorun yok
- Hastalığı nedeniyle kesin yatak istirahati var
- Hemipleji
- Parapleji
- Kramp
- Tremor
- Eklemlerde şişlik, ödem
- Eklemlerde ağrı, hassasiyet
- Eklemlerde kızarıklık
- Deformite
- ROM (Eklem açıklığı) kısıtlı
- Protez/amputasyon
- Kontraktür
- Fraktür
- Yürüyüşte bozulma

Postür

Normal aktivite düzeyinizi nasıl tanımlıyorsunuz?

- Yüksek
- Orta
- Düşük

Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

- Hayır
- Evet

Düzenli olarak yaptığınız egzersizler nelerdir?

- Yürüme
- Koşma
- Bisiklet
- Diğer

Aktivite- egzersiz sırasında aşağıdaki yakınmaları yaşama durumunuz nedir?

- Yakınma yaşamıyorum
- Nefes almada zorlanma
- Göğüs ağrısı
- Öksürük, balgam
- Kas, eklem, sırt ağrısı
- Bacak ağrısı
- Baş dönmesi
- Çarpıntı
- Diğer

Hastalığınızla beraber kendi bakımınızla ilgili aşağıdakilerden hangisini yerine getirmede güçlük yaşıyorsunuz?

- Güçlük yaşamıyorum
- Beslenme
- Boşaltım
- Banyo yapma
- Hijyenik bakım (Saç tarama, diş fırçalama vb.)
- Giyinme
- Hareket etme
- Alışveriş yapma
- Merdiven çıkma
- Ev işlerini yapma
- Diğer

Yardımcı araç kullanımı

- Yürüteç
- Baston
- Tekerlekli sandalye
- Koltuk değneği

Solunum ve Kardiyovasküler Sistem

Solunum tipi

- Normal, düzenli
- Bradipne
- Taşipne
- Hiperpne
- Hiperventilasyon
- Kusmaul solunum
- Cheyne-Stokes
- Biot solunum

Solunum problemleri

- Hemoptizi
- Öksürük
- Balgam
- Siyanoz
- Dispne

Periferel nabızlar

- Radial
- Brakial
- Femoral
- Popliteal
- Tibialis posterior
- Dorsalis pedis

Kapiller geri dolun/sn

6. BİLİŞSEL-ALGISAL DURUM

Bilinç

- Uyanık, koopere
- Konfüzyon
- Deliryum
- Letarji /patolojik uyku hali
- Stupor
- Koma

Oryantasyon

- Kişi: Yok Var
Yer: Yok Var
Zaman: Yok Var

Ağrı

Ağrının yeri:

Ağrının niteliği:

Ağrıyı artıran faktörler:

Ağrıyı azaltan uygulamalar:

Vong Baker Yüzler Ağrı Derecelendirme Ölçeği



Pupil ışık refleksi Yok Var

Pupil çapı



Görme

- Gözlük/lens
- Gözlerde kızarıklık
- Yanma
- Kaşıntı

İşitme

- İşitme kaybı
- Çınlama

İşitme cihazı Yok Var

Koku alma

- Koku duyusunda azalma
- Koku duyusunda artma
- Burun akıntısı
- Tıkanıklığı
- Burun kanaması

Tat alma

- Tat alma duyusunda azalma
- Tat alma duyusunda artma

Dokunma

- His kaybı
- Ellerde uyuşma/karınçalanma
- Ayaklarda uyuşma/karınçalanma

Konuşma

- Anlaşılır
- Boğuk

Disfazi/konuşma bozukluğu

Kekeleyerek konuşma

Sinir sistemi

- Baş ağrısı
- Baş dönmesi

Glaskow Koma Skalası

Göz Yanıtı	Sözel yanıt	Motor Yanıt	Değerlendirme	
4. Kendiliğinden	5. Oryante	6. Sözel emirlere uyar	3-8	Anlamlı nörolojik hasar
3. Sesli uyarılara	4. Konfüze	5. Ağrıyı lokalize eder	9-12	Orta dereceli nörolojik hasar
2. Ağrılı uyarılara	3. Tutarsız kelimeler	4. Ağrıya çekerek cevap verir	13-14	Hafif nörolojik hasar
1. Cevap yok	2. Anlamsız sesler	3. Ağrıya fleksiyonla cevap verir	15	Tam uyanık
	1. Cevap yok	2. Ağrıya ekstansiyonla cevap verir		
		1. Cevap yok		

7. UYKU-DİNLENME

Normal uyku alışkanlığınız nasıldır? (Günde kaç saat uyuduğu, gündüz uyuma alışkanlığı olup olmadığı vs.)

Normalde uyku probleminiz oluyor mu?

- Uyku problemim yok
- Uykuya dalmada güçlük
- Uyku bölünmeleri
- Sürekli uyku hali
- Uykudan sonra dinlenmiş hissetmeme
- Gece sık idrara çıkma

Hastalığınız süresince günde kaç saat uyuyorsunuz?

Hastalığınız normal uyku alışkanlığınızı etkiliyor mu?

- Hayır
- Evet Açıklayınız

.....

Rahat uyumanıza katkıda bulunan uygulamalar nelerdir?

8. KENDİNİ ALGILAMA ve BENLİK KAVRAMI

Genel olarak kendinizi nasıl hissedersiniz?

Kendiniz hakkında çok sevdiğiniz şey nedir?

Kendiniz hakkında az sevdiğiniz şey nedir?

Hastalığınıza bağlı kendinizi ve bedeninizi algılamada herhangi bir değişiklik oldu mu?

- Hayır
- Evet

.....

Hastalığınızla beraber aşağıdaki duygu ve düşüncelerden herhangi birini yaşadınız mı?

- Kızgınlık
- Utanç
- Sıkıntı
- Suçluluk
- Korku- endişe
- Kararsızlık
- Diğer

Hastalığınızın geleceğe ilişkin planlarınızı nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?

- Hayır
- Evet

.....

9. ROL-İLİŞKİ

Aile yapısı/ilişkiler

Çekirdek aile :

Geniş aile :

Ailedeki üstlendiği sorumluluk:

Hastalığın iş hayatına etkisi:

Hastalığı sosyal yaşam etkisi:

10. CİNSELLİK-ÜREME

Hastalığı cinsel yaşam etkisi:

Kadınlar için;

Menapoza girme durumu:

Düzenli meme muayenesi yapma durumu:

Erkekler için;

Prostat testis muayenesi:

11. BAŞETME –STRES TOLERANSI	12. DEĞER-İNANÇ
<p>Şu anki hastalığımız nedeni ile stres yaşıyor musunuz?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>.....</p>	<p>Yaşamınızdaki en önemli şey nedir?</p>
<p>Şu anki stres düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?</p> <p><input type="checkbox"/> Yüksek</p> <p><input type="checkbox"/> Orta</p> <p><input type="checkbox"/> Düşük</p>	<p>Gelecek için önemli planlarınız nelerdir?</p>
<p>Stresli olduğunuzda / zor bir durumla karşılaştığınızda ne yaparsınız?</p> <p><input type="checkbox"/> Başkaları ile konuşma</p> <p><input type="checkbox"/> Alkol, sigara, ilaç vb. kullanma</p> <p><input type="checkbox"/> Fiziksel aktivite</p> <p><input type="checkbox"/> İçme kapanma</p> <p><input type="checkbox"/> Ağlama</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer</p> <p>.....</p>	<p>Din ile ilgili yakın ilişkileriniz var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p>
<p>Şu anki stresiniz ile baş etmede herhangi bir yöntem kullandınız mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p>	<p>Hastalığınızın dini uygulamalara etkisi var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p>

LABORATUAR BULGULARI

	Referans Aralığı	Sonuç .../.../...	Sonuç .../.../...	Değerlendirme
Hemogram				
Eritrosit (RBC)				
Lökosit (WBC)				
Trombosit (PLT)				
Hemoglobin (Hgb)				
Hematokrit (Htc)				
Lenfosit				
Monosit				
Nötrofil				
Eozinofil				
Bazofil				
Biyokimya				
Glukoz				
ALT				
AST				
Alkalen Fosfataz (ALP)				
GGT				
Protein total (kan)				
Albumin (kan)				
Bilirubin total				
Bilirubin direkt				
BUN				
Ürik asit				
Kreatinin				
Sodyum (Na)				
Potasyum (K)				
Klor (Cl)				
Fosfor (P)				
Kalsiyum (Ca)				
Total Kolesterol				
LDL				
HDL				
VLDL				
Trigliserit				
LDH				
Troponin				
Creatinin Fosfo Kinaz				
CPK MB				

	Referans aralığı	Sonuç .../.../....	Sonuç .../.../....	Değerlendirme
Koagülasyon testleri				
INR				
aPTT				
Fibrinojen				
D dimer				
Kan gazı arteriyel				
pH 7.35-7.45				
PaO2 90-100				
PaCO2 35-45				
HCO3 22-26				
SPO2 95-100				
Lac				
TIT				
Dansite				
pH				
Eritrosit				
Lökosit				
Diğer				

TANI ve TETKİKLER (MR, TOMOGRAFİ, ULTRASON, BİYOPSİ vb.)

Tarih	Testin Adı	Niçin Yapıldığı	Sonuç/Yorum

Tıbbi Tanı Bilgi Formu

Hastanın Tıbbi Tanısı:
Etiyoloji:
Patofizyoloji:
Tanı Yöntemleri:
Klinik Belirti-Bulgular:
Tıbbi Tedavi ve Hemşirelik Yönetimi:

6.Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Veri Toplama Formları

1. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Veri Toplama Formu

Öğr. No:	Veri Toplama Tarihi:
Öğr. Adı-Soyadı:	Hastane:

Hastanın adı-soyadı: Yaş: Cinsiyet: Eğitim durumu: Medeni durum: Meslek:	Hastane-Klinik: Yatış tarihi: Geliş yeri: Ev () Acil () Dış merkez () Tıbbi Tanı: Kan grubu:
Bilgi kaynakları: Kendisi () Yakını () Sağlık çalışanları () Diğer	Anestezi türü: Genel () Spinal () Lokal () Epidural () Diğer (Açıklayınız)..... Yapılan cerrahi girişim: Cerrahi girişim tarihi:

1) SAĞLIĞIN ALGILAMA VE SAĞLIĞI YÖNETME

Hastaneye geliş şikayeti ve öyküsü:	
Özgeçmişi: Geçirdiği hastalıklar/Kronik hastalıklar:	Geçirdiği ameliyatlar:

<i>Evde sürekli kullanılan reçeteli/reçetesiz ilaçlar</i>	<i>Alerjileri</i>
<i>Soy geçmiş (Ailesel hastalıklar):</i>	
<i>Alışkanlıklar</i>	
Sigaratane-paket/gün	
Alkolmiktarı/sıklığı	
Maddemiktarı/sıklığı	

2. BESLENME VE METABOLİK DURUM

Beslenme				
<i>Boy: Kilo: BKİ:</i>				
BKİ'ni Değerlendirme: BKİ<18-zayıf, BKİ=18-25-normal, BKİ=25-30-fazla kilolu, BKİ=30-40-obez, BKİ >40-morbid obez				
<i>Beslenme şekli:</i> Oral: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Neden:.....				
Enteral beslenme:	Oral:(cc/saat)	NG sonda: (cc/saat)	Gastrostomi cc/saat)	Jejunostomi cc/saat)
Parenteral Beslenme:	Periferal (cc/saat)	Santral (cc/saat)	Port (cc/saat)	
<i>Diyet:</i> <input type="checkbox"/> Sıvı diyet (Rejim 1) <input type="checkbox"/> Yarı yumuşak (Rejim 2) <input type="checkbox"/> Normal (Rejim 3) <input type="checkbox"/> Özel diyet				
<i>İştah:</i> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış				

Öğünler	Kahvaltı	Öğle yemeği	Akşam yemeği	Ara öğünler
Tarih/%Yendi				
Tarih/%Yendi				

Yeme ile ilgili sorunlar: Yutma güçlüğü Hazımsızlık Abdominal Ağrı

Abdominal gerginlik Bulantı Kusma..... (miktar/gün)

Tat Duyusu: Normal Bozulmuş

Oral Mukoza: Tam Pembe Nemli Kuru Aft Lezyon

Takma Diş: Yok Var Ağız kokusu Diş çürüğü

Diğer:.....

Sorun Saptanmadı:

Metabolik Durum

Son 6 ayda kilo artışı:

Son 6 ayda istem dışı kilo kaybı:.....

Cilt ve tırnakların durumu:

Cilt turgoru: Turgor iyi Gecikmiş **Cilt yapısı:** Kuru Nemli

Cilt sıcaklığı: Ilık Soğuk Sıcak

Cilt ile ilgili sorunlar: Sorun yok Ödem Lekelenme Kaşıntı Peteşi

Hematom Kızarıklık İkter Döküntü Ekimoz

Tırnaklar: Normal Değişiklik

Saçlar: Normal Dökülme

Ödem değerlendirilmesi: Yok Var Yeri: Evresi

Evrelendirme: 0-15sn +, 15-30sn ++, 30-45sn +++, 45sn ve sonrası ++++

Yara: Yok Var Yeri: Büyüklüğü:

IV Katater: Yok Var (yeri, takılma zamanı ve görünümü):

Santral Katater: Yok Var (yeri, takılma zamanı ve görünümü):

Basınç yarası: Yok Var Yeri: Evresi:

Braden Skalası (Basınç Yaralanması Tanılama ve Değerlendirme Skalası)

	1	2	3	4	Puan
Duyusal Algılama	Tamamen sınırlı	Çok sınırlı	Hafif sınırlı	Bozulma yok	
Nem/İslaklık	Sürekli nemli	Çok nemli	Ara sıra nemli	Nadiren nemli	
Aktivite	Yatağa bağımlı	Sandalyeye oturabilir	Ara sıra yürür	Sık sık yürür	
Hareket	Tamamen hareketsiz	Çok sınırlı	Hafif sınırlı	Sınır yok, hareketli	
Beslenme	Çok kötü, kaşektik	Yetersiz	Yeterli	Çok iyi	
Sürtünme ve Yırtılma	Problem var	Problem olabilir	Problem yok	Bozulma yok	

Toplam Puan:

*Toplam Braden skalasının 16'dan az olması basınç yarası riskini gösterir.

*KAYNAK: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/resource/pressureulcer/tool/pu7b.html#:~:text=The%20Braden%20Scale%20was%20developed,risk/%20for%20pressure%20ulcer%20development>

Cerrahi insizyon varlığı: Yok Var Yeri:

Cerrahi insizyon ile ilgili sorunlar: Akıntı Ağrı Kızarıklık Isı artışı Diğer

Pansuman özelliği ve sıklığı:

Drenaj Sistemleri	Yok	Var	Yeri	Drenaj rengi, kokusu	Miktar
Hemowak dren					
Jackson-pratt					
Penrose dren					
Göğüs tüpü					
Nazogastrik sonda					

Diğer:.....

Sorun Saptanmadı:

3. BOŞALTIM

Bağırsak Boşaltımı			
<p><i>Normal Bağırsak Alışkanlığı:</i></p> <p><i>Hastanedeki bağırsak alışkanlığı:</i></p> <p><i>Barsak sesleri:</i>...../dk</p> <p><i>En son barsak boşaltım tarihi:</i>.....</p> <p><i>Abdomen değerlendirmesi:</i> <input type="checkbox"/> Yumuşak <input type="checkbox"/> Yarı yumuşak <input type="checkbox"/> Gergin <input type="checkbox"/> Sert <input type="checkbox"/> Düz <input type="checkbox"/> Hassas</p> <p><i>Ostomi varlığı:</i> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var: <input type="checkbox"/> Kolostomi <input type="checkbox"/> İleostomi</p> <p><i>Bağırsak boşaltımı ile ilgili sorunlar:</i> <input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> Dışkılama sırasında ağrı <input type="checkbox"/> Hemoroid <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Fekal İnkontinans <input type="checkbox"/> Diyare sıklığı:..... <input type="checkbox"/> Konstipasyon Kaçınıcı Gün:</p> <p>Diğer:.....</p> <p>Sorun Saptanmadı:</p>			
İdrar Boşaltımı			
<p><i>İdrar yapma ile ilgili sorunlar:</i> <input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> İdrar tutma <input type="checkbox"/> İdrar Kaçırma <input type="checkbox"/> Glop</p> <p><i>İdrar rengi:</i> <input type="checkbox"/> Şeffaf / Açık <input type="checkbox"/> Sarı <input type="checkbox"/> Bulanık <input type="checkbox"/> Tortulu <input type="checkbox"/> Diğer</p> <p><i>İdrar atılımına yardımcı araçlar/uygulamalar</i></p> <table border="1"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Üretral kateter / Foley sonda: <input type="checkbox"/> Suprapubik kateter: <input type="checkbox"/> Prezervatif sonda: <input type="checkbox"/> Ürostomi</td><td><input type="checkbox"/> Mesane jimnastiği: <input type="checkbox"/> Hemodiyaliz: <input type="checkbox"/> Periton diyalizi:</td></tr></tbody></table> <p>Diğer:.....</p> <p>Sorun Saptanmadı:</p>		<input type="checkbox"/> Üretral kateter / Foley sonda: <input type="checkbox"/> Suprapubik kateter: <input type="checkbox"/> Prezervatif sonda: <input type="checkbox"/> Ürostomi	<input type="checkbox"/> Mesane jimnastiği: <input type="checkbox"/> Hemodiyaliz: <input type="checkbox"/> Periton diyalizi:
<input type="checkbox"/> Üretral kateter / Foley sonda: <input type="checkbox"/> Suprapubik kateter: <input type="checkbox"/> Prezervatif sonda: <input type="checkbox"/> Ürostomi	<input type="checkbox"/> Mesane jimnastiği: <input type="checkbox"/> Hemodiyaliz: <input type="checkbox"/> Periton diyalizi:		

4. KARDİYOVASKÜLER VE SOLUNUM

Kardiyovasküler Sistem	
Nabız:/dk	
Kan basıncı: /mmHg	
Kapiller Dolum: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gecikmişsn <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Göğüs ağrısı	
<input type="checkbox"/> Senkop <input type="checkbox"/> Çarpıntı	
Periferel nabızlar: Radyal: Brakiyal: Femoral:	
Popliteal: Tibialis posterior: Dorsalis pedis:	
Varis: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <i>Hangi bacak:..... Derecesi:.....Varis çorabı kullanımı:.....</i>	
Diğer:	
Sorun Saptanmadı:	
Solunum	
Solunum Hızı:/dk O₂ Satürasyonu:	
Solunum: <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz	
Solunum Derinliği: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Yüzeysel <input type="checkbox"/> Derin	
Solunumda Zorluk: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Dinlenmekle <input type="checkbox"/> Çabayla	
<input type="checkbox"/> Hemoptizi:..... <input type="checkbox"/> Dispne:.....	
<input type="checkbox"/> Siyanoz :..... <input type="checkbox"/> Öksürük:.....	
<input type="checkbox"/> Balgam:..... Rengi:..... Miktarı:.....	
Yardımcı solunum araçları	
Kanül: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:lt/dk	
Maske: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:.....lt/dk	
BİPAP: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Mekanik ventilasyon: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Trakeostomi: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Solunuma ilişkin yardımcı uygulamalar	
Derin solunum/öksürük egzersizi (sıklığı):	
Aspirasyon/Sakşın (sıklığı):	
Triflow(sıklığı):	
Postural drenaj (Sıklığı):	

Diğer:Sorun Saptanmadı:

5. AKTİVİTE ve EGZERSİZ

Kas- İskelet Sistemi

Postürü:**Kas tonüsü:**.....

Hareket durumu: Hipoaktif Normal Hiperaktif

Hareket düzeyi: Normal/serbest Tuvalete gider Yatak istirahati

Yardımcı araç kullanımı: Yürüteç Baston Tekerlekli Sandalye Koltuk Değneği

Kas-iskelet ile ilgili sorunlar:

Sorun yok Kramp Tremor Artrit Kas spazmı

Ekstremitelerde ödem Ekstremitelerde ağrı Eklemlerde şişlik

Eklemlerde kızarıklık Eklemlerde ağrı, hassasiyet Fraktür Kontraktür

Deformite Amputasyon Parazi Pleji

Diğer:.....

Sorun Saptanmadı:

Günlük Aktivite

Aktivite için enerji düzeyi: Yeterli Yeterli değil

Günlük aktivitelerini yerine getirme durumu

	0 (Kendi Kendine Tam Bakıyor)	1 (Araç Gerece Gereksinim Duyuyor)	2 (Bir Başka Kişinin Denetiminde Yapıyor)	3 (Bağımlı)
Yeme-içme				
Giyinme				
Banyo yapma				
Yatak içi hareket				
Yürüme				
Hijyen				
Tuvalet				

Diğer:.....

Sorun Saptanmadı:

6. UYKU-DİNLENME

Düzenli:

Düzensiz:

Evdeki uyku düzeni: Gece., Gündüz: Toplam süre:

Hastanedeki uyku düzeni: Gece., Gündüz: Toplam süre:

Uyku ile ilgili sorunlar: İlgili sorun varlığı: Sorun yok Uykuya dalmakta güçlük

Gece uyanma:..... Sabahları geç kalkma Gece sık idrara çıkma:

Uyumayı kolaylaştıran uygulamalar

Yatmadan ılık bir şeyler içmek: Uyku ilacı:

Gevşeme egzersizleri yapmak: Ilık duş almak:

Diğer:

Sorun saptanmadı

7. BİLİŞSEL-ALGILAMA

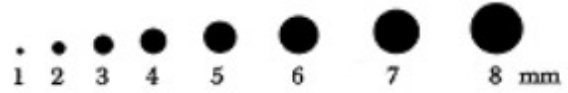
Bilinç Düzeyi: Uyanık Koopere Uykulu Uyandırmak Zor Koma

Oryantasyon: Kişi: Var Yok Yer: Var Yok Zaman: Var Yok

Glaskow koma skalası

Göz Yanıtı	Sözel yanıt	Motor Yanıt	Değerlendirme
4. Spontan	5. Oryante	6. Sözel emirlere uyar	3-8 : Anlamlı nörolojik hasar
3. Sözel uyaranlar	4. Konfüze	5. Ağrıyı lokalize eder	9-12 : Orta dereceli nörolojik hasar
2. Ağrılı uyaranlar	3. İlgisiz kelimeler	4. Fleksör cevap	13-14 : Hafif nörolojik hasar
1. Yanıt yok	2. Anlamsız sesler	3. Dekortike cevap	15 : Tam uyanık
	1. Yanıt yok	2. Deserebre cevap	
		1. Yanıt yok	

Pupil ışık refleksi: Var Yok



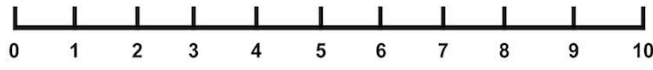
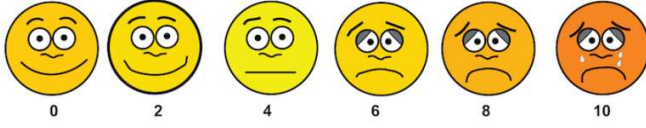
Pupil çapı :

Konuşma	Görme	İşitme	Koku Alma
<input type="checkbox"/> Anlaşılır <input type="checkbox"/> Disfazik <input type="checkbox"/> Boğuk <input type="checkbox"/> Kekeleyerek Konuşma isteği: Konuştuğu dil:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gözlük/lens varlığı <input type="checkbox"/> Miyopi <input type="checkbox"/> Hipermetropi <input type="checkbox"/> Katarakt <input type="checkbox"/> Akıntı	İşitme kaybı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var: Sağ <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> İşitme cihazı varlığı <input type="checkbox"/> Kulaklarda çınlama <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Ağrı	Normal: Artmış: Azalmış:

Ağrı Değerlendirmesi

Ağrı: Yok Var Yeri: **Şiddeti:**.....

Vong Baker Yüzler Ağrı Derecelendirme Ölçeği



0: Yok

1-2: Çok az

3-4: Biraz fazla

5-6: Çok

7-8: Fazla

9-10: Dayanılmaz

Ağrıya Eşlik eden bulgular: Bulantı-kusma Uykusuzluk İştahsızlık Terleme
 Fizik aktivitede azalma Sosyal aktivitede azalma

Şiddetlendiren Faktörler:

Ağrıyı başlatan durumlar: Oturma Masaj Hareket Pozisyon
 Pansuman Soluk alıp verme Diğer-----

Azaltan faktörler: Ortam değişikliği Hareket Pozisyon Masaj İlaç
 Sıcak/soğuk uygulama İstirahat Diğer.....

8. KENDİNİ ALGILAMA KAVRAMA

Genel görüntü: Sakin Mutlu Mutsuz Üzgün Depresif Ajite
 Kızgın Huzursuz Diğer

Beden imajında değişiklik: Yok Var: Açıklayınız

9. ROL-İLİŞKİ

Aile yapısı: <input type="checkbox"/> Çekirdek aile <input type="checkbox"/> Geniş aile	<i>Ailedeki üstlendiği sorumluluk:.....</i>
Çalışma durumu: <input type="checkbox"/> Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor	
<i>Hastalığın iş hayatına etkisi:</i>	<i>Hastalığı sosyal yaşam etkisi:</i>
<i>Rol ve ilişkilerindeki Değişim:</i> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	

10. CİNSELLİK-ÜREME

Hastalığı cinsel yaşam etkisi: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		
<i>Kadınlar için:</i>		
Menapoza girme durumu: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	HRT kullanımı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:..... (yıl)	
OKS kullanımı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:..... (yıl)		
<i>Üreme Organları ile ilgili sorunlar:</i> <input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Kanama		
<i>Meme ile ilgili yaşanan sorunlar:</i> <input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> Ağrı/hassasiyet <input type="checkbox"/> Renk değişikliği <input type="checkbox"/> Akıntı		
<input type="checkbox"/> Fibrokistik hastalık		
<i>KKMM</i>	<i>Mamografi</i>	<i>Meme cerrahisi</i>
<input type="checkbox"/> Yapıyor <input type="checkbox"/> Yapmıyor	<input type="checkbox"/> Çektirmiş <input type="checkbox"/> Çektirmemiş	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
<i>Erkekler için:</i>		
Prostat/testis muayenesi: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		

TEDAVİ PLANI

PARENTERAL TEDAVİ				ORAL TEDAVİ			
Başlangıç tarihi	İlaç adı	Sıklığı ve dozu	Farmakolojik etkisi	Başlangıç tarihi	İlaç adı	Sıklığı ve dozu	Farmakolojik etkisi
İlaçların önemli yan etkileri:							

ALDIĞI-ÇIKARDIĞI SIVI İZLEMİ

Saat	Aldığı				Çıkardığı					
	Oral Sıvı	Parenteral	TPN	Diğer	İdrar	Kusma	NG	Ostomi	Dren-I	Diğer
Aralığı		Sıvı								
Aldığı=Çıkardığı= Balans/Denge :										

HEMOGRAM SONUÇLARI

	Referans Aralığı	Sonuç	Sonuç	Değerlendirme
		.../.../...	.../.../...	
Hemogram				
Eritrosit (RBC)				
Lökosit (WBC)				
Trombosit (PLT)				
Hemoglobin (Hgb)				
Hematokrit (Htc)				
Lenfosit				
Monosit				
Nötrofil				
Eozinofil				
Bazofil				
Biyokimya				
Glukoz				
ALT				
AST				
Alkalen Fosfataz (ALP)				

GGT				
Protein total (kan)				
Albumin (kan)				
Bilirubin total				
Bilirubin direkt				
BUN				
Ürik asit				
Kreatinin				
Sodyum (Na)				
Potasyum (K)				
Klor (Cl)				
Fosfor (P)				
Kalsiyum (Ca)				
Total Kolesterol				
LDL				
HDL				
VLDL				
Trigliserit				
LDH				
Troponin				
Creatinin Fosfo Kinaz				
CPK MB				

	Referans aralığı	Sonuç/...../.....	Sonuç/...../.....	Değerlendirme
<u>Koagölasyon testleri</u>				
INR				
aPTT				
Fibrinojen				
D dimer				
<u>Kan gazı arteriyel</u>				
pH 7.35-7.45				
PaO2 90-100				
PaCO2 35-45				
HCO3 22-26				
SPO2 95-100				
Lac				
<u>TIT</u>				
Dansite				
pH				
Eritrosit				
Lökosit				
<u>Diğer</u>				

TANISAL TESTLER/İŞLEMLER

(X-ray, USG, BT, MR, EKG, Biyopsi, Endoskopi gibi Tarih/Saat ve Tanısal Bulgular/Sonuçlar)

TARİH	TESTİN ADI	NİÇİN YAPILDIĞI	SONUÇ/YORUM

AMELİYAT RAPORU:

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ		Hastanın Adı Soyadı: Ameliyat Bölgesi: Ameliyat Tarihi:	
1.Klinikten Ayrılmadan Önce	2.Anestezi Verilmeden Önce	3.Ameliyat Kesisinden Önce	4.Ameliyattan Çıkmadan Önce
1.Hastanın <input type="checkbox"/> Kimlik Bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Ameliyat Bölgesi doğrulandı.	10.Hastanın kendisinden <input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Ameliyat Bölgesi <input type="checkbox"/> Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası Doğrulandı.	17. Ekipteki kişiler kendilerini ad,soyad ve övrevleri ile tanıttı mı? <input type="checkbox"/> Evet 18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı,ameliyat bölgesini teyit etti mi? <input type="checkbox"/> Evet 19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi <input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı <input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar <input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri <input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu	26.Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak <input type="checkbox"/> Hasta, <input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi Teyit edildi.
2.Hastanın rızası kontrol edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....	11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretlenme uygulanamaz	20.Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? <input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı.	27. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet/tam <input type="checkbox"/> Hayır

<p>3.Hasta aç mı? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>4.Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>5.Hastada makyaj/oje,protez,değerli eşya var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>6.Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p>	<p>12. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Hastanın risk değerlendirmesi</p> <p>14. Hastanın bilinen alerjisi var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p>	<p>21. Kullanılacak malzemeler hazır mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>22. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>	<p>28. Hastadan alınan numune etiketinde <input type="checkbox"/> Hastanın adı soyadı <input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı</p> <p>29.Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Anestezinin önerileri:</p> <p><input type="checkbox"/> Cerrahın önerileri:</p>
<p>7.Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı? <input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Mesane Kateterizasyonu <input type="checkbox"/> Varis çorabı <input type="checkbox"/> Özel tedavi protokolü <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>8.Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu? <input type="checkbox"/> Evet</p>	<p>15. gerekli görüntüleme cihazları var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var,uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.</p>	<p>23.Kan şekeri kontrolü gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>24. Antikoagülan kullanımı var mı? <input type="checkbox"/> Evet Hayır</p> <p>25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>	<p>30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet</p>

<http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4334,guvenlicerrahikontrollistesipdf.pdf?0>

7.Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Veri Toplama Formları

1. Perinatoloji Veri Toplama Formu

Öğr. No:	Veri Toplama Tarihi:
Öğr. Adı-Soyadı:	Hastane:

I. TANITICI BİLGİLER	
Adı Soyadı:	Tarih:
Yaşı:	Yatış Tarihi:
Eğitimi:	
Tıbbi Tanı:	
Çalışma durumu:	Mesleği:
Medeni durumu:	
Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler):	<u>Eşinin:</u>
Gelir Düzeyini Algılaması:	Yaşı:
Alerjisi:	Mesleği:
Evlilik Süresi:	Eğitimi:
Kan Grubu:	Kan Grubu:
Eşi ile Akrabalık Durumu:	

II. GENEL SAĞLIK ÖYKÜSÜ
1. Hastaneye Başvuru Nedeni ve Öyküsü (Şikayetin başlangıcı ve bu yakınmalar ortaya çıktığında neler yaptığı):
2. Şu an ki yakınmaları:
3. Kronik hastalıkları ve mevcut sağlık sorunları:
4. Sürekli ve düzenli kullandığı ilaçlar: ,
5. Geçirdiği ameliyatlar:
6. Soy Geçmişi:

7. Alışkanlıkları (miktar belirtiniz) Çay (ne kadar.....gün/hafta) Kahve (ne kadar.....gün/hafta) Sigara Kullanmıyor () Günde 15 ve daha fazla sigara içiyor () Günde 15'den az sigara içiyor () Alkol (ne kadar....gün/hafta) Diğer (ne.....ne kadar.....gün/hafta)
8. Uyku düzeni (evdeki duruma ve hastanedeki duruma göre değerlendirin): Uyuyabiliyor() Uyuyamıyor () Nedeni.....
9. Sıvı alımı: bardak/gün (evdeki duruma ve hastanedeki duruma göre değerlendirin):
10. Defekasyon: kez/gün (evdeki duruma ve hastanedeki duruma göre değerlendirin):
11. İdrar yapma: kez/gün
Banyo yapma şekli ve sıklığı (evdeki duruma ve hastanedeki duruma göre değerlendirin):
12. Egzersiz: (evdeki duruma ve hastanedeki duruma göre değerlendirin):
13. Boş zamanı değerlendirme: (evdeki duruma ve hastanedeki duruma göre değerlendirin):

III. ŞU ANDAKİ SAĞLIK SORUNU	
Gebe ise şu andaki gebelik haftası:.....	Lohusa ise doğumda gebelik haftası:..... Doğum şekli: () NSD () C/S Postpartum.....gün
OBSTETRİK ÖYKÜ	JİNEKOLOJİK ÖYKÜ
Gebelik sayısı:	İlk adet yaşı:
Doğum sayısı:	Menstrüasyon süresi.....gün: Kanama miktarı..... ped/gün:
Yaşayan çocuk sayısı:	Menstrüasyon sıklığı.....gün:

GPYA:	Anormal kanama öyküsü (başlangıcı, süresi, eşlik eden faktörler, uygulanan tedavi ve sonucu): Amenore() Menoraji() Metroraji() Hipomenore() Oligomenore() Polimenore()
Çocukların yaşları:	Menstruasyon sırasında yaşadığı sorunlar:
Ölü doğum sayısı ve nedeni:	Probe küretaj:
Abortus sayısı ve nedeni:	Cinsel aktivite (sıklık, kısıtlılık gibi):
Küretaj sayısı ve nedeni:	Koitus sırasında her hangi bir problem yaşıyor mu (disparoni, postkoital ağrı, postkoital kanama, vb):
Anomalili doğum öyküsü:	Son smear tarihi ve sonucu:
Önceki gebelik/doğuma ilişkin sorunlar:	Geçirdiği jinekolojik sorunlar: Jinekolojik ameliyat: Ameliyatın tarihi(yapıldı ise):
Doğum kontrol yöntemi (Bu güne kadar hangi AP yöntemleri kullandı, ne kadar süredir kullanıyor, halen kullandığı yöntem ne, yöntem değiştirmek istiyor mu, kullandığı yöntemin yan etkisi oldu mu, doğumdan sonra hangi yöntemi kullanmak istiyor):	
Geçirdiği jinekolojik sorunlar: Jinekolojik ameliyat: Ameliyatın tarihi(yapıldı ise):	
CYBH/ Genital yol enfeksiyonu öyküsü: Son bir yıl içinde anormal vajinal akıntı var mı/devam ediyor mu?: Son iki ay içinde anormal kanama: Genital bölgede deri lezyonu: Son üç ay içinde eşinin cinsel organında yara, akıntı var mı? Vulvada kaşıntı:	

IV. BU GEBELİĞİ İLE İLGİLİ VERİLER (Gebe ve lohusada doldurulması zorunlu)	
SAT:	Tahmini doğum tarihi:
Şu andaki gebelik haftası:	
Leopold muayene bulguları Prezentasyon: Situs: Pozisyon:	
Fetal kalp hızı:...../dk	Taşikardi () Bradikardi ():
Fetal hareket takibi: Fetal hiperaktivite ()	Fetal hipoaktivite ():
Gebelikte kontrole gitme durumu(): Gebeliğin ilk 12 haftası içinde(): 18-20. hafta içinde(): 24-28 hafta içinde(): 36. hafta():	
Önceki gebeliği ile arasındaki süre:	
Gebelikte vitamin kullanımı Demir: Evet () Hayır () Kullanım zamanı: D vit: Evet () Hayır () Kullanım zamanı: Folik asit: Evet () Hayır () Kullanım zamanı:	
OGTT: Kaçınıcı hafta yapıldı: Kaç gram?:	
Prenatal Tarama Testleri İkili: Üçlü: Dörtlü:	
Gebelik öncesi; Boy: Kilo: BKİ:	
Gebelikte kilo alımı:	
Emzirme açısından memelerin durumu (meme başı, areola rengi, montgomery tüberkülleri vs.): Meme muayenesi açısından: Memelerde dolgunluk Evet () Hayır () Memelerde hassasiyet Evet () Hayır () Memelerde anormal renk değişimi/nodül/kızarıklık Evet (açıklayınız.....) Hayır () Memelerin büyüklükleri eşit ve simetrik mi? Evet () Hayır ()	
Abdomen Stria: Evet () Hayır () Linea Nigra: Evet () Hayır () Diastazis Rekti: Evet () Hayır ()	

Tetanos Aşısı:		
1. Doz	Evet ()	Hayır () Zamanı:
2. Doz	Evet ()	Hayır () Zamanı:
3. Doz	Evet ()	Hayır () Zamanı:
4. Doz	Evet ()	Hayır () Zamanı:
5. Doz	Evet ()	Hayır () Zamanı:
Hepatit B aşısı	Evet ()	Hayır () Zamanı:
TORCH testi:	Evet ()	Hayır () Zamanı:
Vajinal Kanama:	Evet ()	Hayır ()
Vajinal akıntı:	Evet ()	Hayır ()
Evet ise; renk..... koku..... miktar.....		
Gebelikte ilgili şikayetler (fizyolojik ve varsa hastalık gibi patolojik durumlar)		
1. Trimestırda görülen şikayetler:		
2. Trimestırda görülen şikayetler:		
3. Trimestırda görülen şikayetler:		
Gebelikte ilaç kullanma öyküsü (ilaç kullanıp bırakma ve devam etme, kullandığı ilaç ve neden kullandığı):		
Gebeliği planlama/isteme durumu:		
Gebeliğe karşı gebenin, babanın ve varsa ailenin tepkisi ve uyumu:		
Gebeliğin halen ya da gelecekteki yaşam aktivitelerini ve hedeflerini etkileme durumu:		
Gebelik için gebenin şuanda yaşadığı duygular:		
Gebelik ile birlikte kendi veya bebekle ilgili veya doğumla ilgili yaşanan herhangi bir endişe/korku var mı, devam ediyor mu?		
Gebelikte sosyal destek var mı, varsa kimler, memnuniyet durumu?		
Gebeliğe ilişkin uygulanan geleneksel uygulamalar var mı, varsa neler açıklayınız.		

V. DOĞUMA İLİŞKİN VERİLER (Gebe ise doldurmayınız)		
Doğum şekli:	Doğum tarihi-saati:	
Doğum süresi:		
Doğumda komplikasyon durumu:		
Yenidoğan sayısı:	Cinsiyeti:	
Doğumda gestasyon haftası:		
Kilosu:	Boy:	Baş çevresi:
Apgar skoru:	1. Dakika:	5. Dakika:

VI. LOHUSALIK DÖNEMİNE İLİŞKİN VERİLER (Gebe ise doldurmayınız)			
	Postpartum....gün	Postpartum....gün	Postpartum....gün
Uterus involüsyon bulgularını değerlendirme Fundusun Pozisyonu: Kıvamı: Seviyesi:			
Kanama kontrolü:	Loşia Renk: Miktar(ped sayısı...../24 saat) İçerik: Koku:	Loşia Renk: Miktar(ped sayısı...../24 saat) İçerik: Koku:	Loşia Renk: Miktar(ped sayısı...../24 saat) İçerik: Koku:
Epizyotomi durumu: Evet () Hayır () Şiddetli ağrı: Evet () Hayır () Hematom: Evet (açıklayınız.....) Hayır () Akıntı: Evet () Hayır () Kızarklık: Evet () Hayır () Ödem Evet () Hayır () Ekimoz Evet () Hayır ()			
Perinide laserasyon/yırtık durumu:			
Sezaryen ise insizyon durumu:			

<p>Perine hijyeni Perineyi temizleme yöntemi (taharetlenme, su sabun tuvalet kağıt kullanımı) İç çamaşır değiştirme sıklığı:</p> <p>İç çamaşırın özelliği (pamuklu, sentetik, gibi): vs):</p> <p>Lohusalıkta kullanılan ped değiştirme sıklığı:gün</p> <p>Ped değiştirirken el hijyenine dikkat etme durumu:</p>			
<p>Memelerin durumu:</p> <p>Engorjman: Evet (açıklayınız.....) Hayır ()</p> <p>Mastit: Evet (açıklayınız.....) Hayır ()</p> <p>Memelerde dolgunluk Evet (açıklayınız.....) Hayır ()</p> <p>Memelerde hassasiyet Evet (açıklayınız.....) Hayır ()</p> <p>Meme ucunda çatlak/yara: Evet (açıklayınız.....) Hayır ()</p> <p>Meme ucunda ağrı: Evet (açıklayınız.....) Hayır ()</p> <p>Memelerde anormal renk değişimi/nodül/kızarıklık Evet (açıklayınız.....) Hayır ()</p>			

<p>Memelerin büyüklükleri eşit ve simetrik mi? Evet () Hayır ()</p> <p>Emzirmeye uygun sütyen kullanıyor mu? Evet () Hayır ()</p> <p>Emzirme durumu: Evet () Hayır ise ne ile nasıl besliyor (açıklayınız.....)</p> <p>Sıklığı:</p> <p>Süresi:</p> <p>Pozisyonu: Evet () Hayır ()</p> <p>Süt sağma durumu Evet elle () pompayla () Hayır ()</p> <p>Meme başı içe dönük () Evet (açıklayınız.....) Hayır ()</p> <p>Meme başı bebeğin kavrayacağı şekilde çıkık Evet (açıklayınız.....) Hayır ()</p>			
<p>Alt ekstremiteler Tibial ödem Evet (açıklayınız.....) Hayır ()</p> <p>Homan's belirtisi Evet (açıklayınız.....) Hayır ()</p> <p>Varis Evet (açıklayınız.....) Hayır ()</p>			

<p>Eliminasyon Üriner kateter var mı? Evet () Hayır ()</p> <p>Doğum sonu kaçınıcı saatte çıkarıldı.....</p> <p>Kateter çıkarıldıktan kaç sonra spontan idrar çıkışı oldu.....</p> <p>İdrar Yaptı (doğum sonu kaçınıcı saat.....) Yapmadı () Gaita Yaptı (doğum sonu kaçınıcı saat.....) Yapmadı ()</p> <p>Bağırsak hareketleri (gaz çıkışı) Evet (doğum sonu kaçınıcı saat.....) Hayır()</p>			
<p>Doğum sonu beslenme Sezaryen/Normal doğumdan kaç saat sonra beslenme başladı, rejim tipi açıklayınız</p>			

<p>Lohusa-yenidoğan-aile ilişkileri:</p> <p>Kendini yorgun hissetme: Hayır () Evet (açıklayınız.....)</p> <p>Bebeğinin bakımına katılma/ bakımla ilgili sorular soruyor Hayır () Evet (açıklayınız.....)</p> <p>Bebeğini kucağına alıyor, dokunuyor,göz teması kuruyor Hayır () Evet (açıklayınız.....)</p> <p>Bebeğini seviyor, konuşuyor Hayır () Evet (açıklayınız.....)</p> <p>Emzirmeye istekli Hayır () Evet (açıklayınız.....)</p> <p>Bebeğin cinsiyetinden memnun Hayır () Evet (açıklayınız.....)</p> <p>Bebeğinden çok annenin kendi gereksinimlerine odaklanması Hayır () Evet (açıklayınız.....)</p>			
---	--	--	--

Lohusalıkta sosyal destek var mı, varsa kimler, memnuniyet durumu açıklayınız?			
Lohusalığa ve yenidoğana ilişkin uygulanan geleneksel uygulamalar var mı, varsa neler açıklayınız.			
Duygusal/psikolojik problemler(annelik hüznü, yalnızlık, kimsesizlik, huzursuzluk, sinirlilik, kolayca ağlama, nedensiz gerginlik, korku gibi)			

VII. SİSTEMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ
GİS: Bulantı () Kusma () Gaz () Regürjitasyon () Hazımsızlık () ishal () Kabızlık () Normal defekasyon alışkanlığı: (gün) Hemoroid (genişlik,ağrı,hassasiyet var mı?) () Diğer....
KVS: Aritmi () Taşikardi () Varis () Tromboflebit () Tibial Ödem () Derecesi ()
Solunum Sistemi: Solunum sıkıntısı () Takipne () Bradipne () Balgam () Öksürük () Renk (.....)
Memeler: Ağrı () Akıntı () Duyarlılık () Kitle () Asimetrik () Büyüklük () KKMM (sıklığı, yapıldığı zaman): Ailede (birinci derece yakınlar) meme kanseri öyküsü:
Genito-üriner Sistem: İnkontinans () Dizüri () Pollaküri () Poliüri () Hematüri () Noktüri () Abdominal distansiyon () Abdominal ağrı-kramp () Vajinal kanama () Diğer..... İdrara çıkma sıklığı/gün: İdrar boşaltım araçları: Var () Yok () İdrar miktarı: 1 saatlik: 24 saatlik : Ameliyat oldu ise kaç saat sonra idrar yaptı: Varsa idrar analizinin sonucu: (renk, dansite, berraklık, lökosit vb): KKVM (sıklığı, yapıldığı zaman):
Sinir Sistemi
Görme: (normal, myop, hipermetrop, diğer.....)
Sağ göz: Sol göz:
İşitme:
Sağ kulak yeterli () Sol kulak yeterli ()
Bilinç durumu: Açık () Koopere () Stupor () Senkop ()
Kullandığı yardımcı araçlar:
Kas-İskelet Sistemi
Ödem () Var () Yok () Var () Yok
Varis () Var () Yok () Var () Yok
Mobilize:
Aktivite kısıtlılığı:
Kullandığı yardımcı araç-gereçler:
Allerjileri:
Genital Sistem:

Prolapsus-relaksasyon () Myom () Kanser ()

Menstruasyon süresince banyo yapma durumu:

Menstruasyon sırasında ped kullanma özellikleri(değiştirme sıklığı, şekli, el yıkama, vs):

IX. ROL-İLİŞKİ

Aile yapısı/İlişkiler

Çekirdek aile :

Geniş aile :

Ailedeki üstlendiği sorumluluk:

Mevcut durumunun iş hayatına etkisi:

Mevcut durumunun sosyal yaşamına etkisi:

X. BAŞETME –STRES TOLERANSI

Şu anki mevcut durumunuz nedeni ile stres yaşıyor musunuz?

Hayır

Evet

Şu anki stres düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

Yüksek

Orta

Düşük

Stresli olduğunuzda / zor bir durumla karşılaştığınızda ne yaparsınız?

Başkaları ile konuşma

Alkol, sigara, ilaç vb. kullanma

Fiziksel aktivite

İçe kapanma

Ağlama

XI. DEĞER-İNANÇ

Yaşamınızdaki en önemli şey nedir?

Gelecek için önemli planlarınız nelerdir?

Din ile ilgili yakın ilişkileriniz var mı?

Hayır

Evet

Diğer

Şu anki stresiniz ile baş etmede herhangi bir yöntem kullandınız mı?

Hayır

Evet

Mevcut durumunuzun dini uygulamalara etkisi var mı?

Hayır

Evet

İLAC BİLGİLERİ

İlacın Adı	Endikasyonlar	Komplikasyonlar
Gebe/lohusanın genel görünümü(giyim, hijyen, emosyonel durum gibi):		
Gebe/lohusanın tedaviye uyumu:		

ALDIĞI-ÇIKARDIĞI SIVI İZLEMİ

Saat Aralığı	Aldığı				Çıkardığı					
	Oral Sıvı	Parenteral Sıvı	TPN	Diğer	İdrar	Kusma	NG	Ostomi	Dren-I	Diğer
Aldığı= Çıkardığı= Balans/Denge :										

LABORATUAR BULGULARI

	Referans Aralığı	Sonuç/...../.....	Sonuç/...../.....	Değerlendirme
<u>Hemogram</u>				
Eritrosit (RBC)				
Lökosit (WBC)				
Trombosit (PLT)				
Hemoglobin (Hgb)				
Hematokrit (Htc)				
Lenfosit				
Monosit				
Nötrofil				
Eozinofil				
Bazofil				
<u>Biyokimya</u>				
Glukoz				
ALT				
AST				
Alkalen Fosfataz (ALP)				
GGT				
Protein total (kan)				
Albumin (kan)				
Bilirübin total				
Bilirübin direkt				
BUN				
Ürik asit				
Kreatinin				
Sodyum (Na)				
Potasyum (K)				
Klor (Cl)				
Fosfor (P)				
Kalsiyum (Ca)				

Total Kolesterol				
LDL				
HDL				
VLDL				
Trigliserit				
LDH				
Troponin				
Creatinin Fosfo Kinaz				
CPK MB				
Koagülasyon testleri				
INR				
aPTT				
Fibrinojen				
D dimer				
Kan gazı arteriyel				
pH 7.35-7.45				
PaO2 90-100				
PaCO2 35-45				
HCO3 22-26				
SPO2 95-100				
Lac				
TİT				
Dansite				
pH				
Eritrosit				
Lökosit				
Diğer				

TANI ve TETKİKLER (MR, TOMOGRAFİ, ULTRASON, BİYOPSİ vb.)

Tarih	Testin Adı	Niçin Yapıldığı	Sonuç/Yorum

Tıbbi Tanı Bilgi Formu (Sağlıklı gebelik ve doğum sonu dönem için doldurulmayacak)

Hastanın Tıbbi Tanısı:
Etiyoloji:
Patofizyoloji:
Tanı Yöntemleri:
Klinik Belirti-Bulgular:
Tıbbi Tedavi ve Hemşirelik Yönetimi:

2. Yenidoğan Değerlendirme Formu

Bebeğin Adı Soyadı:

Cinsiyeti:

Doğum tarihi:

Doğum haftası:

Doğum şekli:

Doğumdan sonra geçen süre:

Bebeğin izlendiği klinik:

Öyküsü:

Bebeğin Isıtılması :

Göz Profilaksisi:

K Vitamini :

Kordon Muayenesi:

Bilirubin düzeyi:

İşitme taraması ile ilgili bilgi:

Görme taraması ile ilgili bilgi:

Gelişimsel kalça displazisi ile ilgili bilgi:

Kabul Sırasındaki Ölçüleri:

Ağırlık:

Boy:

Baş Çevresi:

Göğüs Çevresi:

Ateş:

Nabız:

Solunum Sayısı:

Kan Basıncı:

Genel Durum:

Bilinç Durumu:

Genel Görünüm:

Hidrasyon Durumu:

Emzirme ve beslenme ile ilgili öykü:

Aldığı tedaviler:

Ön fontanel büyüklüğü:cm		
Arka fontanel büyüklüğü:cm		
Yüzde doğum lekesi:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Kaşkulak hizası:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Gözler:	<input type="checkbox"/> Simetrik	<input type="checkbox"/> Asimetrik
Göz kapakları:	Sağ göz kapağı	Sol göz kapağı
Normal	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Ödemli	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Akıntı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

Burun delikleri:	Sağ burun deliği	Sol burun deliği
Kapalı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Açık	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Akıntı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Dudak ve damak:	<input type="checkbox"/> Simetrik	<input type="checkbox"/> Asimetrik
	<input type="checkbox"/> Yarık dudak	<input type="checkbox"/> Yarık damak
Dil:	<input type="checkbox"/> Hareketli	<input type="checkbox"/> Dil altı bağı var
Memeler:	Sağ meme	Sol meme
Dolgunluk	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Akıntı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Meme uçları:	<input type="checkbox"/> Simetrik	<input type="checkbox"/> Asimetrik
Solunum sırasında retraksiyon:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Cilt rengi:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Tüm cilt pembe <input type="checkbox"/> Tüm cilt mor	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Ekstremiteler mor vücut pembe <input type="checkbox"/> Tüm cilt sarı
Ciltte döküntü:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Ciltte doğum lekesi:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Yeri ve tipi.....)
Göbek etrafında kanama:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Umbilikal herni:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Dış genitaler (kız bebekler için):		
Akıntı	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Kanama	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Dış genitaler (erkek bebekler için):		
Fimozis	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Epispadias	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Hipospadias	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Akıntı	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Skrotum	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Aşırı ödemli ve büyük
Testisler	<input type="checkbox"/> İnmiş	<input type="checkbox"/> İnmemiş
Anüs:	<input type="checkbox"/> Kapalı	<input type="checkbox"/> Açık, mekonyumunu yaptı/yapmadı
Ekstremiteler:	Üst ekstremiteler	Alt ekstremiteler
Simetrik	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Asimetrik	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Avuç içi çizgisi:	<input type="checkbox"/> Tek	<input type="checkbox"/> Birden fazla
Bacak ve kalça kıvrımları:	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Eşit değil

REFLEKSLER		
Moro refleksi:	()Var	()Yok
El-ayak yakalama refleksi:	()Var	()Yok
Tonik boyun refleksi:	()Var	()Yok
Emme-yutma refleksi:	()Var	()Yok
Babinski refleksi:	()Var	()Yok
Gövdeyi içe eğme refleksi:	()Var	()Yok
Aksırma-öksürme refleksi:	()Var	()Yok

3. Jinekoloji/Cerrahi/Dahiliye Servisleri Veri Toplama Formu

Öğr. No:	Veri Toplama Tarihi:
Öğr. Adı-Soyadı:	Hastane:

I. TANITICI BİLGİLER	
Adı Soyadı:	Tarih:
Yaşı:	Yatış Tarihi:
Tıbbi Tanı:	
Eğitimi:	
Çalışma durumu:	Mesleği:
Medeni durumu:	
Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler):	<u>Eşinin:</u>
Gelir Düzeyi:	Yaşı:
Gelir Düzeyini Algılaması:	Mesleği:
Evlilik Süresi:	Sosyal güvencesi:
Kan Grubu:	Kan Grubu:
Eşi ile Akrabalık Durumu:	Eğitimi:

II. GENEL SAĞLIK ÖYKÜSÜ
1. Hastaneye Başvuru Nedeni ve Öyküsü (Hastalığın başlangıcı ve bu yakınmalar ortaya çıktığında neler yaptığı):
2. Şu an ki yakınmaları:
3. Kronik hastalıkları ve mevcut sağlık sorunları:
4. Sürekli ve düzenli kullandığı ilaçlar :
5. Geçirdiği ameliyatlar:
6. Soy Geçmişi:

<p>7. Alışkanlıkları (miktar belirtiniz)</p> <p>Çay (ne kadar....gün/hafta)</p> <p>Kahve (ne kadar....gün/hafta)</p> <p>Sigara kullanmıyor ()</p> <p>Günde 15 ve daha fazla sigara içiyor ()</p> <p>Günde 15'den az sigara içiyor ()</p> <p>Alkol (ne kadar....gün/hafta)</p> <p>Diğer (ne.....ne kadar.....gün/hafta)</p>
<p>8. Uyku düzeni (evdeki duruma ve hastanedeki duruma göre değerlendirin):</p> <p>Uyuyabiliyor() Uyuyamıyor () Nedeni.....</p>
<p>9. Sıvı alımı: bardak/gün (evdeki duruma ve hastanedeki duruma göre değerlendirin):</p>
<p>10. Defekasyon: kez/gün (evdeki duruma ve hastanedeki duruma göre değerlendirin):</p>
<p>11. İdrar yapma: kez/gün</p>
<p>Banyo yapma şekli ve sıklığı (evdeki duruma ve hastanedeki duruma göre değerlendirin):</p>
<p>12. Egzersiz: (evdeki duruma ve hastanedeki duruma göre değerlendirin):</p>
<p>13. Boş zamanı değerlendirme: (evdeki duruma ve hastanedeki duruma göre değerlendirin):</p>

III. ŞU ANDAKİ SAĞLIK SORUNU	
OBSTETRİK ÖYKÜ	JİNEKOLOJİK ÖYKÜ
Gebelik sayısı:	İlk adet yaşı:
Doğum sayısı:	Menapoz yaşı: Menopozda yaşadığı fiziksel ve psikolojik belirtiler: HRT alıyor mu, ne zaman başladı, uyumu nasıl? Menapoz süresince hangi tetkikleri yaptırmış? Mamografi () Kemik Dansite () Pap Smear ()
Yaşayan çocuk sayısı:	Menstrüasyon süresi.....gün: Kanama miktarı..... ped/gün:

Çocukların yaşları:	Menstrüasyon sıklığı.....gün:
Ölü doğum sayısı ve nedeni:	Menstruasyon sırasında yaşadığı sorunlar:
	Anormal kanama öyküsü (başlangıcı, süresi, eşlik eden faktörler, uygulanan tedavi ve sonucu): Amenore() Menoraji() Metroraji() Hipomenore () Oligomenore() Polimenore()
Abortus sayısı ve nedeni:	Son smear tarihi ve sonucu:
Küretaj sayısı ve nedeni:	Probe küretaj:
Anomalili doğum öyküsü:	Cinsel aktivite (sıklık, kısıtlılık gibi):
	Koitus sırasında her hangi bir problem yaşıyor mu (disparoni, postkoital ağrı, postkoital kanama, vb):
Önceki gebelik/doğuma ilişkin sorunlar:	Doğum kontrol yöntemi (Bu güne kadar hangi AP yöntemleri kullandı, ne kadar süredir kullanıyor, halen kullandığı yöntem ne, yöntem değiştirmek istiyor mu, kullandığı yöntemin yan etkisi oldu mu):
Son doğum yaşı:	Geçirdiği jinekolojik sorunlar: Jinekolojik ameliyat: Ameliyatın tarihi(yapıldı ise):
Yaptığı doğum şekli:	CYBH/ Genital yol enfeksiyonu öyküsü: Son bir yıl içinde anormal vajinal akıntı var mı/devam ediyor mu?:

<p>Gelecek doğurganlık hedefleri (tekrar gebelik düşünülüyor mu, ne zaman):</p>	<p>Son iki ay içinde anormal kanama:</p> <p>Genital bölgede deri lezyonu:</p> <p>Son üç ay içinde eşinin cinsel organında yara, akıntı var mı?</p> <p>Vulvada kaşıntı:</p>
---	--

IV. SİSTEMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BKİ:	Kilo:	Boy:
GİS: Bulantı () Kusma () Gaz () Regürjitasyon () Hazımsızlık () ishal () Hemoroid () Kabızlık () Normal defekasyon alışkanlığı: (gün)		
KVS: Aritmi () Taşikardi () Varis () Tromboflebit () Ödem () Diğer....		
Solunum Sistemi: Solunum sıkıntısı () Takipne () Bradipne () Balgam () Öksürük () Renk (.....)		
Memeler: Ağrı () Akıntı () Duyarlılık () Kitle () Asimetrik () Büyüklük () KKMM (sıklığı, yapıldığı zaman): Ailede (birinci derece yakınlar) meme kanseri öyküsü:		
Genito-üriner Sistem: İnkontinans () Dizüri () Pollaküri () Poliüri () Hematüri () Noktüri () Abdominal distansiyon () Abdominal ağrı-kramp () Vajinal kanama () Diğer..... İdrara çıkma sıklığı/gün: İdrar boşaltım araçları: Var () Yok () İdrar miktarı: 1 saatlik: 24 saatlik : Ameliyat oldu ise kaç saat sonra idrar yaptı: Varsa idrar analizinin sonucu: (renk, dansite, berraklık, lökosit vb): KKVM (sıklığı, yapıldığı zaman):		
Sinir Sistemi		
Görme: (normal, myop, hipermetrop, diğer.....)		
Sağ göz:	Sol göz:	
İşitme:		

Sağ kulak yeterli ()	Sol kulak yeterli ()		
Bilinç durumu: Açık ()	Koopere ()	Stupor ()	Senkop ()
Kullandığı yardımcı araçlar:			
<u>Kas-İskelet Sistemi</u>			
Ödem	() Var	() Yok () Var	() Yok
Varis	() Var	() Yok () Var	() Yok
Mobilize:			
Aktivite kısıtlılığı:			
Kullandığı yardımcı araç-gereçler:			
Allerjileri:			
<u>Genital Sistem:</u>			
Prolapsus-relaksasyon () Myom () Kanser ()			
İç çamaşırını değiştirme sıklığı:			
Perineyi temizleme yöntemi (taharetlenme, su sabun tuvalet kağıt kullanımı):			
İç çamaşırının dokusu (pamuklu, sentetik, gibi):			
Menstruasyon süresince banyo yapma durumu:			
Menstruasyon sırasında ped kullanma özellikleri(değiştirme sıklığı, şekli, el yıkama, vs):			

V. ROL-İLİŞKİ

Aile yapısı/İlişkiler

Çekirdek aile :

Geniş aile :

Ailedeki üstlendiği sorumluluk:

Mevcut durumunun iş hayatına etkisi:

Mevcut durumunun sosyal yaşamına etkisi:

VI. BAŞETME –STRES TOLERANSI	VII. DEĞER-İNANÇ
<p>Şu anki mevcut durumunuz nedeni ile stres yaşıyor musunuz? Hayır Evet</p>	<p>Yaşamınızdaki en önemli şey nedir?</p>
<p>Şu anki stres düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? Yüksek Orta Düşük</p>	<p>Gelecek için önemli planlarınız nelerdir?</p>
<p>Stresli olduğunuzda / zor bir durumla karşılaştığınızda ne yaparsınız? Başkaları ile konuşma Alkol, sigara, ilaç vb. kullanma Fiziksel aktivite İçe kapanma Ağlama Diğer</p>	<p>Din ile ilgili yakın ilişkileriniz var mı? Hayır Evet</p>
<p>Şu anki stresiniz ile baş etmede herhangi bir yöntem kullandınız mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p>	<p>Mevcut durumunuzun dini uygulamalara etkisi var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p>

İLAC BİLGİLERİ

İlacın Adı	Endikasyonlar	Komplikasyonlar
Hastanın genel görünümü(giyim, hijyen, emosyonel durum gibi):		
Hastanın tedaviye uyumu:		

ALDIĞI-ÇIKARDIĞI SIVI İZLEMİ

Saat Aralığı	Aldığı				Çıkardığı					
	Oral Sıvı	Parenteral Sıvı	TPN	Diğer	İdrar	Kusma	NG	Ostomi	Dren-I	Diğer
Aldığı= Çıkardığı= Balans/Denge :										

LABORATUAR BULGULARI

	Referans Aralığı	Sonuç/...../.....	Sonuç/...../.....	Değerlendirme
<u>Hemogram</u>				
Eritrosit (RBC)				
Lökosit (WBC)				
Trombosit (PLT)				
Hemoglobin (Hgb)				
Hematokrit (Htc)				
Lenfosit				
Monosit				
Nötrofil				
Eozinofil				
Bazofil				
<u>Biyokimya</u>				
Glukoz				
ALT				
AST				
Alkalen Fosfataz (ALP)				
GGT				
Protein total (kan)				
Albumin (kan)				
Bilirubin total				
Bilirubin direkt				
BUN				
Ürik asit				
Kreatinin				
Sodyum (Na)				
Potasyum (K)				
Klor (Cl)				
Fosfor (P)				
Kalsiyum (Ca)				

Total Kolesterol				
LDL				
HDL				
VLDL				
Trigliserit				
LDH				
Troponin				
Creatinin Fosfo Kinaz				
CPK MB				
Koagülasyon testleri				
INR				
aPTT				
Fibrinojen				
D dimer				
Kan gazı arteriyel				
pH 7.35-7.45				
PaO2 90-100				
PaCO2 35-45				
HCO3 22-26				
SPO2 95-100				
Lac				
TİT				
Dansite				
pH				
Eritrosit				
Lökosit				
Diğer				

TANI ve TETKİKLER (MR, TOMOGRAFİ, ULTRASON, BİYOPSİ vb.)

Tarih	Testin Adı	Niçin Yapıldığı	Sonuç/Yorum

Tıbbi Tanı Bilgi Formu

Hastanın Tıbbi Tanısı:
Etiyoloji:
Patofizyoloji:
Tanı Yöntemleri:
Klinik Belirti-Bulgular:
Tıbbi Tedavi ve Hemşirelik Yönetimi:

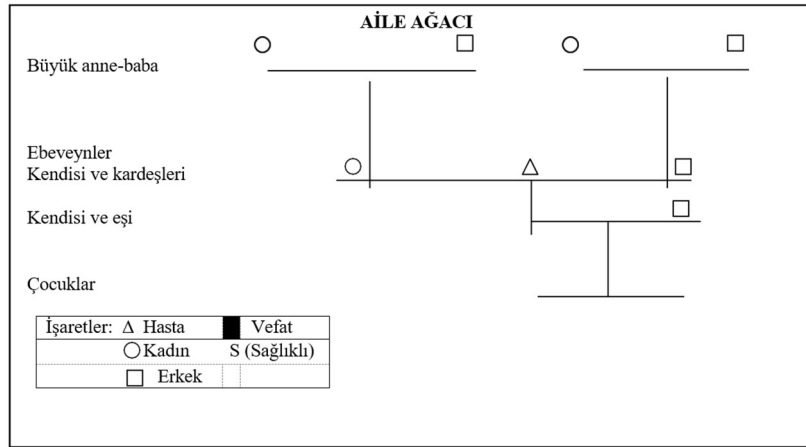
8.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Veri Toplama Formları

Yapılan aşıları işaretleyiniz:

	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	48.ay	13 yaş
Hepatit B										
BCG										
DaBT- IPA- Hib										
KPA										
KKK										
DaBT-IPA										
OPA										
Td										
Hepatit A										
Suçiçeği										
Diğer										

Doğumdan itibaren bebeğin/ çocuğun genel sağlık durumu (Hastalanma sıklığı ve tıbbi tanı farklılığı açısından sorgulayınız)**Soy Geçmiş**

- Anne, baba, kardeşler, büyük anne, büyük baba gibi yakın akrabaların sağlık durumları, ölmüşler ise nedenlerini içerecek şekilde tanımlanmalıdır.
- Sağlık durumu, aileden gelen risk faktörleri (Kanser, DM, HT, İnme/SVO, kalp-damar hastalıkları, böbrek hastalıkları, tüberküloz, mental hastalıklar vs.) belirtilmelidir.
- Aile ağacından hastanın genetik risklerini tanımlayınız (diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı, allerji, epilepsi vb.):
.....

**Hastanın Sürekli Kullandığı İlaçlar**

- Kronik hastalıklar nedeniyle sürekli kullanılması gereken veya dönemsel olarak kullanılan ilaçlar belirtilmelidir, ilaç isimlerinin belirtilmesi yeterlidir.

3. BESLENME		
Kilo:.....kg	Boy:.....cm	Baş çevresi:cm
Persentil:	Persentil:	Persentil:
BKİ = <i>Vücut ağırlığı(kg) / Boy (m²)</i>	<18	<input type="checkbox"/> Zayıf
	18-25	<input type="checkbox"/> Normal
	25-30	<input type="checkbox"/> Fazla kilolu
	30-40	<input type="checkbox"/> Obez
	>40	<input type="checkbox"/> Morbid obez
Beslenme Durumu:	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yardım ile
Beslenme Sıklığı: .../gün		
Besin Seçiciliği ve Reddi:	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Gıda Takviyesi:	<input type="checkbox"/> Alıyor:.....	<input type="checkbox"/> Almıyor
Son 6 ay içinde vücut ağırlığınızda herhangi bir değişiklik oldu mu?		
Kilo kaybı:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var Miktarı:
Kilo artışı:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var Miktarı:
İştahınız nasıl?	<input type="checkbox"/> Artmış	
	<input type="checkbox"/> Azalmış	
	<input type="checkbox"/> Değişiklik yok	
Beslenme şekli		
1. Oral <input type="checkbox"/> Anne Sütü/Formül süt		
<input type="checkbox"/> Normal besinler		
2. Enteral <input type="checkbox"/> Oral (Sıvılaştırılmış besinler)		
<input type="checkbox"/> OG/NG Sonda		
<input type="checkbox"/> Gastrostomi		
3. Parenteral (TPN) <input type="checkbox"/> Periferik kateter		
<input type="checkbox"/> Santral kateter		
<input type="checkbox"/> Port kateter		
Diyet		
Rejim 0 <input type="checkbox"/> Oral alım yok		
Rejim 1 <input type="checkbox"/> Sıvı diyet		
Rejim 2 <input type="checkbox"/> Yumuşak-katı		
Rejim 3 <input type="checkbox"/> Normal		
Diğer		
Bir Günlük Öğünlerin İçeriği/...../.....		
Kahvaltı		
Öğle yemeği		
Akşam yemeği		
Ara öğünler		
Beslenme ile ilgili sorunuz var mı?		
<input type="checkbox"/> Ağız kuruluğu		
<input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü		
<input type="checkbox"/> Bulantı		
<input type="checkbox"/> Kusma		
<input type="checkbox"/> Halitozis (Ağız kokusu)		
<input type="checkbox"/> Reflü		
<input type="checkbox"/> Diğer:.....		
<input type="checkbox"/> Regürjitasyon		
<input type="checkbox"/> Çiğneme güçlüğü		
<input type="checkbox"/> Tat duyusunda bozulma		
<input type="checkbox"/> Pirozis (Mide yanması) /Mide ağrısı		
<input type="checkbox"/> Distansiyon (Şişkinlik, gerginlik)		
<input type="checkbox"/> Beslenme sırasında yorulma/siyanoz		
Saç, Deri ve Tırnaklar		
Saç/kıllar:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Seyrek
	<input type="checkbox"/> Alopesi	<input type="checkbox"/> İnce
Tırnak:	Renk:	Lezyon:
	Şekil:	Hijyen:
Nemlilik:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Kuru
	<input type="checkbox"/> Terli	
Isı:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sıcak
	<input type="checkbox"/> Soğuk	
Fontanel	<input type="checkbox"/> Açık:..... cm	<input type="checkbox"/> Kapalı
Turgor:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Azalmış
Deri:	<input type="checkbox"/> Solgun	<input type="checkbox"/> Döküntü
	<input type="checkbox"/> Eritem	<input type="checkbox"/> Lanugo tüyleri
	<input type="checkbox"/> Kül Rengi	<input type="checkbox"/> Verniks kazeoza
Ödem değerlendirme		
Değerlendirme bölgesi:		
<input type="checkbox"/> 0-15 sn	1+	
<input type="checkbox"/> 15-30 sn	2+	
<input type="checkbox"/> 30-45 sn	3+	
<input type="checkbox"/> 45 sn ve üzeri	4+	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bombe <input type="checkbox"/> Çökük		
<input type="checkbox"/> İktirik/Sarıklık <input type="checkbox"/> Döküntü <input type="checkbox"/> Siyanotik		
<input type="checkbox"/> Peteşi/Ekimoza <input type="checkbox"/> Mongol lekesi <input type="checkbox"/> Yara		
<input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Diğer:..... <input type="checkbox"/>		

4. BOŞALTIM VE DEĞİŞİM

Tuvalet alışkanlığı kazandı mı?:	Evet, ne zaman:.....	Hayır
İdrar atılımı		Barsak boşaltımı
İdrar boşaltım sıklığı:kez/günde İdrar miktarı: ml/gün		Bağırsak boşaltım/dışkılama sıklığınız nasıldır?kez/günde ya dakez/haftada En son dışkılama tarihi: /..... /.....
Bir gün içinde (24 saat) tükettiğiniz sıvı miktarı ortalama ne kadardır? <input type="checkbox"/> 500 ml ve daha az <input type="checkbox"/> 500-1000ml <input type="checkbox"/> 1000-1500ml <input type="checkbox"/> 1500-2000ml <input type="checkbox"/> 2000-2500ml		Bağırsak boşaltım alışkanlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> İshaldefa/günde <input type="checkbox"/> Kabız 'inci gün
Hastalığınız nedeni ile sıvı alımınızda bir değişiklik oldu mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet		Bağırsak boşaltım sıklığınızda hastalığınız nedeniyle bir değişme oldu mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, açıklayınız:
İdrarınızı yaparken herhangi bir problem yaşıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> İdrar yapamama <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> İdrar kaçırma (Üriner inkontinans) <input type="checkbox"/> İdrar retansiyonu <input type="checkbox"/> Anormal Koku-Renk <input type="checkbox"/> Enürezis <input type="checkbox"/> İdrar yolu enfeksiyonu		Bağırsak boşaltımına yardımcı araçlar/uygulamalar <input type="checkbox"/> Kolostomi <input type="checkbox"/> İleostomi Bağırsak boşaltımı ile ilgili olarak herhangi bir yakınmanız var mı? <input type="checkbox"/> Rektumda ağrı, kramp <input type="checkbox"/> Rektal kanama <input type="checkbox"/> Boşaltım sırasında zorlanma <input type="checkbox"/> Dışkıda sertleşme <input type="checkbox"/> Dışkıda şekil değişikliği <input type="checkbox"/> Distansiyon <input type="checkbox"/> Yakınma yaşamıyor <input type="checkbox"/> Anormal Koku-Renk <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Enkoprezis <input type="checkbox"/> Konstipasyon
İdrar atılımına yardımcı araçlar/uygulamalar <input type="checkbox"/> Üretral kateter / Foley sonda <input type="checkbox"/> Prezervatif sonda <input type="checkbox"/> Suprabubik kateter <input type="checkbox"/> Hemodiyaliz / Periton diyalizi <input type="checkbox"/> Mesane jimnastiği		Lavman/laktasif kullanıyor mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, açıklayınız:
Batın: <input type="checkbox"/> Sert <input type="checkbox"/> Yumuşak		Barsak sesleri: <input type="checkbox"/> Var:.....defa /dk <input type="checkbox"/> Yok

İdrar ve gaita ile ilgili laboratuvar sonuçları

6. BİLİŞSEL-ALGISAL DURUM

Bilinç

- Uyanık, koopere
- Konfüzyon
- Deliryum
- Letarji /patolojik uyku hali
- Stupor
- Koma
- Değerlendirilme bu yaş grubu için uygun değildir.

Göz

- Normal
- Kızarıklık
- Akıntı
- Çapaklanma
- Strabismus
- Periorbital Ödem
- Pitozis

- Ekzoftalmi
- Batan güneş manzarası
- Görme bozukluğu
- Gözlük/Lens

En son işitme testi/kulak muayenesi tarihi -sonucu (varsa): **Burun**

.....

Pupillerin Işığa Reaksiyonu

- Var
- Yok

Pupil çapı:



Ağrı

Ağrının yeri:

Ağrının niteliği:

Ağrının skoru:

Kullanılan ağrı skalası:

Ağrının süresi:

Ağrıyı artıran/azaltan faktörler:

Ağrıyı Azaltmada Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler

Konuşma

- Anlaşılır
- Boğuk
- Disfazi/konuşma bozukluğu
- Kekeleyerek konuşma

Oryantasyon

- Kişi: Var Yok
- Yer: Var Yok
- Zaman: Var Yok

Kulak

- Normal
- Kulak Ağrısı
- Kulakta Hassasiyet
- Kulak akıntısı
- Düşük kulak

İşitme

- İşitme kaybı belirtileri ((dikkatsizlik, söyleneni tekrar ettirme, yüksek sesle konuşma, tepkisiz davranış):
- Çınlama
- İşitme cihazı

- Normal
- Burun Akıntısı
- Tıkanıklık

- Burun kanaması
- Milia
- Koku alma
- Koanal atrezi
- Basık burun kökü
-

Koku alma

- Koku duyusunda azalma
- Koku duyusunda artma

Tat alma

- Tat alma duyusunda azalma
- Tat alma duyusunda artma

Dokunma

- His kaybı
- Ellerde uyuşma/karınalanma
- Ayaklarda uyuşma/karınalanma

Ağız

- Mukoza rengi:
- Nemi:
- Ağız içi yaraları:
- Diş etleri:
- Dil görünümü:
- Ağız hijyeni:
- Yarık damak-dudak

Dişler

- Yok
- Var, sayı:.....
- Çürük diş:
- Diş ağrısı
- Diş Fırçalama

AĞRI DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ (N-PASS, PIPP)

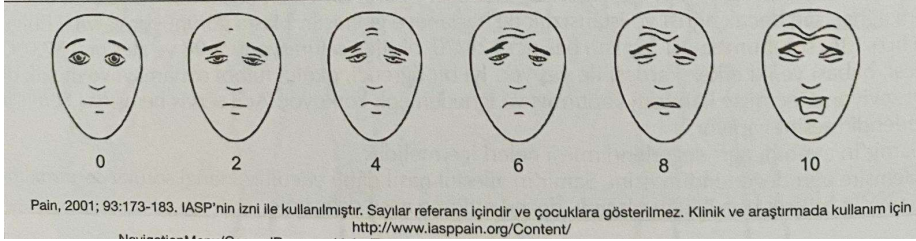
Sözel Derecelendirme Ölçeği

- 0: Hiç ağrım yok ()
- 1: Biraz ağrım var ()
- 2: Oldukça çok ağrım var ()
- 3: En çok ağrım var ()

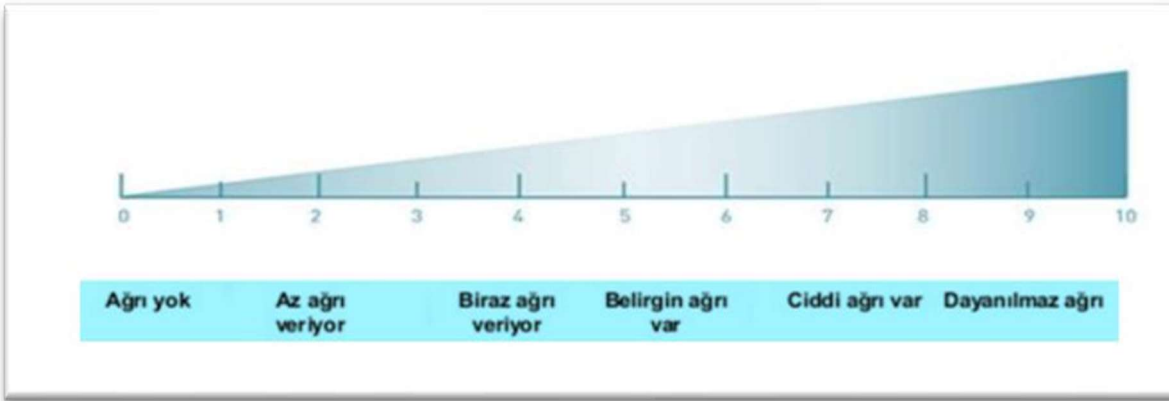
Sayısal Ağrı Ölçeği

Ağrı Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ağrı Çok
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

Yüz Ağrı Ölçeği



Görsel Analog Skala (VAS)



**NEONATAL AĞRI, AJİTASYON VE SEDASYON ÖLÇEĞİ (N-PASS)
PREMATÜRE BEBEK AĞRI PROFİLİ (PIPP)**

Değerlendirme ölçütleri	SEDASYON		NORMAL Sedasyon/Ağrı		AĞRI/AJİTASYON	
	-2	-1	0/0	1	2	
Ağlama/irritabilite	Ağrılı uyaran ile ağlama yok	Ağrılı uyaran ile minimum ağlama ya da inleme	Sedasyon ve ağrı belirtileri yok	Huzursuzluk ya da aralıklı ağlama, avutulabilir	Tiz ya da sessiz kesintisiz ağlama (entübe ise sessiz ağlayabilir). Avutulamaz.	
Huzursuzluk						
Davranış durumu	Uyarana cevap ve spontan hareket yok	Uyarana minimal cevap, az miktarda spontan hareket	Sedasyon ve ağrı belirtileri yok	Huzursuz, kıpırdanıyor Sık sık uyanıyor	Gerilme, tekmeleme Sürekli uyanık veya sedasyon olmaksızın minimal uyanma hareketsizlik	
Yüz ifadesi	Ağız gevşek, yüz ifadesinde duygulanım yok	Uyarana yüz ifadesinde çok az cevap	Sedasyon ve ağrı belirtileri yok	Aralıklı olarak ağrılı yüz ifadesi	Sürekli ağrılı yüz ifadesi	
El- ayaklar						
Beden gerginliği (tonus)	Yakalama refleksi yok, tonus gevşek	Zayıf yakalama refleksi, kas tonusu azalmış	Sedasyon ve ağrı belirtileri yok	Aralıklı olarak (<30 sn) el ve/veya ayakların sıkılması veya parmakların açılması	Sürekli (>30sn) el ve/veya ayakların sıkılması veya parmakların açılması Vücut gergin	
Yaşam bulguları KH (kalp hızı) SS (solunum sayısı)	Uyarana karşı yaşamsal bulgularda değişiklik yok.	Uyarana karşı yaşamsal bulgularda %10 altında değişim	Sedasyon ve ağrı belirtileri yok	Vücut gergin değil Uyarana karşı yaşamsal bulgularda %10-20 değişim. SpO2 %76-85 arasına düşüyor ve hızla (<2 dk) yükseliyor.	Uyarana karşı yaşamsal bulgularda >%20 değişim. SpO2 %75 ve altına düşüyor ve yavaş (>2 dk) yükseliyor. Ventilatör ile uyumsuz, mücadele ediyor	
SpO2 (oksijen saturasyonu)	Hipoventilasyon ya da apne var (ventilatördeki bebekte spontan solunum çabası yok)					
	Sedasyon Skoru		Ağrı Skoru*			
*Prematüre bebekte ağrı değerlendirilirken gestasyonel/düzeltilmiş yaşa göre aşağıdaki puanlar eklenir: <28 hafta - + 3 hafta, 28 – 31 hafta - +2 puan, , 32- 35 hafta - + 1 puan						
Yorum						
Belirleyici	Bulgu				Puan	

Gebelik Yaşı	>= 36 hafta	0
	32 hafta -35 hafta 6 günlük	1
	28 hafta -31 hafta 6 günlük	2
	< 28 hafta	3
Davranışsal Durum (son 15 sn)	Aktif/uyanık, gözler açık, yüz hareketleri var	0
	Sakin/uyanık, gözler açık, yüz hareketleri yok	1
	Aktif/uyuyor, gözler kapalı, yüz hareketleri var	2
	Sakin/uyuyor, gözler kapalı, yüz hareketleri yok	3
En Yüksek Kalp Atım Hızı (30.sn)	Dakikada 0 – 4 atım artış	0
	Dakikada 5 –14 atım artış	1
	Dakikada 15 – 24 atım artış	2
	Dakikadaki atım 25 ve üzeri artış	3
En Düşük Oksijen Doygunluğu (30.sn)	%2.4 azalma	0
	%2.5 - %4.9 azalma	1
	%5 - %7.4 azalma	2
	%7.5 ve daha fazla azalma	3
Alınını Kırıştırma (30.sn)	Yok (Zamanın %0 - %9 arası)	0
	En az (Zamanın %10 - %39 arası)	1
	Orta (Zamanın %40 - %69 arası)	2
	En çok (Zamanın %70 ve/veya daha fazla)	3
Gözlerini Kısma (30.sn)	Yok (Zamanın %0 - %9 arası)	0
	En az (Zamanın %10 - %39 arası)	1
	Orta (Zamanın %40 - %69 arası)	2
	En çok (Zamanın %70 ve/veya daha fazla)	3
Burun Kanatlarında Genişleme (30.sn)	Yok (Zamanın %0 - %9 arası)	0
	En az (Zamanın %10 - %39 arası)	1
	Orta (Zamanın %40 - %69 arası)	2
	En çok (Zamanın %70 ve/veya daha fazla)	3
Yorum		

5. AKTİVİTE/DİNLENME

Çocuğun genel görünümü

- Sakin
 Huzursuz
 Ajite

- Aktif
 Sık Ağlıyor

Kas-İskelet Sistemi ile İlgili Sorunlar

- Normal, sorun yok
 Hastalığı nedeniyle kesin yatak istirahati var
 Hemipleji
 Parapleji
 Kramp
 Tremor
 Eklemlerde şişlik, ödem
 Eklemlerde ağrı, hassasiyet
 Eklemlerde kızarıklık
 Deformite
 ROM (Eklem açıklığı) kısıtlı
 Protez/amputasyon
 Kontraktür
 Fraktür
 Yürüyüşte bozulma
 Ağrı
 Sindaktili
 Polidaktili
 Skolyoz
 Lordoz
 Kifoz
 Sakral bölgede yarık/gamze ve tüylenme
 Gelişimsel kalça displazisi
 Talipes deformitesi

Vücut Postürü

- Normal
 Hipotonik
 Hipertonik
 Opistotonus

Normal aktivite düzeyinizi nasıl tanımlıyorsunuz?

- Yüksek
 Orta
 Düşük

Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

- Hayır
 Evet

Düzenli olarak yaptığınız egzersizler nelerdir?

- Yürüme
 Koşma
 Bisiklet
 Diğer

Aktivite- egzersiz sırasında aşağıdaki yakınmaları yaşama durumunuz nedir?

- Yakınma yaşamıyorum
 Nefes almada zorlanma
 Göğüs ağrısı
 Öksürük, balgam
 Kas, eklem, sırt ağrısı
 Bacak ağrısı
 Baş dönmesi
 Çarpıntı
 Diğer

Hastalığınızla beraber kendi bakımınızla ilgili aşağıdakilerden hangisini yerine getirmede güçlük yaşıyorsunuz?

- Güçlük yaşamıyorum
 Beslenme
 Boşaltım
 Banyo yapma
 Giyinme
 Hijyenik bakım (Saç tarama, diş fırçalama vb.):
 Hareket etme
 Merdiven çıkma
 Diğer

Yardımcı araç kullanımı

- Yürüteç
 Tekerlekli sandalye

Aktivite toleransı nasıl?

- Normal
 Çabuk yoruluyor
 Halsiz/Güçsüz

Kas Koordinasyonu ve Gücünde Değişiklik

- Var.
 Yok

Ekstremitelerde Kırık-Çıkık (Bandaj, Alçı, Traksiyon):

- Var.
 Yok

Solunum ve Kardiyovasküler Sistem

<p>Solunum tipi</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Normal, düzenli<input type="checkbox"/> Apne<input type="checkbox"/> Bradipne<input type="checkbox"/> Taşipne<input type="checkbox"/> Hiperpne<input type="checkbox"/> Hiperventilasyon<input type="checkbox"/> Kusmaul solunum <input type="checkbox"/> Cheyne-Stokes<input type="checkbox"/> Biot solunum <p>Solunum Niteliği</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Abdominal<input type="checkbox"/> Toraksik<input type="checkbox"/> Yüzeysel<input type="checkbox"/> Derin <p>Solunumla ilişkili problemler</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hemoptizi<input type="checkbox"/> Öksürük<input type="checkbox"/> Sekresyon<input type="checkbox"/> Dispne<input type="checkbox"/> İnterkostal ve Substernal Retraksiyon<input type="checkbox"/> Burun Kanadı Solunum<input type="checkbox"/> Siyanoz<input type="checkbox"/> Diğer:..... <p>Transfüzyon Öyküsü/Varsa Transfüzyon Zamanı:.....</p>	<p>Periferel nabızlar</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Radial: /dk<input type="checkbox"/> Dorsalis pedis: /dk<input type="checkbox"/> Brakial: /dk<input type="checkbox"/> Femoral: /dk<input type="checkbox"/> Popliteal: /dk<input type="checkbox"/> Tibialis posterior: /dk <p>Kapiller geri dolum /sn</p> <p>Sık solunum yolu enfeksiyon öyküsü</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Var, açıklayınız:<input type="checkbox"/> Yok <p>Solunum Güçlüğü ve Sesleri</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Stridor<input type="checkbox"/> Raller<input type="checkbox"/> Ronküs<input type="checkbox"/> Wheezing <p>Kardiyovasküler Sistem Sorunları</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Çomak parmak<input type="checkbox"/> Kalpte üfürüm<input type="checkbox"/> Bayılma<input type="checkbox"/> Aktivite sonrası çömelme gereksinimi<input type="checkbox"/> Spell<input type="checkbox"/> Diğer:.....
--	--

6. UYKU-DİNLENME

<p>Normal uyku alışkanlığınız nasıldır? (Günde kaç saat uyuduğu, gündüz uyuma alışkanlığı olup olmadığı vs.)</p> <p>Normalde uyku probleminiz oluyor mu?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Uyku problemim yok<input type="checkbox"/> Uykuya dalmada güçlük<input type="checkbox"/> Uyku bölünmeleri<input type="checkbox"/> Sürekli uyku hali<input type="checkbox"/> Uykudan sonra dinlenmiş hissetmeme<input type="checkbox"/> Kabus görme<input type="checkbox"/> Uyurgezerlik<input type="checkbox"/> Gece sık idrara çıkma	<p>Hastalığınız süresince günde kaç saat uyuyorsunuz?</p> <p>Hastalığınız normal uyku alışkanlığınızı etkiliyor mu?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hayır<input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız <p>Rahat uyumanıza katkıda bulunan uygulamalar nelerdir?</p>
--	---

8. KENDİNİ ALGILAMA ve BENLİK KAVRAMI

<p>Hastalık sonrası çocuğunuz;</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Uyumlu<input type="checkbox"/> Çekingen<input type="checkbox"/> Yaramaz<input type="checkbox"/> Daha aktif<input type="checkbox"/> Değerlendirilme bu yaş grubu için uygun değildir. <p>Hastalık ve hastaneye yatma sizi ve çocuğunuzu nasıl etkiledi? (beyaz önlük, vücuda takılan cihazlar vs. etkisi de sorgulanacak);</p>	<p>Hastalık ve tedaviye bağlı çocuğun beden bütünlüğünde oluşan değişiklikler:.....</p>
---	---

9. ROL-İLİŞKİ	
Aile yapısı/ilişkiler	
<input type="checkbox"/> Çekirdek aile :	Ailenin sosyoekonomik durumu:
<input type="checkbox"/> Geniş aile :	Anne çalışıyorsa çocuğa bakan kişi:
Akraba evliliği var mı?	Çocuk ve/veya ailenin hastalığı kabullenme durumu:.....
<input type="checkbox"/> Var, açıklayınız:.....	Ailede kalıtsal bir hastalık;
<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var, açıklayınız:.....
Anne eğitim durumu:	<input type="checkbox"/> Yok
Annenin çalışma durumu:	Ailenin son zamanlarda majör durumsal ve/veya gelişimsel stres yaşama durumu (boşanma, kardeş ölümü, iş kaybı):
Baba eğitim durumu:	<input type="checkbox"/> Var, açıklayınız:.....
Babanın çalışma durumu:	<input type="checkbox"/> Yok
Kardeş sayısı:	
Kardeşlerde kronik hastalık durumu:	
<input type="checkbox"/> Var, açıklayınız:.....	
<input type="checkbox"/> Yok	
10. CİNSELLİK-ÜREME	
Sekonder Seks Karakterleri:.....	Cinsel kimliğini bilme durumu:....
Cinsel gelişimlerine yönelik yaşanan korku ve endişeler:	
....	
Genital anomali	Kız
<input type="checkbox"/> Var, açıklayınız:.....	Perine hijyeni
<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Önden arkaya
<input type="checkbox"/> Hemoroid	<input type="checkbox"/> Arkadan öne
<input type="checkbox"/> Anal Fistül	Meme ve aksillar lenf nodlarında büyüme, akıntı, kitle, asimetri (KKMM):.....
<input type="checkbox"/> Femoral lenf bezleri	Labialarda ve klitoriste ödem
<input type="checkbox"/> İnguinal herni	<input type="checkbox"/> Var, açıklayınız:.....
Genital organlarla ilişkili sorunlar;	<input type="checkbox"/> Yok
<input type="checkbox"/> Fimozis	Dış genitaler: (vulvada kızarıklık, ağrı, koku, pruritus/kaşıntı, akıntı, ödem, kılınma, diğer...).....
<input type="checkbox"/> Hipospadias/Epispadias	Menarş yaşı:
<input type="checkbox"/> Hidrosel	Menstruasyon sıklığı:.....
<input type="checkbox"/> Skrotal ödem	Menstruasyon Süresi:.....
Erkek	Premenstrual dönemde yaşanan sorunlar
<input type="checkbox"/> Testis;	<input type="checkbox"/> Yok
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Dismenore
<input type="checkbox"/> Anomali	<input type="checkbox"/> Gerginlik
<input type="checkbox"/> İnmemiş	<input type="checkbox"/> Kramplar
Sünnet	<input type="checkbox"/> Ödem
<input type="checkbox"/> Var, açıklayınız:.....	<input type="checkbox"/> İrritabilite
<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Diğer
11. BAŞETME –STRES TOLERANSI	
Gözlemlenen stres belirti ve bulguları:	12. DEĞER-İNANÇ
Yüz ifadesi	Hastalandığı durumlarda evde, geleneksel olarak kullanılan iyileştirme yöntemleri:.....
<input type="checkbox"/> Normal	
<input type="checkbox"/> Gergin	
<input type="checkbox"/> Gözler çok açık	
<input type="checkbox"/> Korkulu endişeli	

Hastaneye yatış süresince çocukta stres yaratan durumlar/faktörler:.....	
Çocuğun stresle baş etme yöntemi:.....	
Bakım veren kişinin/ailenin stresle baş etme yöntemi:...	
Davranış bozuklukları ve yaklaşım (depresyon, parmak emme, tırnak yeme, enürezis, enkoprezis, masturbasyon, tik, korku, pika vb.):.....	
Stres/kriz durumunda en önemli destek kaynakları:.....	

13. BÜYÜME-GELİŞME

Gelişimin Değerlendirilmesi (Uygun parametreleri kuramlara ve yaşına uygun değerlendiriniz)

Psikomotor gelişim:

Bilişsel gelişim:

Dil gelişimi:

Psikososyal gelişim:

Psikoseksüel gelişim:

Öğrenme Engelleri;

- Yok
- Dil farklılığı
- Motivasyon eksikliği
- Anksiyete
- Depresyon
- Zihinsel yetersizlik
- Diğer

Konuşma

Dil gelişim düzeyi

- Hece
- Tek kelimeli anlatım
- İki kelimeli cümle
- Uzun cümleler

Konuşma problemi (konuşmanın gecikmesi, kekemelik, anlaşılmaz konuşma gibi):.....

Uyaran Gereksinimi: Duyusal uyaran yoksunluğu belirtileri (bedenine odaklanma, sürekli başını/bedenini sallama, yatağı sallama vb.):.....

LABORATUAR BULGULARI

	Referans Aralığı	Sonuç .../.../....	Sonuç .../.../....	Değerlendirme
Hemogram				
Eritrosit (RBC)				
Lökosit (WBC)				
Trombosit (PLT)				
Hemoglobin (Hgb)				
Hematokrit (Htc)				
Lenfosit				
Monosit				
Nötrofil				
Eozinofil				
Bazofil				
Biyokimya				
Glukoz				
ALT				
AST				
Alkalen Fosfataz (ALP)				
GGT				
Protein total (kan)				
Albumin (kan)				
Bilirubin total				
Bilirubin direkt				
BUN				
Ürik asit				
Kreatinin				
Sodyum (Na)				
Potasyum (K)				
Klor (Cl)				
Fosfor (P)				
Kalsiyum (Ca)				
Total Kolesterol				
LDL				
HDL				
VLDL				
Trigliserit				
LDH				
Troponin				
Creatinin Fosfo Kinaz				
CPK MB				

	Referans aralığı	Sonuç .../.../....	Sonuç .../.../....	Değerlendirme
<u>Koagülasyon testleri</u>				
INR				
aPTT				
Fibrinojen				
D dimer				
<u>Kan gazı arteriyel</u>				
pH	7.35-7.45			
PaO2	90-100			
PaCO2	35-45			
HCO3	22-26			
SPO2	95-100			
Lac				
<u>TIT</u>				
Dansite				
pH				
Eritrosit				
Lökosit				
<u>Diğer</u>				

TANISAL TESTLER/İŞLEMLER

(X-ray, USG, BT, MR, EKG, Biyopsi, Endoskopi gibi Tarih/Saat ve Tanısal Bulgular/Sonuçlar)

TARİH	TESTİN ADI	NİÇİN YAPILDIĞI	SONUÇ/YORUM

TIBBİ TANI BİLGİ FORMU

Hastanın Tıbbi Tanısı:
Etiyoloji:
Patofizyoloji:
Tanı Yöntemleri:
Klinik Belirti - Bulgular:
Tıbbi Tedavi:
Hemşirelik Bakımı:

*Kaynaklar:

*Kaynaklar kitap veya makale olmalıdır.



HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Değerlendirme Zamanı	1.İlk değerlendirme	2.Post-operatif dönem	3.Hasta düşmesi	4.Bölüm değişikliği	5.Durum değişikliği	6.Yüksek Risk
-----------------------------	---------------------	-----------------------	-----------------	---------------------	---------------------	---------------

Parametreler	Risk Faktörleri	Puan/...../...../...../...../...../...../...../.....
YAŞ	0- 3 yaş	4				
	4-7 yaş	3				
	8-11 yaş	2				
	12-18 yaş	1				
DÜŞME ÖYKÜSÜ	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.	2				
HASTALIKLAR*	Hastalıklardan 1 veya 2 tanesi bulunmaktadır.	1				
	Hastalıklardan 3 veya daha fazlası bulunmaktadır.	2				
GÖRME DURUMU	Görme durumu zayıf (gözlük kullanıyor vb.)	2				
	İleri derecede görme engeli var.	10				
İLAC**	Son 1 hafta içinde 1 veya daha fazla riskli ilaç kullanımı var.	2				
EKİPMAN VARLIĞI***	Hastaya bağlı 2 veya daha fazla bakım ekipmanı var.	2				
YÜRÜME VE DENGE****	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe ihtiyacı var.	10				
SEDASYON/ANESTEZİ	Hasta post-op/sedasyon/anestezi ilk 24 saatlik dönemde	3				
	Hasta post-op/sedasyon/anestezi ilk 48 saatlik dönemde	1				
MENTAL DURUM	Oryantasyon bozuk (konfüze, disoryante, deliryum vb)	3				
YAŞAM BULGULARI	Unstabil	3				
DİĞER	Hasta uygun yatakta yatırılmıyor.	2				
	Ailenin düşme riski konusunda eğitim/bilgilendirme ihtiyacı var.	2				
TOPLAM						

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU

DÜŞÜK RİSK: 0-9 PUAN ARASINDA (Haftada 1 Değerlendirilir)

Yüksek Risk: 10 Puan ve Üzerinde (Her Gün Değerlendirilir, "Düşme Riski Yüksek Hasta Figürü" kullanılır)

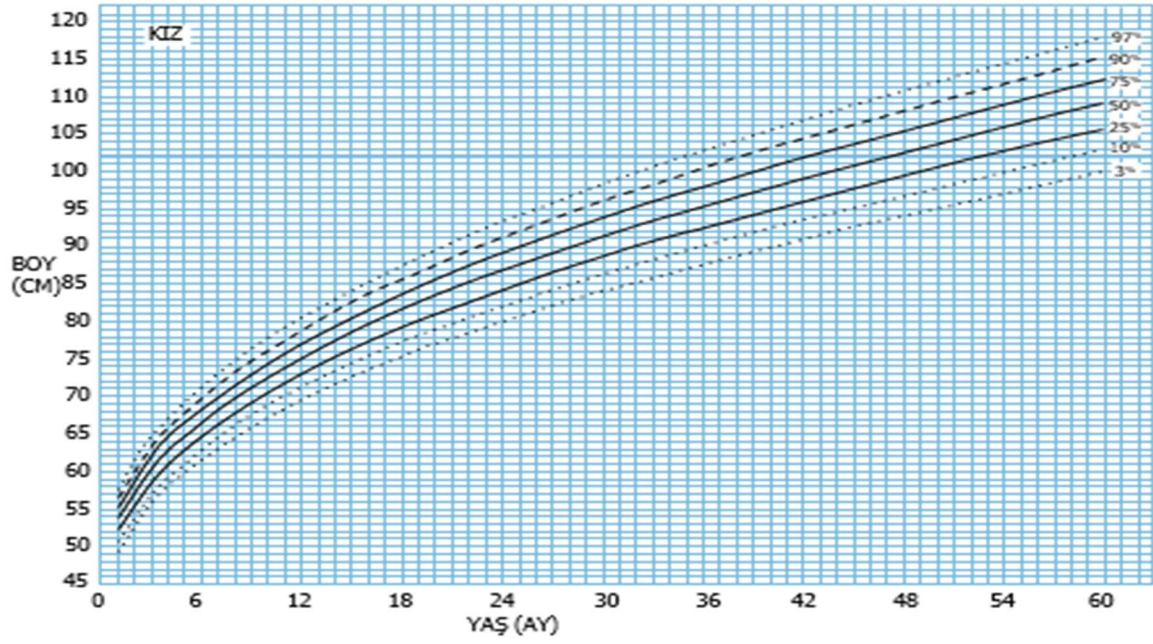
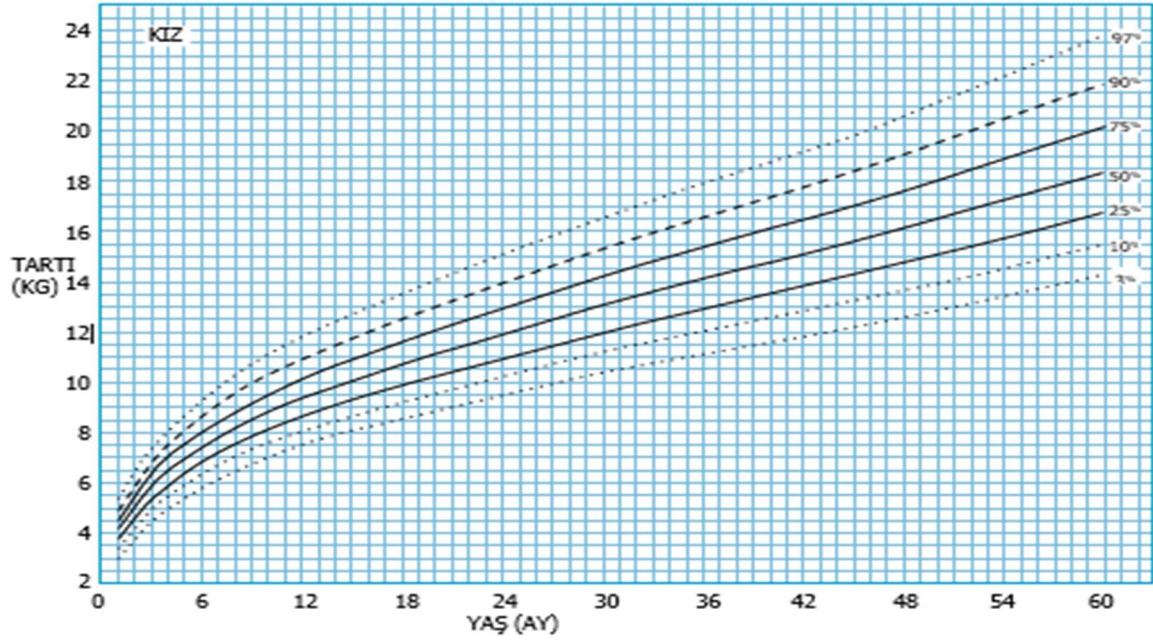
***Epilepsi, mental retardasyon, konvülsiyon, denge bozukluğu, kooperasyon bozukluğu, solunum hastalıkları, senkop/baş dönmesi, ajitasyon**

**** Hipnotikler, barbitüratlar, nöroleptikler, antidepressanlar, sedatifler, antihipertansifler**

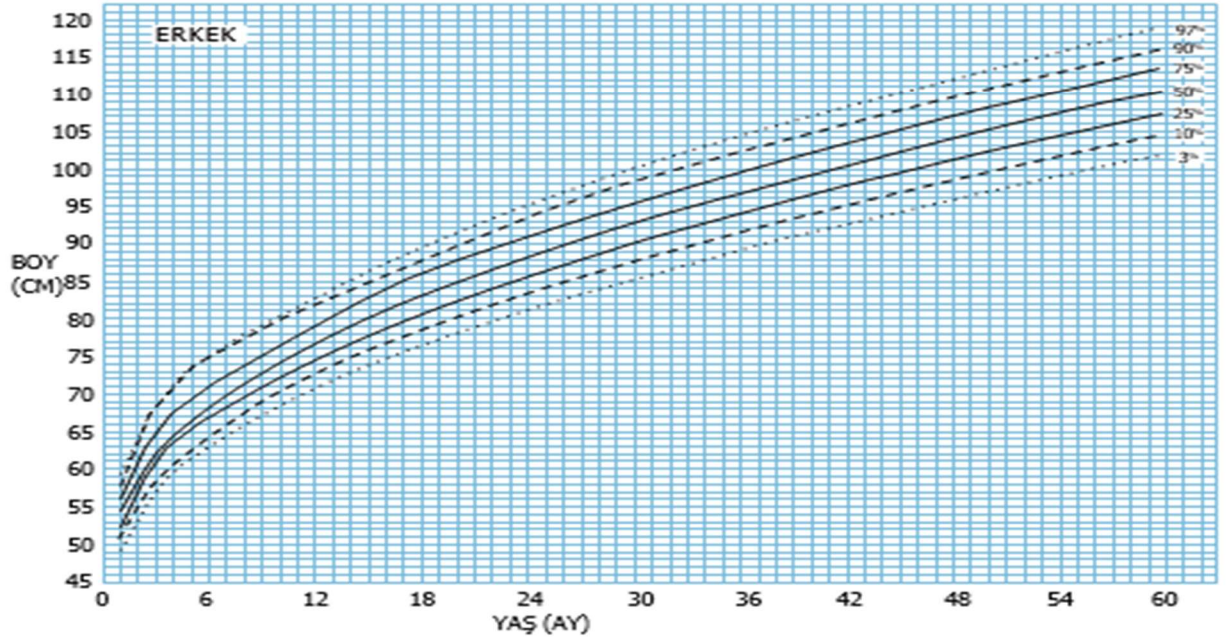
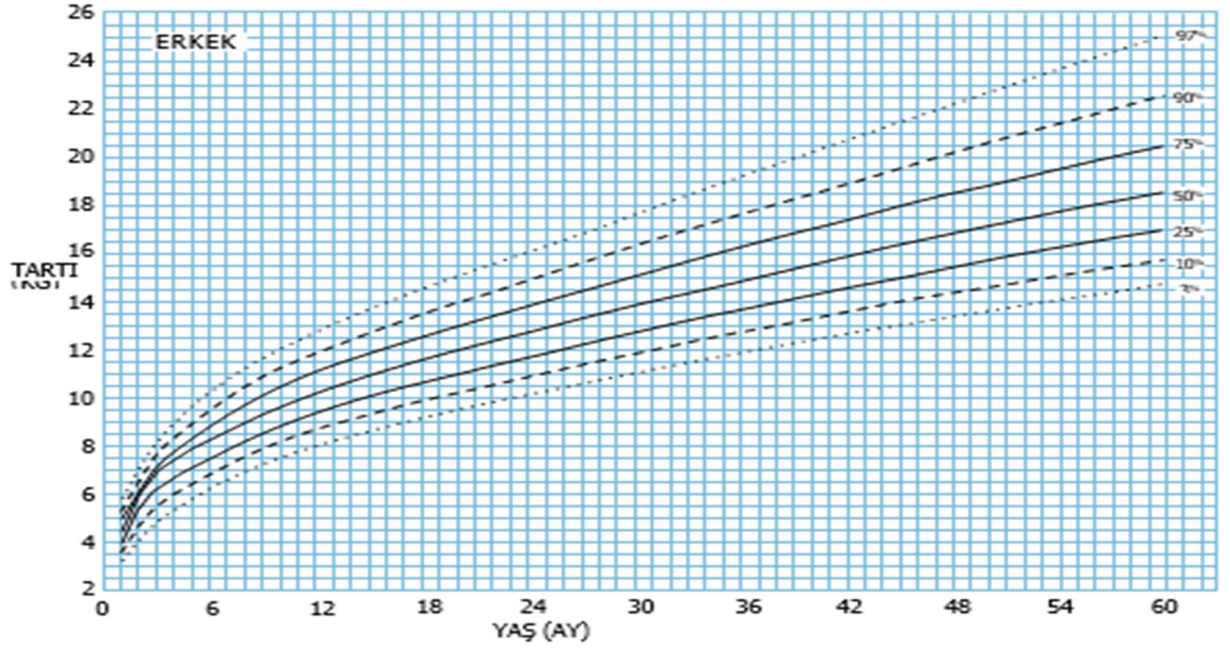
***** IV infüzyon, solunum cihazı, kalıcı kateter, dren, perfüzyatör, pacemaker vb.**

****** Yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.**

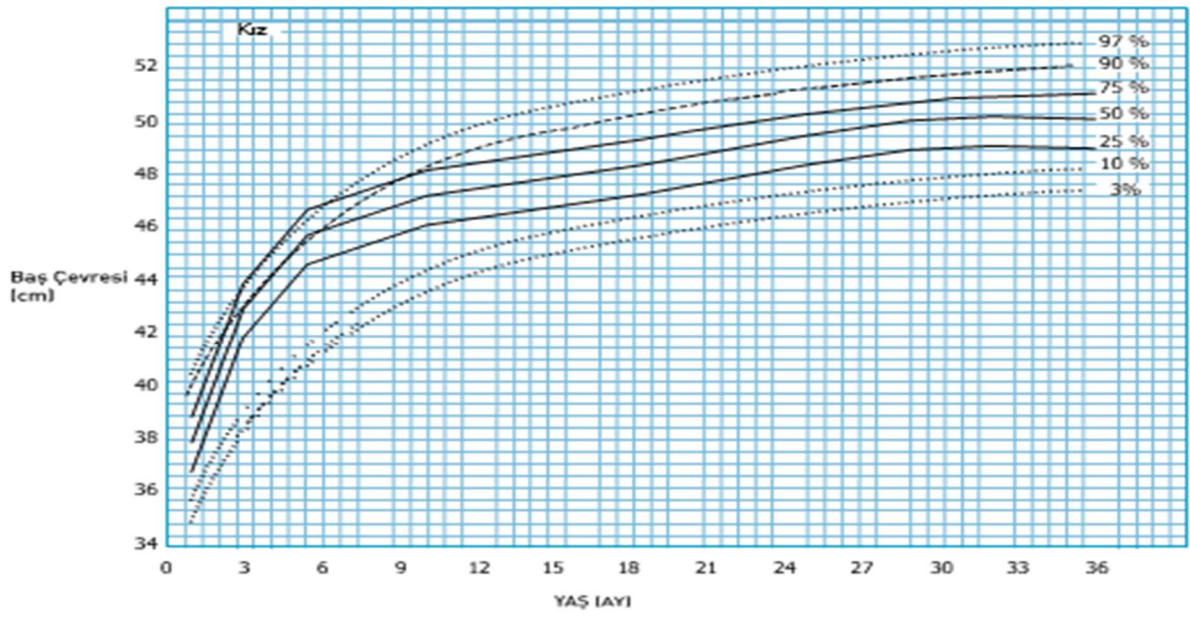
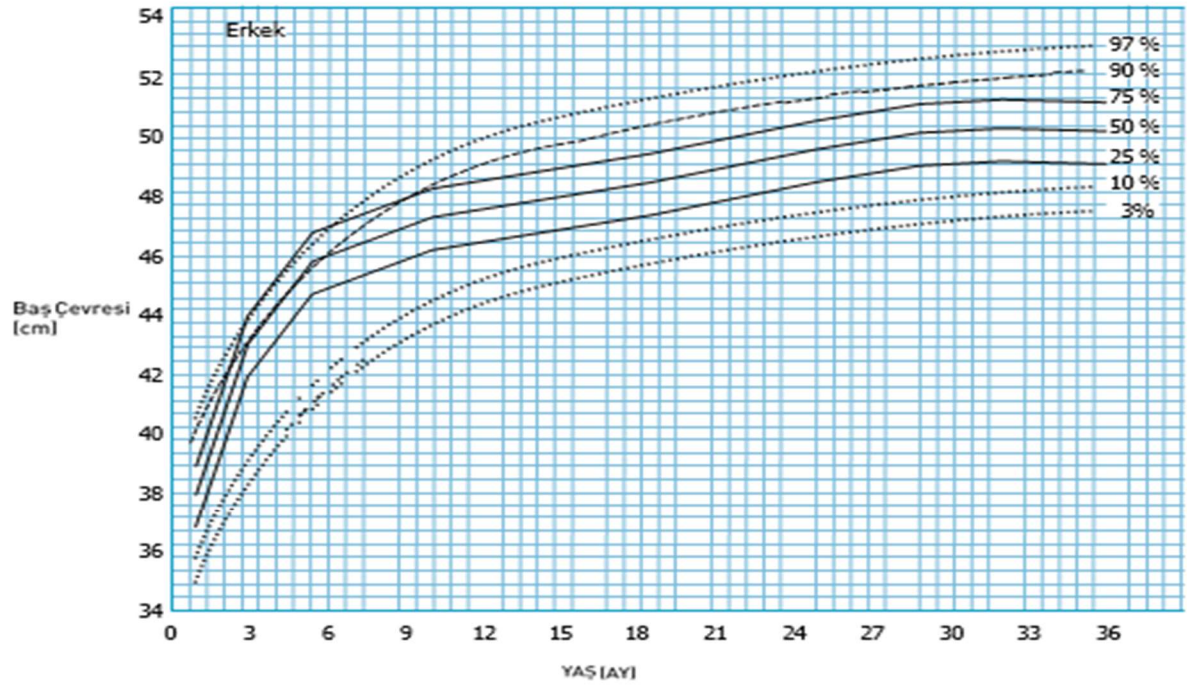
Kaynak: İntepeler, Ş. S., Bektaş, M., Barış, V. K., & Çelik, İ. (2020). HARİZMİ Düşme Riski Ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 13(4), 259-266.



Şekil 2a. KIZ Türk çocukları için geliştirilmiş büyüme çizelgeleri (Gokcay G, Furman A, Neyzi O. Updated growth curves for Turkish children aged 15 days to 60 months. Child Care Health Dev 2008)

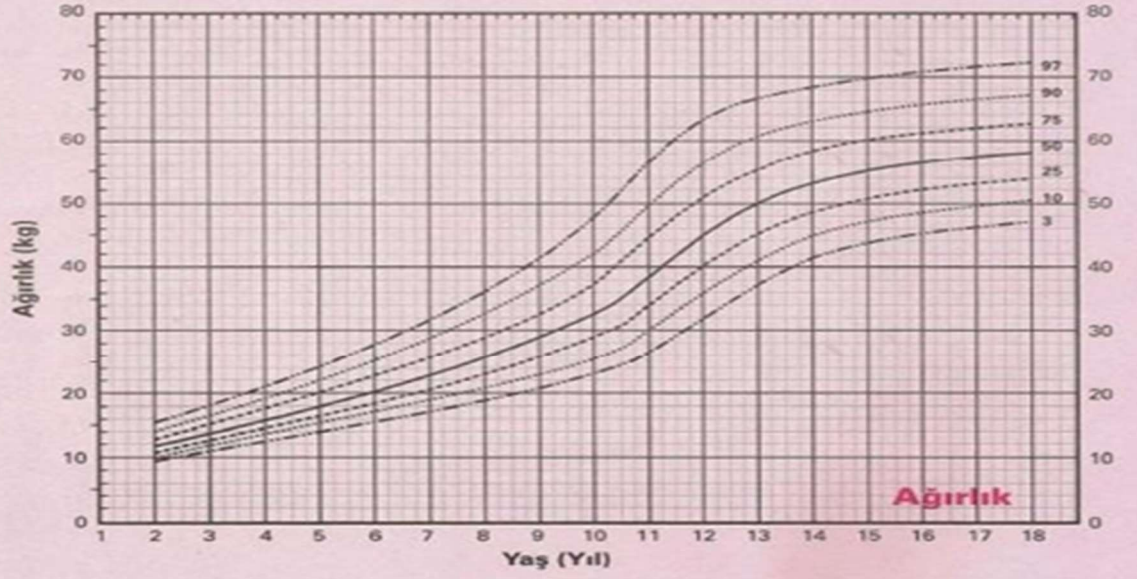
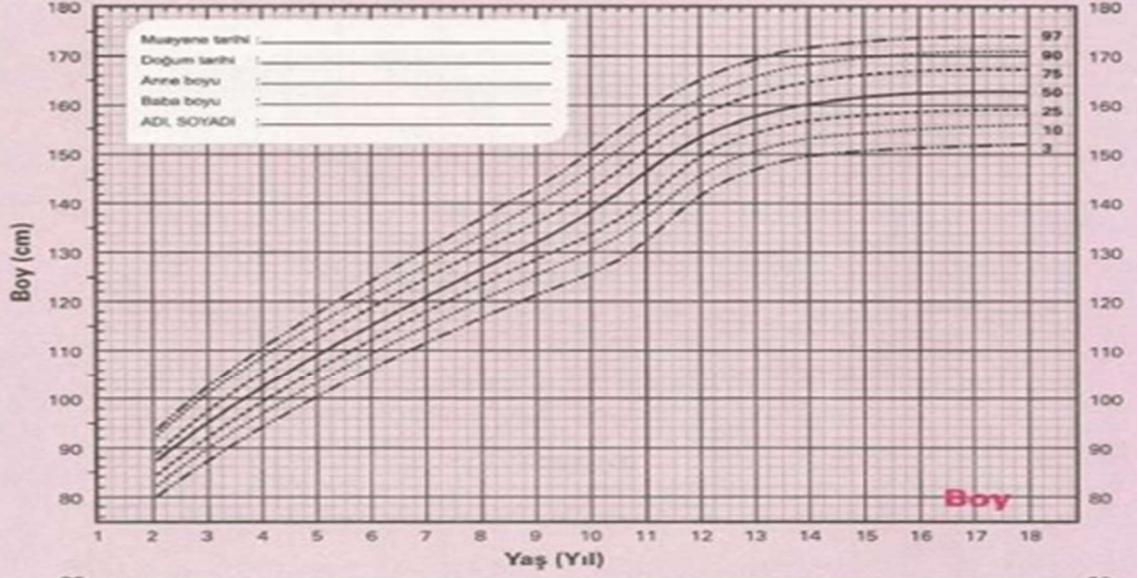


Şekil 2b. ERKEK Türk çocukları için geliştirilmiş büyüme çizelgeleri (Gokcay G, Furman A, Neyzi O. Updated growth curves for Turkish children aged 15 days to 60 months. Child Care Health Dev 2008)

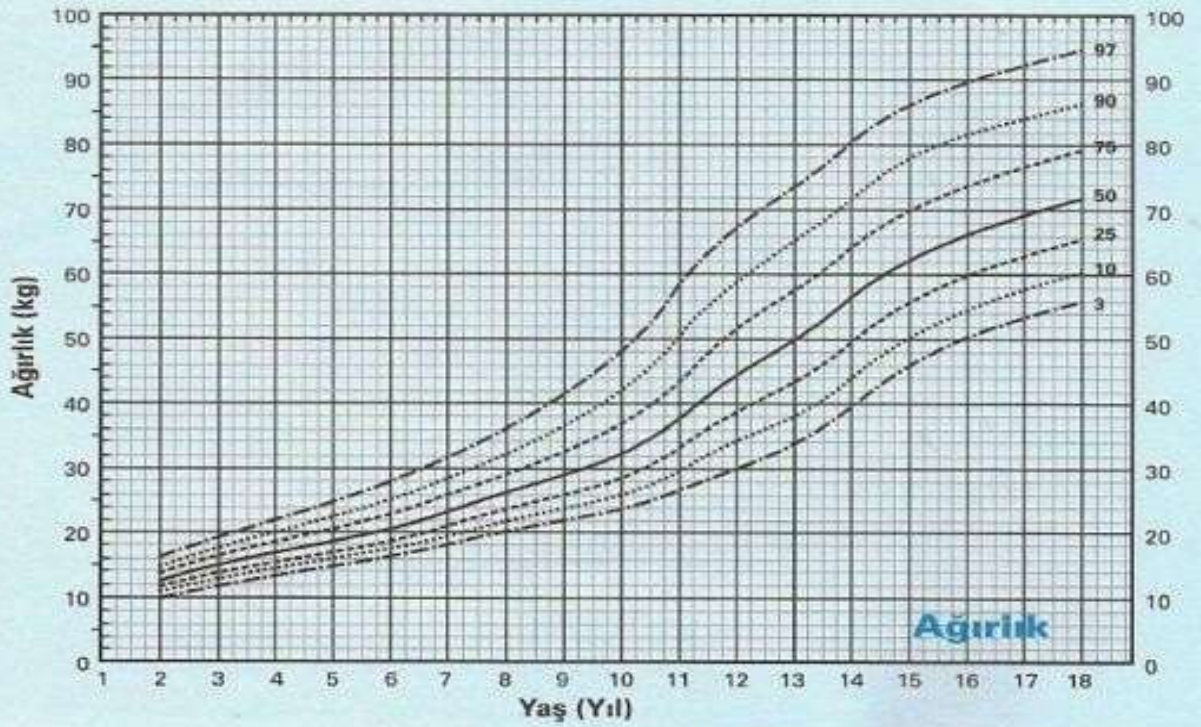
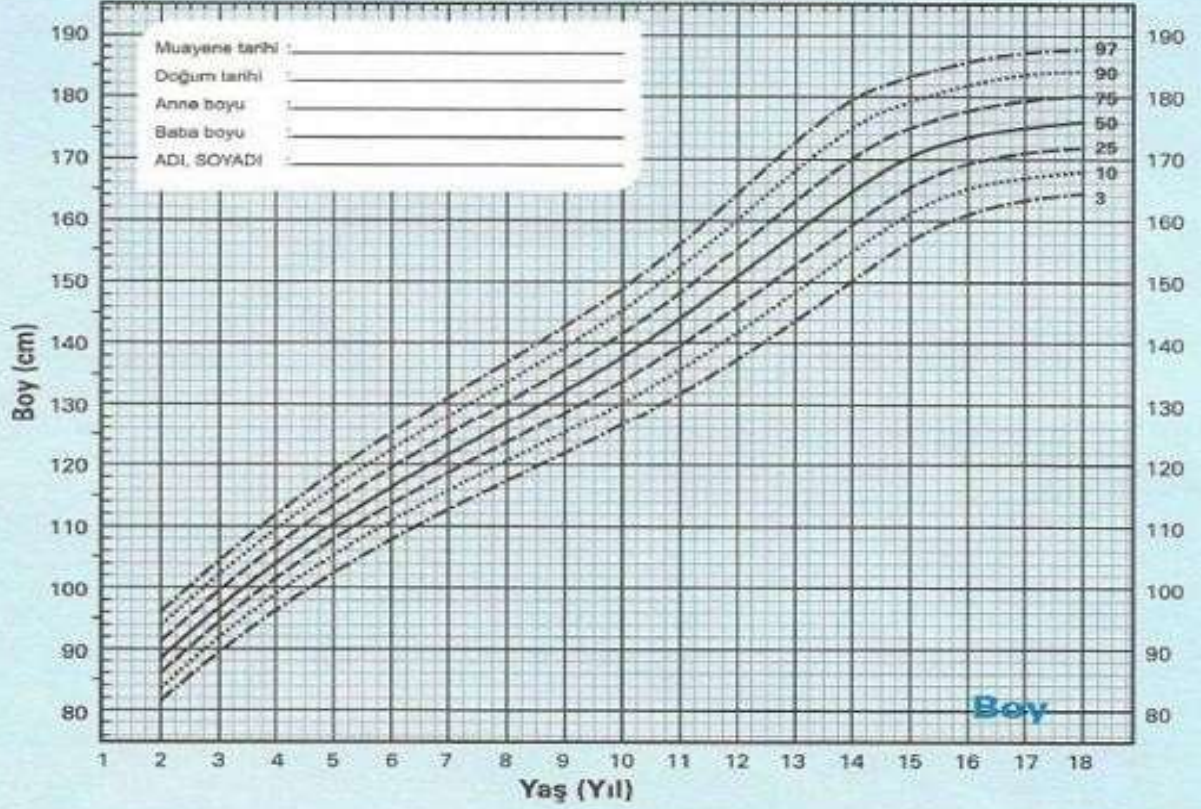


Şekil 2c. ERKEK ve KIZ Türk çocukları için geliştirilmiş **baş çevresi** için belirlenmiş büyüme çizelgeleri (Gokcay G, Furman A, Neyzi O. Updated growth curves for Turkish children aged 15 days to 60 months. Child Care Health Dev 2008)

2-18 YAŞ KIZ ÇOCUK



2-18 YAŞ ERKEK ÇOCUK



EK 1
NABIZ, SOLUNUM VE KAN BASINCI DEĞERLERİ

Yaş	Çeşitli Yaşlarda		Nabız Hızı	
	Alt ve Üst Sınırlar	Ortalama	Alt ve üst sınırlar	Ortalama
Yenidoğan	70-170	120		
1-11 ay	80-160	120		
2 yaş	80-130	110		
4 yaş	80-120	100		
6 yaş	75-115	100		
8 yaş	70-110	90		
10 yaş	70-110	90		
KIZLAR		ERKEKLER		
	Alt ve üst sınırlama	Ortalama	Alt ve üst sınırlar	Ortalama
12 yaş	70-110	90	65-105	85
14 yaş	65-105	85	60-100	80
16 yaş	60-100	80	55-95	75
18 yaş	55-95	75	50-90	70

Yaşla Birlikte Solunumdaki Değişiklikler	
Yaş	Dakikadaki Hız
Yenidoğan	40-90
1 yaş	20-40
2 yaş	20-30
3 yaş	20-30
5 yaş	20-25
10 yaş	17-22
15 yaş	15-20
20 yaş	15-20

Yaşla Birlikte Vücut Sıcaklığındaki Değişiklikler	
Yaş	Vücut Sıcaklığı
1 yaşın altında	37.3°C (Rektal)
2 yaş	37.1-37.3°C
4 yaş	36.9-37.2°C
6 yaş	36.9°C
10 yaş	36.7-36.8°C
14 yaş	36.4-36.6°C

Çeşitli Yaşlarda Normal Kan Basıncı Değerleri
(mm Hg)

YAŞ	Sistolik (Ortalama ± 2 SD)	Diastolik (Ortalama ± 2 SD)
Yenidoğan	80 ± 16	46 ± 16
6 ay – 1 yaş	89 ± 29	60 ± 10
1 yaş	96 ± 30	66 ± 25
2 yaş	99 ± 25	64 ± 25
3 yaş	100 ± 25	67 ± 23
4 yaş	99 ± 20	65 ± 20
5-6 yaş	94 ± 14	55 ± 9
6-7	100 ± 15	56 ± 8
8-9 yaş	105 ± 16	57 ± 9
9-10 yaş	107 ± 16	57 ± 9
10-11 yaş	111 ± 17	58 ± 10
11-12 yaş	113 ± 18	59 ± 10
12-13 yaş	115 ± 19	59 ± 10
13-14 yaş	118 ± 19	60 ± 10

**Çocuğun Yaşına Uygun Manşet
Uzunluğu ve Genişliği**

YAŞ	Manşet Genişliği	Manşet Uzunluğu
Yenidoğan	2.5-4 cm	5-10 cm
Bebek	6-8 cm	12-13.5 cm
Çocuk	9-10 cm	17-22.5 cm
Yetişkin	12-13 cm	22-23.5 cm

* SD: Standart Sapma

2. Yenidoğan Değerlendirme Formu

Bebeğin Adı Soyadı:

Cinsiyeti:

Doğum tarihi:

Doğum haftası:

Doğum şekli:

Doğumdan sonra geçen süre:

Bebeğin izlendiği klinik:

Öyküsü:

Bebeğin Isıtılması :

Göz Profilaksisi:

K Vitamini :

Kordon Muayenesi:

Bilirubin düzeyi:

İşitme taraması ile ilgili bilgi:

Görme taraması ile ilgili bilgi:

Gelişimsel kalça displazisi ile ilgili bilgi:

Kabul Sırasındaki Ölçüleri:

Ağırlık:

Boy:

Baş Çevresi:

Göğüs Çevresi:

Ateş:

Nabız:

Solunum Sayısı:

Kan Basıncı:

Genel Durum:

Bilinç Durumu:

Genel Görünüm:

Hidrasyon Durumu:

Emzirme ve beslenme ile ilgili öykü:

Aldığı tedaviler:

Ön fontanel büyüklüğü:cm		
Arka fontanel büyüklüğü:cm		
Yüzde doğum lekesi:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Kaşkulak hizası:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Gözler:	<input type="checkbox"/> Simetrik	<input type="checkbox"/> Asimetrik
Göz kapakları:	Sağ göz kapağı	Sol göz kapağı
Normal	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Ödemli	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Akıntı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

Burun delikleri:	Sağ burun deliği	Sol burun deliği
Kapalı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Açık	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Akıntı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Dudak ve damak:	<input type="checkbox"/> Simetrik <input type="checkbox"/> Yarık dudak	<input type="checkbox"/> Asimetrik <input type="checkbox"/> Yarık damak
Dil:	<input type="checkbox"/> Hareketli	<input type="checkbox"/> Dil altı bağı var
Memeler:	Sağ meme	Sol meme
Dolgunluk	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Akıntı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Meme uçları:	<input type="checkbox"/> Simetrik	<input type="checkbox"/> Asimetrik
Solunum sırasında retraksiyon:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Cilt rengi:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Tüm cilt pembe <input type="checkbox"/> Tüm cilt mor	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Ekstremiteler mor vücut pembe <input type="checkbox"/> Tüm cilt sarı
Ciltte döküntü:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Ciltte doğum lekesi:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Yeri ve tipi.....)
Göbek etrafında kanama:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Umbilikal herni:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Dış genitaler (kız bebekler için):		
Akıntı	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Kanama	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Dış genitaler (erkek bebekler için):		
Fimozis	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Epispadias	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Hipospadias	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Akıntı	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Skrotum	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Aşırı ödemli ve büyük
Testisler	<input type="checkbox"/> İnmiş	<input type="checkbox"/> İnmemiş
Anüs:	<input type="checkbox"/> Kapalı	<input type="checkbox"/> Açık, mekonyumunu yaptı/yapmadı
Ekstremiteler:	Üst ekstremiteler	Alt ekstremiteler
Simetrik	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Asimetrik	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Avuç içi çizgisi:	<input type="checkbox"/> Tek	<input type="checkbox"/> Birden fazla
Bacak ve kalça kıvrımları:	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Eşit değil

REFLEKSLER		
Moro refleksi:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
El-ayak yakalama refleksi:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Tonik boyun refleksi:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Emme-yutma refleksi:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Babinski refleksi:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Gövdeyi içe eğme refleksi:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Aksırma-öksürme refleksi:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok

9.Psikiyatri Hemşireliği Veri Toplama Formları

1. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Veri Toplama Formu

Öğr. No:	Veri Toplama Tarihi:
Öğr. Adı-Soyadı:	Hastane:

Bireyin;

Adı Soyadı :	Medeni Durum :
Yaşı :	Meslek :
Cinsiyeti :	Tanı / Yatış Tarihi :
Geliş Şekli :	<input type="checkbox"/> Kendi isteğiyle <input type="checkbox"/> Kolluk kuvvetlerince zorla <input type="checkbox"/> Yakınlarının isteğiyle <input type="checkbox"/> Kandırılarak

SAĞLIK ALGISI - SAĞLIK YÖNETİMİ

Hastaneye yatış/kuruma başvuru nedeni :
Problemin başlangıç zamanı ve şekli :
Geçmiş sağlık öyküsü :
Önceden geçirdiği hastalıklar ya da ameliyatlar :
Daha önceden hastaneye yatma durumu :
Aile öyküsü (kronik hastalıklar, travmalar vb) :

Alişkanlıkları (alkol, sigara, madde, kumar vb)	:
Alerjileri (ilaç, besin vb)	:
Evde kullandığı ilaçlar ve ilaçlara karşı tutum	:
Hastanın kendi sağlığını değerlendirmesi (0 sağlığım çok kötü – 10 yeterince sağlıklıyım)	:
Hasta ile ilgili mevcut risk faktörleri (Kendisine ve çevreye zarar verici davranış, hastaneden kaçma davranışı vb)	:

GÜNCEL TEDAVİ PROGRAMI

	İlaç ismi ve dozu	Sıklığı	İlaç Saatleri	Veriliş Yolu	İlacın Grubu	Hemşirenin Gerekenler	İzlemesi
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

YAŞAMSAL BULGULAR

Saat	Ateş	Nabız	Tansiyon	Solunum/Satürasyon	Açlık Kan Şekeri
Daha önce kullandığı ilaçlar :					
Tedaviyi düzenli olarak uygulama durumu : Evet () Hayır ()					
Non-farmakolojik yöntem kullanma durumu : Evet () Hayır ()					
Bireyin Terapötik Müdahalelere Uyumu : Evet () Hayır ()					

BESLENME-METABOLİZMA

Beslenme Şekli	: Oral () Enteral () Parenteral ()
Diyet	: R1 () R2 () R3 () Özel Diyet (DM, HT vb.):
İştah	: Normal () Artmış () Azalmış ()
İştahı artıran/azaltan faktörler	:
Yeme/yutma gücü	: Yok () Var ()
Oral sağlık (Ağız mukozası, halitozis, kserostomi, dişler ve diş etlerinin durumu vb)	:

Aldığı Çıkardığı Takip Formu	Şift:	Aldığı sıvılar (Oral, enteral, parenteral) :
		Çıkardığı sıvılar (İdrar, diren, kusma vb) :
		Balans :
Beslenme ve metabolizma ile ilgili diğer notlar :		

BOŞALTIM			
Defekasyon sıklığı	:/gün	Son defekasyon zamanı:.....	
Defekasyon durumu	: Normal ())	Konstipasyon ()	Diyare ()
Miksiyon sıklığı	:/gün		
Miksiyon durumu	: Normal () Oligüri ()	Dizüri ()	Anüri ()
	: Noktüri ()	Hematüri ()	Diğer :
Boşaltım ile ilgili diğer notlar (stoma varlığı, idrar katateri : varlığı, sürgü/ördek kullanma durumu vb.)			

AKTİVİTE – EGZERSİZ			
Aktivite	: <input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> İmmobil	<input type="checkbox"/> Güçsüzlük	<input type="checkbox"/> Aktivite İntoleransı
Yardımcı Araç Kullanımı	: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Koltuk Değneği	<input type="checkbox"/> Baston	<input type="checkbox"/> Yürüteç/Walker <input type="checkbox"/> Tekerlekli
Düzenli Egzersiz	: <input type="checkbox"/> Yapmıyor	<input type="checkbox"/> Yapıyor	
Deformite/Kontraktür/Fraktür	: <input type="checkbox"/> Yok Var.....	<input type="checkbox"/>	

Eklemlerde	: <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/>
kızarıklık/şişlik/ağrı	Var	
Pleji/Parezi/Tremor	: <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/>
	Var	
 Aktivite ile ilgili diğer notlar (İstem dışı hareketler, kas : ağrıları vb)		

DUYUŞSAL-BİLİŞSEL ALGILAMA BİÇİMİ				
İşitme Güçlüğü	: <input type="checkbox"/> Sorun Yok Var.....			<input type="checkbox"/> Sorun
Görme güçlüğü	: <input type="checkbox"/> Sorun Yok Var.....			<input type="checkbox"/> Sorun
Yardımcı araç kullanımı	: <input type="checkbox"/> Sorun Yok Var.....			<input type="checkbox"/> Sorun
Koku duyusu	: <input type="checkbox"/> Sorun Yok Var.....			<input type="checkbox"/> Sorun
Tat duyusu	: <input type="checkbox"/> Sorun Yok Var.....			<input type="checkbox"/> Sorun
Dokunma Duyusu	: <input type="checkbox"/> Sorun Yok Var.....			<input type="checkbox"/> Sorun
Bilinç Düzeyi	: GKS Puanı:	Göz :	Motor:	Sözel:
Oryantasyon	: <input type="checkbox"/> Kişi	<input type="checkbox"/> Yer	<input type="checkbox"/> Zaman	
Duyuşsal-bilişsel algılama biçimi ile ilgili diğer notlar (Deliryum/demans, öğrenme biçimi vb.)	:			

ROLLER – İLİŞKİLER - GELİŞİMSEL ÖZELLİKLER
<p>Kadınlar için doğum öyküsü, Eğitim yaşantısı, Askerlik yaşantısı, İş yaşantısı, Aile içi rol ve sorumlulukları, Bu rolleri yerine getirmede destek olacak bir yakın durumu, Sağlık probleminin aile içi ilişkileri üzerine etkisi, Aile içi değerleriniz hastalığınızı ve tedavinizi nasıl etkiledi? Aile içinde yaşanan problemler nasıl çözülmektedir, Ailede şiddet (fiziksel, sözel, duygusal, ekonomik), Diğer</p>

UYKU		
Evdeki uyku saati	: Gece:	Gündüz:
	
Hastanedeki uyku saati	: Gece:	Gündüz:
	
Uykuya dalmada güçlük	: <input type="checkbox"/> Sorun Yok Var.....	<input type="checkbox"/> Sorun
Uykuyu kesintiye uğratan durum	: <input type="checkbox"/> Sorun Yok Var.....	<input type="checkbox"/> Sorun
Dinlenmiş olarak kalkma	: <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Uyku ile ilgili notlar (Rahat uyumak için kullandığı yöntemler, ilaçlar, uykusuzluk ile başetme davranışları vb.)		

STRES - BAŞ ETME
Bireyin hayatında stres yaşamasına neden olan durumlar, Stresli durumlarda bireyin hissettikleri, Bireyin yaşadığı stresli durumlar ile baş etmek / rahatlamak için neler yaptığı vb.

KENDİNİ ALGILAMA- BENLİK KAVRAMI

Kendinizi nasıl tanımlarsınız ? İnsanlar genellikle sizi nasıl tanımlarlar? En çok beğendiğiniz özellik/ özellikleriniz nelerdir? En az beğendiğiniz özellik/ özellikleriniz nelerdir ? Yapabilseydiniz, hangi

ZİHİNSEL-ALGISAL FONKSİYONLAR

Ruhsal Durum Değerlendirmesi :

Genel Görünüm :
(Giyinme, tuvalet özeni, göz teması, konuşma, ses tonu vb)

Bilişsel Fonksiyonlar :
(Bilinç, Algılama, Bellek, Dikkat Yargılama ve İçgörü / Huzurevi için Standardize Mini Mental Test)

Düşünce :
(Gerçeği değerlendirme yetisi, Soyut düşünme yeteneği, Logore, Enkoherans, Klang Çağırışım, Perseverasyon, Neolojizm, Sanrı, Obsesyon, Fobi, vb.)

Konuşma :
(Basınçlı konuşma, Mutizm, Afazi, Disfazi, vb.)

Davranış :
(Eksitasyon, Agresyon, Abazi, Astazi, Negativizm, Stereotipi, Parmimi, Ekomimi, Katalepsi, Katatoni, Akinezi, Kompülsiyon, Mannerizm, Grimas vb.)

Özel Beceri ve Yeterlik :
(*Hesaplama, Okuma-yazma, Soyutlama*)

CİNSELLİK ve ÜREME

Menstruasyon özellikleri, Kontrasepsiyon öyküsü, Gebelik öyküsü, Menopoz öyküsü, Andropoz öyküsü. Cinsel kimlik ve islev bozukluğu. Cinsel volla bulasan hastalıklar

DEĞERLER ve İNANÇLAR

Bireyin manevi ve kültürel inançları- değerleri :

Manevi değerlerde hastalık sürecinde değişiklik :

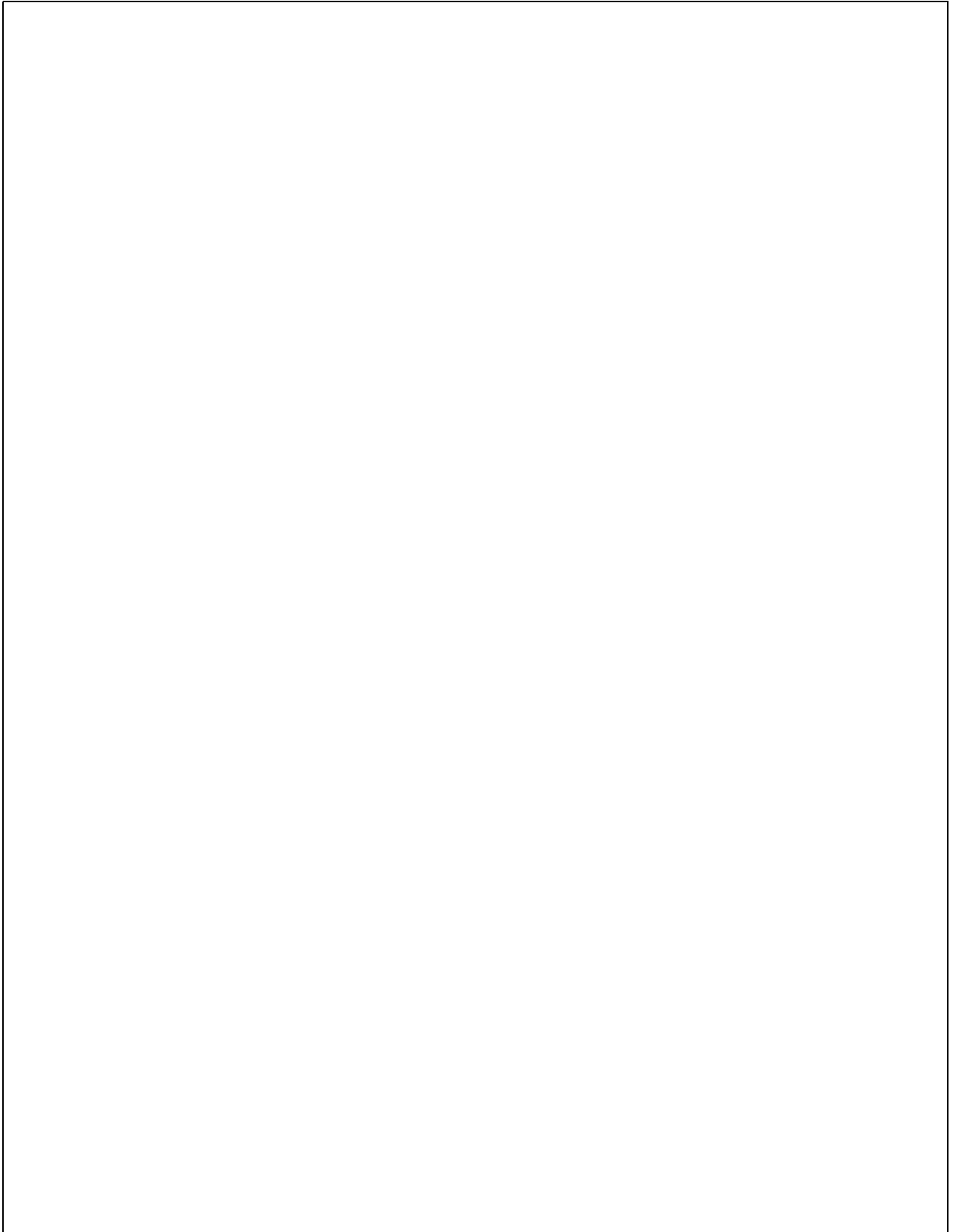
Yaşam hakkındaki inanç ve değerler :

Ölüm hakkındaki inanç ve değerler :

Diğer :

HEMŞİRENİN DÜŞÜNCE ve YORUMLARI

GENOGRAM (SOYAĞACI)



Genogramda Sık Kullanılan Semboller

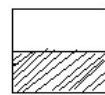
	Erkek
	Bayan
	Ölü
	Görüşülen hasta
	İki normal erkek
	Üç normal bayan
	Cinsiyeti belirtilmeyen veya bilinmeyen dört doğum
	Spontan düşük
	Uyarılmış düşük
	Gebelik-bebek uterusu
	Dizigotik ikizler
	Monozigotik ikizler
	Evlilik
	Doğum tarihi
	Adı
	Doğum yaşı veya tarihi
	Ölümdeki doğum tarihi
	Ölüm nedeni

	Evlilik ve yılı
	Boşanma ve yılı
	Ayrılma ve yılı
	Evlenmeden birlikte yaşamaya başlama yılı
	Bir arada yaşayan bireyler
	Çatışmalı ilişki
	Uzak ilişki
	Yakın ilişki
	Çok yakın ilişki
	Baskın ilişki
	Problemlili evlilik
	Başka ilişki sonrası problemlili evlilik
	Boşanma- Anne iki kızın bakımını üstlenmiş
	Birden fazla evlilik yapmış evli çift

İlaç, Alkol Suistimali ve Ruhsal Sorun



İlaç, alkol suistimali



Şüpheli suistimal



İlaç, alkol suistimalinden kurtulma



Ciddi ruhsal ya da fiziksel problem

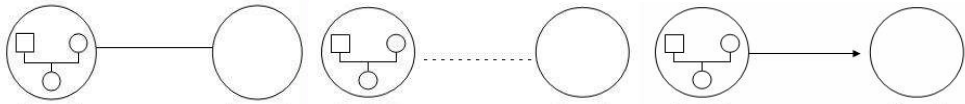
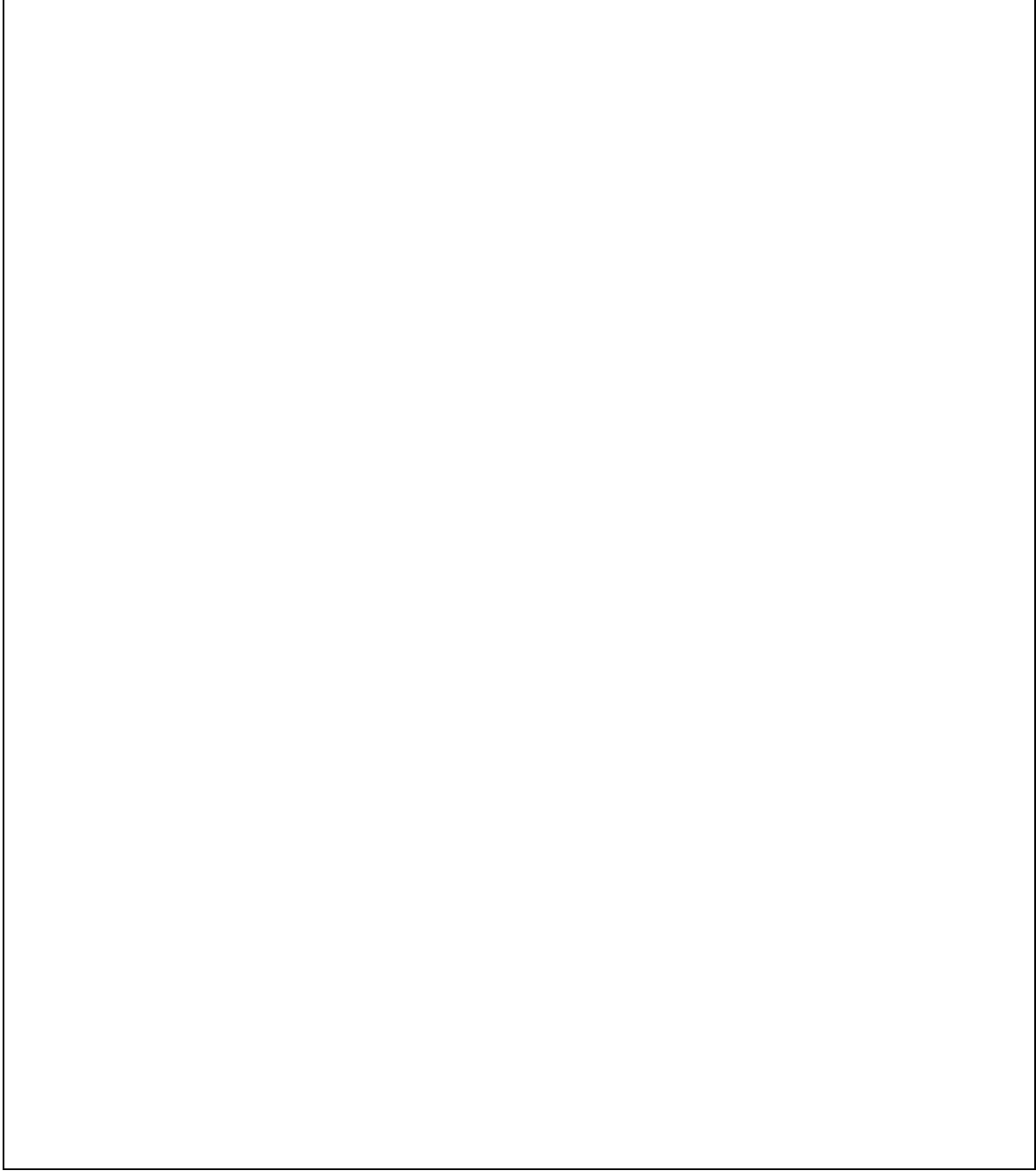


İlaç, alkol suistimali ve ruhsal/fiziksel problem



Suistimal (fiziksel veya cinsel)

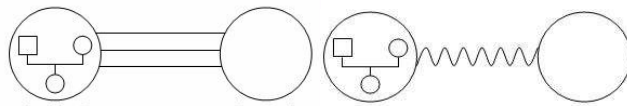
EKO HARİTA



Yakın ilişki

Zayıf ilişki

İlişkinin yönü



Çok yakın ilişki

Çatışmalı ilişki

GÜNLÜK VERİ TOPLAMA FORMU

SAĞLIK ALGISI / YÖNETİMİ	BESLENME – METABOLİK	CİNSELLİK - ÜREME
İLAÇLAR/SIVILAR	BOŞALTIM	BAŞETME, STRES TOLERANSI
AKTİVİTE – KENDİNE BAKIM	ZİHİNSEL-ALGISAL DURUM	ROL-İLİŞKİLER
UYKU – DİNLENME	KENDİNİ ALGILAMA-Bİ	DEĞERLER – İNANÇLAR

PSİKIYATRİ SERVİSİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU

Bireyin Adı Soyadı :

Tarih ve Şift :

Öğrencinin Adı Soyadı:
İmza:

PSİKİYATRİ HASTASI GÖZLEMİ ÖĞRENİM REHBERİ

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Hastanın **davranışlarını, davranıştaki değişmeler anlamında gözleme:** Hastanın hareketlerinin hızlanması, yavaşlaması, ağlama, saldırganlık, ilaç yan etkilerine bağlı olabilecek bazı belirtiler (tremor, akatizi, parkinsonizm vb.)

2. Gözlem yaparken objektif olma:

Hastanın var olan davranışlarını gözleme ve not etme

3. **Gözlemi sürekli yapma:** Hastayı birlikte olunan zaman dilimi boyunca gözleme

4. Gözlem yaparken bireyi bütüncül olarak değerlendirme:

Hastayı aşağıdaki kriterlerle sistematik bir şekilde gözleme

- Genel Görünüm: Bireyin giyim tarzı, temizliğine gösterdiği özen (saçlarını taraması, tıraş olması, diş fırçalaması vb.)
- Yüz ifadesi: Neşeli, çökkün, öfkeli
- *Motor davranışları: yerinde duramama, aşırı hareket ya da hareketsizlik, postür vb.
- Konuşma: Hızlanma, yavaşlama, konuşmama
- Konuşma içeriği: Sözcüklerin anlaşılmasında, birbirleriyle bağlantısız ifadeler, konudan konuya atlamalar, kelime salatası)
- *Düşünce-algılama içeriği: Kuşku, korku, gecek dışı düşüncenin varlığı vb.
- Uyku: Gün içinde uyuklama, gece yeterince uyuma
- Yeme-içme: Verilen yemeği bitirme, yemeğini kendi kendine yiyebilme
- *Sosyal davranış özellikleri-İlişki Tarzı: Diğer bireylerle ilişkisi (sağlık ekibi elemanları ile ilişkisi, ailesiyle ilişkisi, ziyaretçileri ile ilişkisi, izinli çıkma)
- Klinik içi etkinliklere katılım: Klinikteki etkinliklere katılmaya istekliliği. Katılımı aktivitelerden uzak durması
- Tedaviye tepkisi: İlaç almaya direnç durumu, ilaçlarına uyumu.

5. Gözlem yaparken hastayı rahatsız etmeme:

Hastayı doğal ortamında tedirgin etmeden. Yalnız ve diğer bireylerle bir arada iken, her an peşindeymiş gibi davranmadan ve her an O'nu göz hapsinde tutmadan gözleme.

6. Gözlemleri kaydetme:

Hastanın gözlemleri bir nöbet/mesai süresinin sonunda kaydedilir. Gözlemler nöbet tesliminde ve "Büyük Vizit"lerde ekip elemanları ile paylaşılır.

- Açık ve sade bir dil kullanma
 - Genel ifadelerden kaçınma
 - "Hastanın durumunda herhangi bir farklılık yoktu"...gibi
 - Gözlemleri kaydederken yorum yapmama
 - "... düşmanca bakıyordu,yemeklere burun kıvırdı ve yemedi...."
 - Olağan üstü durumları ayrıntılı bir şekilde kaydetme
- (İntihar, kaçma, hastalar arasında ortaya çıkan kavga, ilaç yan etkileri vb.)

*Form üzerinde eklemeler yapılmıştır.

Demirkıran, F., Arslantaş, H., Öner, H. (2004). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği.
F. Demirkıran (Ed.) Hemşirelik Beceri Öğrenim Rehberleri-II (ss:69-88)
Aydın Menderes Üniversitesi Yayınları No:21

Bireyin Adı Soyadı : **Tarih** :
Görüşmenin Konusu :
Görüşmenin Amacı :
Görüşme Yeri :
Görüşme süresi :

ETKİLEŞİM RAPORU

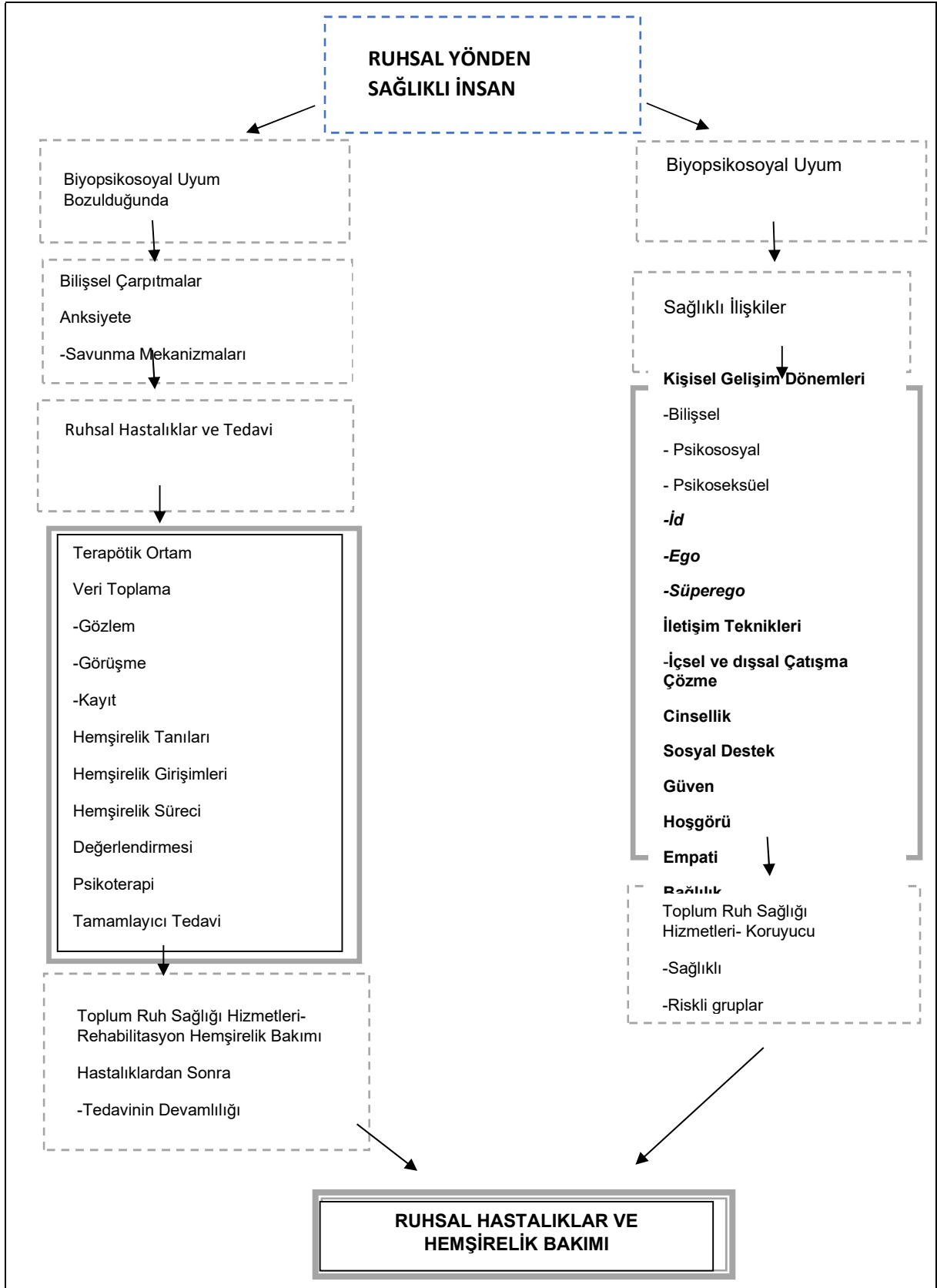
Hemşirenin Sözel İfadesi	Bireyin Sözel İfadesi	Hemşirenin Değerlendirmesi	Öğretim Elemanının Değerlendirmesi

Demirkıran, F., Arslantaş, H., Öner, H. (2004). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği.
F. Demirkıran (Ed.) Hemşirelik Beceri Öğrenim Rehberleri-II (ss:69-88)
Adnan Menderes Üniversitesi Yayınları No:21

ETKİLEŞİM RAPORU YAZMA ÖĞRENİM REHBERİ

İŞLEM BASAMAKLARI
1. Raporda hastaya yönelik tanıtıcı bilgileri yazma
2. Hastaya kendini tanıtmama
3. Görüşme amacını belirleme
4. Görüşme süresini ve yerini belirtme
5. Görüşme yerinin görüşme için uygun olup olmadığını değerlendirme
6. Bir önceki görüşmede konuşulanları hatırlatma ve önceki görüşmede konuşulan ev ödevi ya da önerilen farklı aktiviteler varsa onları gözden geçirme
7. Amaca uygun olarak hastanın duygularını dinleme, empati yapabilme
8. Bu görüşme için belirlenen konuya yönelik hastanın duygu ve düşüncelerini ortaya koymasına yönelik açık uçlu sorular sorma
9. Hastayı konuya/soruna yönelik duygularını ifade etmesi için cesaretlendirme
10. Hastanın sözlü veya sözsüz davranışlarını gözlemleme (<i>ve bunları parantez içinde belirtme</i>)
11. Hastanın anlattıklarının doğru bir şekilde anlaşıldığını gösteren kısa özetlemeler yapma
12. Görüşme sırasında kullandığı ifadelerin hasta tarafından anlaşılır ve açık olmasına dikkat etme
13. Hastanın iletmediği duygu ve düşüncelerine yargılayıcı olmama
14. Başta belirlenen konuya yönelik görüşmeyi sürdürme
15. Uygun ifadeler kullanarak bir bölümden diğerine geçiş yapma
16. Görüşülen konuya yönelik olarak hastaya tavsiyelerde bulunmama
17. Hasta adına kararlar almama
18. Hastanın kendi sorunlarına yönelik uygun başatma yolları bulması için destek olma
19. Hastanın ifade ettiği sorunlarına ilişkin geliştirdiği sağlıklı çözüm yollarını destekleme
20. Görüşmeyi kısaca özetleme, görüşmenin sonlarına yaklaştıklarını açıklama
21. Görüşme sonucunda bireyin yapması gerekenleri birlikte belirleme
22. Bireyin görüşmeye ilişkin duygu ve düşüncelerini alma
23. Bir sonraki görüşme tarihini bireyle birlikte belirleme

Demirkıran, F., Arslantaş, H., Öner, H. (2004). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği.
F. Demirkıran (Ed.) Hemşirelik Beceri Öğrenim Rehberleri-II (ss:69-88)
Adnan Menderes Üniversitesi Yayınları No:21



10.Halk Sağlığı Hemşireliği Veri Toplama Formları

1- Halk Sağlığı Hemşireliği Yetişkin İzlem Formu

Öğrenci No:	Öğrenci Adı Soyadı:	Veri Toplama Tarihi:
-------------	---------------------	----------------------

A-GENEL BİLGİLER

Bireyin Adı-Soyadı:	Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:	Eğitim Düzeyi:
Medeni Durumu ve Akraba Evliliği:	Boy/Kilo:
BKİ:	Solunum Sayısı:
Nabız:	Vücut Sıcaklığı:
Kan Basıncı:	

Geçirdiği (önemli) hastalıklar:
Geçirdiği ameliyat/kaza/yaralanma:
Sürekli kullandığı ilaçlar (süre):
Alerji öyküsü:
Sigara, alkol, ilaç vb. alışkanlığı:
Anne-baba kardeşlerin sağlık durumları/ ölmüşlerse ölüm nedenleri:

B- İÇİ / MESLEğİ (Çalışma ortamına ait riskler toz, gaz, rutubet, kimyasal, ışın, gürültü, aydınlatma ve ısıtmada sorun vs. var mı? İş kazası yönünden tehlike var mı? Kişisel koruyucu kullanıyor mu? İçe ilişkin duyguları neler?)

YETİŞKİN İZLEM BULGULARI/..../20/..../20
DERİ		
Deride kuruluk:		
Isı/ renk değişikliği:		
Aşırı terleme:		
Kaşıntı:		
Deri hastalıkları:		
Sarılık:		
SAÇLAR		
Saçlarda kuruluk		
Saçlarda kırılma:		
TIRNAKLAR		
Tırnak yeme:		
Tırnaklarda kırılma:		
GÖZLER		
Görme bozukluğu:		
Gözyaşı akması:		
Kaşıntı:		
Ağrı:		
Sinek uçuşması:		
Göz kapaklarında şişlik:		
Ekzoftalmi:		
Konjonktivada sarılık:		
KULAKLAR		
Ağrı:		
İşitme azlığı:		
Baş dönmesi:		
Kulak çınlaması:		
Kulakta akıntı:		
BURUN		
Burunda akıntı:		
Tıkanıklık:		
Sık nezle:		
Alerji:		

Travma:		
Koku duyusu:		
AĞIZ VE BOĞAZ		
Ağız kokusu:		
Dudaklarda çatlak:		
Siyanoz:		
Yutma güçlüğü:		
Diş sayısı ve çürük sayısı:		
Dişeti iltihabı		
Protez:		
Ses kısıklığı:		
Diş bakımı:		
GÖĞÜS VE SOLUNUM SİSTEMİ		
Öksürük:		
Hemoptizi:		
Göğüs ağrısı:		
Memelerde asimetri		
Kitle:		
Meme başında akıntı, duyarlılık:		
DOLAŞIM SİSTEMİ		
Ortopne:		
Çarpıntı:		
Ödem:		
Bacaklarda varis:		
Dispne:		
Siyanoz:		
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM		
İştah değişikliği:		
Bulantı/kusma:		
Hematemez:		
Melena:		
Karın ağrısı:		
Konstipasyon		
Diyare:		

Hemoroid:		
Barsak parazitleri:		
Gaz:		
ÜRİNER SİSTEM		
Sık idrar yapma:		
Noktüri:		
Bulanık idrar:		
İdrarın koyu renk olması:		
Hematüri:		
İdrar tutamama:		
KAS-İSKELET SİSTEMİ		
Kas ağrısı:		
Kaslarda erime/zayıflık:		
Güçsüzlük:		
Eklemlerde şişlik:		
Eklemlerde kızarıklık/ağrı:		
Sırt ağrısı:		
Postür:		
SİNİR SİSTEMİ		
Baş ağrısı:		
Baş dönmesi:		
Duyu bozuklukları:		
Kuvvet kaybı:		
Konuşma bozuklukları:		
Senkop:		
Epilepsi:		
Bilinç değişiklikleri:		
RUHSAL HİKAYE		
Ruhsal sıkıntılar:		
Krizler:		
Ailevi sorunlar:		
Uyku düzeninde değişme:		
HEMATOLOJİK SİSTEM		
Kanama (dişeti/burun):		

Eklem içi kanamalar:		
Gastrointestinal-üriner sistem kanamaları:		
Deri döküntüleri (peteşi, ekimoz):		
Çarpma ile kolay çürüme:		
METABOLİK VE ENDOKRİN SİSTEM		
Şişmanlama:		
Kilo kaybı:		
Sinirlilik:		
Çok su içme:		
Sık idrar yapma:		
Çok yemek yeme:		
Saç dökülmesi:		
Ses değişikliği:		
ÜREME SİSTEMİ		
KADIN		
İlk adet tarihi:		
Kaç günde bir adet görüyor:		
Adet düzeni ve süresi (gün):		
Kanama miktarı (günlük ped sayısı):		
Dismenore:		
Adet dönemleri arasında kanama:		
Hipermenore:		
Cinsel ilişki sonrası kanama:		
Vaginal akıntı:		
Cinsel ilişkide ağrı:		
Adet öncesi gerginlik/depresyon:		
Menapoz belirtileri (terleme, depresyon, ateş basması vs.):		
Gebelik öyküsü: ✓ Gebelik sayısı: ✓ Canlı doğum: ✓ Ölü doğum: ✓ Canlı doğup ölen çocuk sayısı: ✓ Yaşayan çocuk sayısı: ✓ Düşük: ✓ Doğum komplikasyonları:		

İnfertilite:		
Kullanılan aile planlaması yöntemi:		
Diğer cinsel sorunlar ve rahatsızlıklar:		
ERKEK		
Peniste yara:		
Testis ve skrotumda ağrı, şişlik:		
Kasık ağrısı:		
Cinsel işlev bozukluğu:		

HEMŞİRELİK NOTU

NOTLAR	İMZA

ÖNCELİK SIRASINA GÖRE SORUN LİSTESİ

	Hemşirelik Tanıları
1	
2	
3	
4	
5	

Etkinlik Katılımcı Listesi**Etkinlik Adı:****Tarih:****Yer:****Katılımcı Listesi:**

No	Katılımcı Adı-Soyadı	İmza	No	Katılımcı Adı-Soyadı	İmza
1.			17.		
2.			18.		
3.			19.		
4.			20.		
5.			21.		
6.			22.		
7.			23.		
8.			24.		
9.			25.		
10.			26.		
11.			27.		
12.			28.		
13.			29.		
14.			30.		
15.			31.		
16.			32.		

TOPLUM TANIMA VE SAĞLIK EĞİTİMİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı:

Öğrenci No:

DEĞERLENDİRİLECEK ALANLAR	PUAN	PUAN
Kampüsü Tanıma	30	
Kurum çalışanları ile iletişim	3	
Grup arkadaşlarıyla iletişim	3	
Öğretim elemanı ile iletişim	3	
Yeterli veri toplama	3	
Toplanan verileri anlamlı bir şekilde sunma	3	
Toplanan verileri yorumlama	3	
Verilere dayanan sorun listesi oluşturma	3	
Sorunları öncelik sırasına koyma	3	
Çözüm önerileri sunma	3	
Elde edilen bulguları uygulamada kullanma	3	
Sağlık Eğitimi	70	
Hedefleri uygun biçimde saptama	5	
İçeriği hedeflere uygun biçimde düzenleme	10	
Eğitimin içeriğini doğru bilgilerle oluşturma	5	
Amaca uygun eğitim materyali geliştirme	10	
Uygun eğitim yöntemini seçme	5	
Eğitim programını etkili biçimde uygulama ve sürdürme	20	
Eğitim programını değerlendirme	5	
Eğitim konusuna uygun gerekli birimlerle iş birliği sağlama	10	
Eğitimle ilgili duyurunun (afiş, web, sosyal medya vb.)	5	

Değerlendirmenin Yapıldığı Tarih:

Değerlendirmeyi Yapan Öğretim Elemanı:

İmza:

Görüş ve Öneriler:

11.EKLER

EK 1. Öğrenci Değerlendirme Formu (Öğretim Elemanı)

Öğrenci adı-soyadı:

Öğrenci numarası:

Mesleki uygulama yaptığı temel alan:

Mesleki uygulama yaptığı klinik:

Uygulama tarih aralığı/Öğrenci Rotasyon Numarası:

--

		Puanlama	Öğrencinin puanı
1	BİLGİ	10p	
	a) Hastaların sağlık durumları ile ilgili bilgiye sahiptir	5p	
	b) Hastane kurallarına uygun hareket eder	5p	
2	PROFESYONEL BECERİLERİ	40p	
	a) Klinik ortamda organize bir şekilde çalışır	5p	
	b) Kendisine verilen sorumlulukları yerine getirir	5p	
	c) Bütüncül hemşirelik bakımı verebilir.	5p	
	d) Hastaya bakım zamanını (hasta kabulü, tedavi-vital için ayrılan zaman, bakım verme ile ilgili diğer süreçler vb.) etkin yönetir.	5p	
	e) Problem çözme becerisine sahiptir	5p	
	f) Verilen görevleri tamamlamak için çaba harcar	5p	
	g) Hasta güvenliği ile ilgili uygulamaları dikkate alarak çalışır.	5p	
	h) Hemşirelik uygulamalarında aseptik tekniğe uyar	5p	
3	PROFESYONEL TUTUM	45p	
	a) Yeni şeyler öğrenmek için isteklidir	5p	
	b) Profesyonel görünüme (forma düzeni, tutum vb.) sahiptir.	5p	
	c) Kendisine yöneltilen yapıcı eleştirileri dinler	5p	
	d) Hasta ve ailesine karşı olumlu ve destekleyici bir yaklaşım sergiler	5p	
	e) Ekipteki diğer üyelerle profesyonel anlamda iyi bir iletişim içindedir	5p	
	f) Hastanedeki forma düzenine uyar	5p	
	g) Klinik çalışma saatlerine (kliniğe giriş çıkış saati, yemek saati, teslim saati vb.) uyum gösterir	5p	
	h) Yazılı veya sözlü talimatlara uyum sağlar	5p	
	i) Hastane/klinikteki malzemeyi korur ve klinikteki malzeme düzenine uyar	5p	
4	KAYIT ETME	5 p	
	a) Hemşirelik uygulamalarını doğru kayıt etme konusunda yeterli bilgi sahibidir ve bunu uygulayabilir.		
	ÖĞRENCİNİN KLİNİK DEĞERLENDİRME NOTU	100p	

Öğrenci ile ilgili ek görüşler:

Öğrencinin gelmediği gün sayısı:

Değerlendirmeyi yapan Öğretim Elemanı

Adı soyadı İmza

Tarih

EK 2. Öğrenci Değerlendirme Formu (Klinik Hemşire)

Öğrenci adı-soyadı:

Öğrenci numarası:

Mesleki uygulama yaptığı temel alan:

Mesleki uygulama yaptığı klinik:

Uygulama tarih aralığı/Öğrenci Rotasyon Numarası:

--

		Puanlama	Öğrencinin puanı
1	BİLGİ	10p	
	c) Hastaların sağlık durumları ile ilgili bilgiye sahiptir d) Hastane kurallarına uygun hareket eder	5p 5p	
2	PROFESYONEL BECERİLERİ	40p	
	i) Klinik ortamda organize bir şekilde çalışır j) Kendisine verilen sorumlulukları yerine getirir k) Bütüncül hemşirelik bakımı verebilir. l) Hastaya bakım zamanını (hasta kabulü, tedavi-vital için ayrılan zaman, bakım verme ile ilgili diğer süreçler vb.) etkin yönetir. m) Problem çözme becerisine sahiptir n) Verilen görevleri tamamlamak için çaba harcar o) Hasta güvenliği ile ilgili uygulamaları dikkate alarak çalışır. p) Hemşirelik uygulamalarında aseptik tekniğe uyar	5p 5p 5p 5p 5p 5p 5p 5p	
3	PROFESYONEL TUTUM	45p	
	j) Yeni şeyler öğrenmek için isteklidir k) Profesyonel görünümüne (forma düzeni, tutum vb.) sahiptir. l) Kendisine yöneltilen yapıcı eleştirileri dinler m) Hasta ve ailesine karşı olumlu ve destekleyici bir yaklaşım sergiler n) Ekipteki diğer üyelerle profesyonel anlamda iyi bir iletişim içindedir o) Hastanedeki forma düzenine uyar p) Klinik çalışma saatlerine (kliniğe giriş çıkış saati, yemek saati, teslim saati vb.) uyum gösterir q) Yazılı veya sözlü talimatlara uyum sağlar r) Hastane/klinikteki malzemeyi korur ve klinikteki malzeme düzenine uyar	5p 5p 5p 5p 5p 5p 5p 5p 5p	
4	KAYIT ETME	5 p	
	a) Hemşirelik uygulamalarını doğru kayıt etme konusunda yeterli bilgi sahibidir ve bunu uygulayabilir.		
	ÖĞRENCİNİN KLİNİK DEĞERLENDİRME NOTU	100p	

Öğrenci ile ilgili ek görüşler:

Öğrencinin gelmediği gün sayısı:

Değerlendirmeyi yapan Klinik sorumlu hemşiresi

Adı soyadı İmza

Tarih

EK 3. Hemşirelik Bakım Süreci Değerlendirme Formu (Öğretim Elemanı)

Öğrenci adı-soyadı:

Öğrenci numarası:

Mesleki uygulama yaptığı temel alan:

Mesleki uygulama yaptığı klinik:

Uygulama tarih aralığı/Öğrenci Rotasyon Numarası:

--

		Puanlama	Öğrencinin Puanı
A.	VERİ TOPLAMA	10	
1.	Bütüncül yaklaşım doğrultusunda gereksinimlere yönelik yeterli ve doğru veri toplama	5	
2.	Hasta ve ailesi ile etkili iletişime geçme	5	
B	TANILAMA	25	
1.	Tıbbi tanı, tedavi ve bakım hakkında yeterli bilgiye sahip olma	5	
2.	Hastaya özgü ve hastanın sorunu ile ilgili yeterli miktarda tanı koyma	5	
3.	Hemşirelik tanılarını öncelik sırasına yerleştirme	5	
4.	Etiyolojik faktörler ve tanımlayıcı kriterleri doğru belirleme	5	
5.	Amaç/beklenen sonuçları belirleme	5	
C.	GİRİŞİMLERİ PLANLAMA VE UYGULAMA	45	
1.	Amaca/beklenen sonuçlara yönelik girişimleri yeterli, gerçekçi ve doğru şekilde planlama	10	
2.	Planlanan girişimlerin hastaya uygun olmasını (yaş, gereksinimleri, hastalığı vb.) sağlama	10	
3.	Planlanan her girişime yönelik uygulamayı kapsamaması	5	
4.	Planlanan girişimleri uygulama	20	
D.	DEĞERLENDİRME	10	
1.	Hemşirelik tanısına yönelik doğru değerlendirme yapma (belirlenen amaca ulaşmış ulaşmadığı, ulaşmadıysa nedeni, tekrar planlama gerekmediği) (10 puan)	10	
E.	EĞİTİM	10	
1.	Eğitim gereksinimine uygun hedefler saptama	2	
2.	Hedeflere uygun içerik oluşturma	2	
3.	Eğitime uygun materyal hazırlama	2	
4.	Eğitimi etkin bir şekilde sürdürme	2	
5.	Eğitimi etkin bir şekilde değerlendirme	2	
	TOPLAM	100	

Değerlendirmeyi yapan Öğretim Elemanı

Adı soyadı İmza

Tarih

EK 4. İTAKİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Değerlendirme Gerekçesi ve Numarası: İlk Değerlendirme:1 / Post-op Dönem:2 / Hasta Düşmesi:3 / Bölüm Değişikliği:4 / Durum Değişikliği:5				
Parametreler	Risk Faktörleri	Puan	Puan	Puan
			İlk Değerlendirme	Yeniden Değerlendirme (Tarih- Gerekçe No)
			.../.../...	.../.../...
Yaş	60-69 yaş	1		
	70-79 yaş	2		
	80 ve üstü	3		
Bilinç durumu	Bilinci kapalı	1		
	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, Laterjik)	2		
Düşme hikayesi	6 ay içerisinde düşme öyküsü var.	3		
Hastalıklar/ Komorbiditeler (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)	Hastalıklardan en fazla ikisi bulunmaktadır.	1		
	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır.	2		
Hareket kabiliyeti	Ayakta / yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	5		
	Ayakta / yürürken denge bozukluğu var.	10		
	Baş dönmesi var.	2		
Boşaltım ihtiyacı	Üriner / fekal kontinans var	1		
Görme durumu	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.) (2 puan)	2		
	İleri derecede görme engeli var.	10		
İlaç kullanımı	4'ten fazla ilaç kullanımı var.	2		
	Son 1 hafta içinde riskli en çok iki ilaç kullanımı var.	2		
	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.	3		
Ekipman kullanımı Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman; IV infüzyon, foley kateter, göğüs tüpü vb)	Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var.	1		
	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.	2		
DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU			TOPLAM PUAN	
Düşük Risk	0-9 puan arası	
Yüksek Risk	10 puan ve üzeri	
*KAYNAK: https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/45426/0/itaki-ii-dusme-riski-olcegipdf.pdf				

EK 5. Sağlık Eğitim Formu

Öğrencinin Adı Soyadı:

Öğrenci No:

1. Hazırlık

Eğitimin Yapılacağı Yer:

Eğitim yapılan kişi:

Bireysel Eğitim

Eğitim Verilecek Kişinin Adı-Soyadı :

Cinsiyeti:

Tanı:

Yaşı:

Eğitim Düzeyi:

Mesleği:

Grup Eğitimi

Eğitime Katılacak Kişi Sayısı:

Eğitimin Yapılacağı Yer (Hasta Odası, vs.):

Eğitimin Süresi:

Eğitim Zamanı:

Eğitime Katılacak Hasta Tanıları:

2. Eğitimi Planlama Aşaması

Eğitimin Konusu:

Eğitimin Amacı:

Kullanılan Öğretim Yöntem ve Teknikleri:

Eğitim Şekli: Bireysel Eğitim ()

Grup Eğitimi ()

Eğitimde Kullanılan Araç ve Gereçler:

Eğitimin İçeriği (burada eğitim içeriğinin başlıkları yazılır):

Eğitimin Hedef ve Hedef Davranışları:

Bilişsel Alan:

- 1.
- 2.
- 3.

Duyusal Alan:

- 1.
- 2.
- 3.

Psikomotor Alan:

- 1.
- 2.
- 3.

Eğitimin değerlendirilmesi:

Eğitim içeriği başlıkları ile ilgili en az bir sayfa özet bilgi

EK 6. NANDA Tanımları

1. Aktivite intoleransı	114. Enfeksiyon Riski
2. Aktivite Planlamada Etkisizlik	115. Yaralanma Riski
3. Aktivite İntoleransı Riski	116. Korneal Yaralanma Riski
4. Aktivite Planlamada Etkisizlik Riski	117. İdrar Yolu Yaralanmaları Riski
5. Hava Yolunu Temizlemede Etkisizlik Alerjik Tepki Riski	118. Uykusuzluk
6. Anksiyete	119. Azalmış İntrakraniyal Adaptif Kapasite
7. Ölüm Anksiyetesi	120. Yenidoğan Sarılığı
8. Aspirasyon Riski	121. Yenidoğan Sarılığı Riski
9. Bağlanma Bozukluğu Riski	122. Bilgi Eksikliği
10. Otonomik Disrefleksiya	123. Bilgi Düzeyini Güçlendirmeye Hazır Oluş
11. Otonomik Disrefleksiya Riski	124. Lateks Alerji Tepkisi
12. Kanama Riski	125. Lateks Alerji Tepkisi Riski
13. Beden İmgesinde Bozulma	126. Karaciğer Fonksiyon Bozukluğu Riski
14. Yetersiz Anne Sütü	127. Yalnızlık Riski
15. Etkisiz Emzirme	128. Anne Fetüs Bütünlüğünde Bozulma Riski
16. Emzirmenin Kesintiye Uğraması Emzirmede Güçlenmeye Hazırlık Oluş	129. Bellekte Bozulma
17. Etkisiz Solunum Örüntüsü	130. Yatak İçi Mobilitede Bozulma
18. Kardiyak Output'ta Azalma	131. Fiziksel Mobilitede Bozulma
19. Kardiyak Output'ta Azalma Riski	132. Tekerlekli Sandalye ile Mobilitede Bozulma
20. Kardiyak Doku Perfüzyonunda Azalma Riski	133. Duygudurumu Düzenlemede Bozulma
21. Bakım Verici Rolünde Zorlanma	134. Moral Distress (Ahlaki Sıkıntı)
22. Kardiyovasküler Fonksiyon Bozukluğu Riski	135. Bulantı
23. Bakım Verici Rolünde Zorlanma Riski	136. Uyumsuzluk
24. Serebral Doku Perfüzyonunda Etkisizlik Riski	137. Beslenmede Güçlenmeye Hazır Oluş
25. Etkisiz Doğurganlık Süreci	138. Dengesiz Beslenme: Gereksinimden Az Beslenme
26. Doğurganlık Sürecinde Güçlenmeye Hazır Oluş	139. Obezite
27. Çocuk Yetiştirme Sürecinde Etkisizlik Riski	140. Oral Mukoz Membranda Bozulma
28. Konforda Bozulma	141. Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski
29. Konforu Güçlendirmeye Hazır Oluş	142. Fazla Kilo
30. İletişimde Güçlenmeye Hazır Oluş	143. Fazla Kilo Riski
31. Sözel İletişimde Bozulma	144. Akut Ağrı
32. Akut Konfüzyon	145. Kronik Ağrı
33. Kronik Konfüzyon	146. Kronik Ağrı Sendromu
34. Konstipasyon	147. Doğum Sancısı
35. Akut Konfüzyon Riski	148. Ebeveynlikte Yetersizlik
36. Kronik Fonksiyonel Konstipasyon	149. Ebeveynlikte Güçlendirilmeye Hazır Oluş
37. Algılanan Konstipasyon	150. Ebeveynlikte Yetersizlik Riski
38. Konstipasyon Riski	151. Perioperatif Pozisyon Vermede Yaralanma Riski
39. Kontaminasyon	152. Periferel Nörovasküler Disfonksiyon Riski
40. Kronik Fonksiyonel Konstipasyon Riski	153. Zehirlenme Riski
41. Kontaminasyon Riski	154. Post Travma Sendromu
42. İyotlu Kontrast Maddeye Yan Etki Gelişme Riski	155. Post Travma Sendromu Riski
43. Aile Baş Etmesi-Ödün Verme	156. Güçlendirilmeye Hazır Oluş/Güçlenmek İçin Desteklenmeye Hazır Oluş
44. Savunucu Baş Etme	157. Güçsüzlük
45. Etkisiz Toplumsal Baş Etme	158. Güçsüzlük Riski
46. Etkisiz Baş Etme	159. Yatak Yarası Riski
47. Aile Baş Etmesinde Yetersizlik	160. Korunmada (Savunmada) Etkisizlik
48. Aile İçi Süreçlerde Güçlenmeye Hazır Oluş	161. Tecavüz Travma Sendromu
49. Toplumsal Baş Etmeyi Güçlendirmeye Hazır Oluş	162. İlişkilerde Etkisizlik
50. Aile Baş Etmesini Güçlendirmeye Hazır Oluş	163. İlişkilerde Güçlenmeye Hazır Oluş
51. Karar Vermede Güçlendirilmeye Hazır Oluş	164. İlişkilerde Etkisizlik Riski
52. Özgür Karar Vermede Bozulma	165. Dinsel Kurallara Uymada Bozulma
53. Özgür Karar Verme Güçlendirmeye Hazır Oluş	166. Dinsel Kurallara Uymada Güçlendirilmeye Hazır Oluş
54. Özgür Karar Vermede Bozulma Riski	167. Dinsel Kurallara Uymada Bozulma Riski

55. Karar Vermede Çatışma	168. Relokasyon (Taşınma) Stresi Sendromu
56. Etkisiz İnkâr	169. Renal Perfüzyonunda Etkisizlik Riski
57. Dentisyonda Bozulma	170. Relokasyon (Taşınma) Stresi Sendromu Riski
58. Büyümede Gecikme Riski	171. Dayanma Gücünde (Esneklikte) Bozulma
59. Diyare	172. Dayanma Gücünde (Esneklikte) Güçlenmeye Hazır Oluş
60. Disuse (Kullanmama) Sendromu Riski	173. Dayanma Gücünde (Esneklikte) Bozulma Riski
61. Aktivite Çeşitliliğinde Eksiklik	174. Ebeveynlik-Rol Çatışması
62. Elektrolit Dengesizliği Riski	175. Rol Performansında Etkisizlik
63. Değişken Emosyonel Kontrol	176. Sedanter Yaşam Stili
64. Göz Kuruluğu Riski	177. Özbakımda Güçlendirilmeye Hazır Oluş
65. Düşme Riski	178. Kendi Kendine Yıkanmada Eksiklik
66. Disfonksiyonel Aile İçi Süreçler	179. Kendi Kendine Giyinebilmede Eksiklik
67. Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma	180. Kendi Kendine Beslenmede Eksiklik
68. Aile İçi Süreçlerde Güçlenmeye Hazır Oluş	181. Kendi Kendine Tuvaleti Kullanmada Eksiklik
69. Yorgunluk	182. Benlik Kavramını Güçlendirmeye Hazır Oluş
70. Korku	183. Kronik Düşük Benlik Saygısı
71. Bebeğin Besleme Örüntüsünde Etkisizlik	184. Kronik Düşük Benlik Saygısı Riski
72. SIVI Dengesini Güçlendirmeye Hazır Oluş	185. Durumsal Düşük Benlik Saygısı Riski
73. Sıvı Volüm Eksikliği	186. Durumsal Düşük Benlik Saygısı
74. Sıvı Volüm Fazlalığı	187. Kendine Sakat Etme
75. Sıvı Volüm Eksikliği Riski	188. Kendine Sakat Etme Riski
76. Sıvı Volüm Dengesizliği Riski	189. Kendini İhmal Etme
77. Kırılgan Yaşlı Sendromu	190. Cinsel Disfonksiyon
78. Kırılgan Yaşlı Sendromu Riski	191. Cinsellik Örüntülerinde Etkisizlik
79. Gaz Değişiminde Bozulma	192. Şok Riski
80. Disfonksiyonel Gastrointestinal Motilite	193. Oturmada Bozukluk
81. Disfonksiyonel Gastrointestinal Motilite Riski	194. Deri Bütünlüğünde Bozulma
82. Gastrointestinal Perfüzyonda Etkisizlik Riski	195. Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski
83. Kan Glikozun Değişkenlik (Kararsızlık) Riski	196. Uyku (Kalitesini) Güçlendirmeye Hazır Oluş
84. Yas	197. Uyku Yoksunluğu
85. Karmaşık Yas	198. Uyku Örüntüsünde Bozulma
86. Orantısız Büyüme Riski	199. Sosyal Etkileşimde Bozulma
87. Karmaşık Yas Riski	200. Sosyal İzolasyon
88. Toplum Sağlığı Eksikliği	201. Kronik Keder
89. Riskli (Risk Alıcı) Sağlık Davranışları	202. Manevi Sıkıntı
90. Sağlığı Yönetmede Etkisizlik	203. Manevi Sıkıntı Riski
91. Aile Sağlığını Yönetmede Etkisizlik	204. Manevi İyilik Halini Güçlendirmeye Hazır Oluş
92. Sağlık Yönetimini Güçlendirmeye Hazır Oluş	205. Duruş Bozukluğu
93. Sağlığı Sürdürmede Yetersizlik	206. Stres Yüklenmesi
94. Evin Bakımını Sağlamada Yetersizlik	207. Ani Bebek Ölümü Sendromu Riski
95. Ümidi Güçlendirmeye Hazır Oluş	208. Boğulma Riski
96. Ümitsizlik	209. İntihar Riski
97. İnsanın İtibarının Tehlikeye Girme Riski	210. Cerrahi İyileşmede Gecikme
98. Hipertermi	211. Yutmada Bozulma
99. Hipotermi	212. Cerrahi İyileşmede Gecikme Riski
100. Hipotermi Riski	213. Vücut Sıcaklığında Dengesizlik Riski
101. Perioperatif Hipotermi Riski	214. Termal Yaralanma Riski
102. Bireysel Kimlik (Kendilik) Tanımında Bozulma	215. Etkisiz Termoregülasyon
103. Bireysel Kimlik (Kendilik) Tanımında Bozulma Riski Etkisiz Dürtü Kontrolü	216. Doku Bütünlüğünde Bozulma
104. Bağırsak İnkontinansı	217. Doku Bütünlüğünde Bozulma Riski
105. Fonksiyonel Üriner İnkontinansı	218. Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu
106. Devamlı İnkontinans	219. Transfer Yeteneğinde Bozulma
107. Refleks İnkontinansı	220. Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu Riski
108. İdrarı Tutamama (Sıkışarak Kaçırma) Riski	221. Travma Riski
109. Stres inkontinansı	222. Tek Taraflı İhmal
110. İdrarı Tutamama (Sıkışarak Kaçırma)	223. Üriner Boşaltımda Bozulma
111. Bebek Davranışının Disorganizasyonu	224. Üriner Boşaltımı Güçlendirmeye Hazır Oluş
112. Bebek Davranışının Organizasyonunda	

<p>Güçlenmeye Hazır Oluş</p> <p>113. Bebek Davranışının Disorganize Olma Riski</p>	<p>225. Üriner Retansiyon</p> <p>226. Vasküler Travma Riski</p> <p>227. Spontan Ventilasyonda Bozulma</p> <p>228. Ventilatörden Ayrılmaya Disfonksiyonel Tepki</p> <p>229. Başkalarına Yönelik Şiddet Riski</p> <p>230. Yürümede Bozulma</p> <p>231. Kendine Yönelik Şiddet Riski</p> <p>232. Amaçsız Gezinme</p>
--	---

EK 7. Hemşirelik Uygulamaları Dersi Bakım Planı Şablonu

Hastanın Adı Soyadı:

Tıbbi Tanı:

Öğrencinin Adı Soyadı:

Uygulama Yapılan Klinik:

Tarih:

Tanımlama	Amaç	Planlama	Uygulama	Değerlendirme
Hemşirelik Tanısı: Etiyolojik Faktörler/Nedenler: Tanımlayıcı Faktörler:	Beklenen Sonuç Kriterleri:			Tarih: