

Dokuman No: KLN.FR.01

Yayın Tarihi:18.01.2020

Rev.No:03

Rev.Tarihi:10.08.2020

Sayfa No:4/1

Adı Soyadı :		Güvencesi	<input type="checkbox"/> SGK <input type="checkbox"/> ÖZEL <input type="checkbox"/> DİĞER
Dr.Adı Soyadı :		Yatış Tarihi:	...../...../20.....
Teşhis /Tedavi :		Yatış Saati:	.....:.....
Protokol no:		Çıkış Tarihi:	
Oda no:		Bölüm:	

Cinsiyeti:	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	Kullandığı Lisan:	
Yaş:		Eğitimi:	
Kilo:		Mesleği:	
Boy:		Adli Vaka:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

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

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

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

Allerjisi:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Alerji bilekliği takıldı (kırmızı)
Varsa Belirtiniz	<input type="checkbox"/> İlaç <input type="checkbox"/> Yiyecek <input type="checkbox"/> Diğer(belirtiniz).....

Hasta Kabul Hayati Bulguları	Ateş: Nabız: Solunum/SPO2: Tansiyon:
------------------------------	--------------------------------------

### Gerektiğinde iletişim kurulabilecek kişinin

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

Ön Tıbbi Tanı:	
----------------	--

Kronik Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/> Diğer:.....
---------------------	--

Ailesel Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Var (belirtiniz) .....
----------------------	--

Geçirilmiş Hastalıklar/ Operasyonlar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Var (belirtiniz) .....
---------------------------------------	---

Sürekli Kullandığı	<input type="checkbox"/> Diş Protezi <input type="checkbox"/> Kalp Pili <input type="checkbox"/> Kalp Kapakçığı <input type="checkbox"/> Diğer:..... <input type="checkbox"/> Yok
--------------------	---

Alışkanlıklar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Varsa Belirtiniz	<input type="checkbox"/> Sigara.....adet/ paket/ gün .....yıl
	<input type="checkbox"/> Alkol..... sıklığı/ miktar .....yıl
	<input type="checkbox"/> Madde.....sıklığı/ miktar.....yıl
	<input type="checkbox"/> Diğer:.....

**SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR**  Yok

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

**Hastadan teslim alınan ilaç/Malzeme** Yok  Var

Varsa; KLN.FR.16 Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu KLN.FR.17 Hasta Eşyaları Teslim Formu ile teslim alınız.

**İLETİŞİM**

İşitme / Konuşma	Görme	Duygusal / Psikolojik
<input type="checkbox"/> Konuşabiliyor <input type="checkbox"/> Duyuyor <input type="checkbox"/> Konuşamıyor <input type="checkbox"/> Az Duyuyor <input type="checkbox"/> İşitme Cihazı <input type="checkbox"/> Duymuyor <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Görüyor <input type="checkbox"/> Görmüyor <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Şaşılık <input type="checkbox"/> Lens <input type="checkbox"/> Protez Göz <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> Sedasyon <input type="checkbox"/> Endişeli <input type="checkbox"/> Ajite <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz).....

**KARDİYO VASKÜLER**

<input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Senkop <input type="checkbox"/> Çarpıntı <input type="checkbox"/> Pretibial Ödem <input type="checkbox"/> Varis <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz).....
--

**SOLUNUM**

<input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> Hemoptizi <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Hırıltılı <input type="checkbox"/> Balgam (belirtiniz)..... <input type="checkbox"/> Öksürme(belirtiniz)..... <input type="checkbox"/> Solunum Güçlüğü(belirtiniz)..... <input type="checkbox"/> Yardımcı Solunum Araçları (belirtiniz).....
---

**BOŞALTIM**

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

**NUTRİSYONEL RİSK DEĞERLENDİRMESİ (NRS-2002 NUTRİSYONEL RİSK SKORU)****ÖN DEĞERLENDİRME \* sorulardan biri "evet" ise esas değerlendirme yapılır.**Vücut Kitle endeksi (VKİ) <20,5 kg7m<sup>2</sup>  Evet  Hayır Hasta Son 3 ayda kilo kaybetti mi?  Evet  HayırGeçen hafta gıda alımında azalma oldu mu?  Evet  Hayır Hasta ileri derecede hasta mı?  Evet  Hayır**ESAS DEĞERLENDİRME**

BESLENME DURUMUNDAKİ BOZULMA	PUAN	HASTALIK ŞİDDETİ	PUAN
Normal beslenme durumu	0 (yok)	Normal beslenme durumu	0 (yok)
3 ayda >%5 kilo kaybı veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %50-75'inin altında	1 (hafif)	Kalça fraktürü, özellikle akut komplikasyonları olan kronik hastalar:siroz, KOAH, kronik hemodiyaliz, diyabet, onkoloji	1 (hafif)
2 ay içinde kilo kaybı >%5 veya VKİ 18,5-20,5 +genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %25-50'si	2 (orta)	Majör abdominal cerrahi, inme, şiddetli pnönoni, hemorajik malignite	2 (orta)
1 ay içinde kilo kaybı > %5 (3 ayda >%15) veya VKİ <18,5 + genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal ihtiyacının %0-25'i	3 (şiddetli)	Kafa travması, kemik iliği transplantasyonu, yoğun bakım hastaları (APACHE >10)	3 (şiddetli)
<b>TOPLAM SKOR</b>	+1, yaşı ≥70	<b>TOPLAM SKOR</b>	

Dokuman No: KLN.FR.01

Yayın Tarihi:18.01.2020

Rev.No:03

Rev.Tarihi:10.08.2020

Sayfa No:4/3

**BESLENME** Kendisi besleniyor  Yardıma gereksinimi var  Yemek seçiyor(belirtiniz).....**İştah:**  İyi  Orta  Zayıf  Bulantı/Kusma  Diğer(belirtiniz) .....**Beslenme Şekli:**  Oral  I.V  NG  Diğer (belirtiniz) .....**Son altı ayda istemsiz kilo kaybı var mı?**  Bilinmiyor  Hayır  Evet(açıklayınız).....**VÜCUT SICAKLIĞI****Özel Giyinme Tercihi** Yok  Var (Açıklayınız).....**Özel Örtünme Alışkanlığı** Yok  Var  
(Açıklayınız).....**UYKU**

Günde.....saat uyur

 Düzenli  Bilinmiyor Düzensiz Uyuma Güçlüğü Uyumasını kolaylaştıran uygulamalar (.....)**HAREKETLİLİK** Sorun Yok Immobil Kısıtlama Altında Dengesizlik, kuvvetsizlik Paralizi Hemipleji Felç Baston Yürüteç Protez Değnek**KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME****CİLT** Sorun Yok  Kızarıklık  
 Soluk  Kaşınır  
 Nemli  Kuru  
 Döküntü  
 Peteşi  
 Ekimoz Ödemli (belirtiniz)..... Yara (belirtiniz)..... Bası yarası (belirtiniz).....**AĞIZ/DİL** Sorun Yok  Diş çürüğü  
 Aft  Ağız kokusu  
 Monilya  Paslı dil  
 Diğer(belirtiniz).....**ÇALIŞMA VE EĞLENCE****Okuma Alışkanlığı**  Var  Yok**Radyo/ TV**  Var  Yok**Diğer (Belirtiniz)****CİNSELLİĞİ İFADE ETME****Cinsel sorun ifade**  Etmiyor  Ediyor (belirtiniz).....**Genel Görünüm kimliği ile uyumlu**  Evet  Hayır**ÖLÜM****Ölüm korkusu veya ölümle ilgili konuşuyor.**  Hayır  Evet**Özel dini/kültürel gereksinimleri**  Yok  Var (Belirtiniz) .....**AĞRI TANILAMA** Yok  Var (Puan belirtiniz)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ağrı yok Orta Şiddette Ağrı Dayanılmaz ağrı

0 Ağrı yok   
2 Az ağrı veriyor   
4 Biraz ağrı veriyor   
6 Belirgin ağrı var   
8 Ciddi ağrı var   
10 Dayanılmaz ağrı 

**TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ** Hasta bilekliği takıldı  
 Hastaya servis tanıtıldı  
 Hasta odası tanıtıldı  
 Yatak kenarlıkları yukarıda  
 Yatak başı düzeni sağlandı**O<sub>2</sub> sistemi**  Açık  Kapalı  
**Pencereler**  Açık  Kapalı  
**Yatak frenleri**  Açık  Kapalı  
**Refakatçi gereksinimi**  Yok  Var

**DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (İTAKİ II)**

Değerlendirme Gerekeçisi ve Numarası	1	İlk Değerlendirme	2	Post-op Dönem	3	Hasta Düşmesi
	4	Bölüm Değişikliği	5	Durum Değişikliği		
Parametreler		Risk Faktörleri				Puan
YAŞ		60-69				1
		70-79				2
		80 ve üstü				3
BİLİNÇ DURUMU		Bilinci kapalı				1
		Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)				2
DÜŞME HİKAYESİ		Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.				3
HASTALIKLAR / KOMORBİDİTELER (Hipotansiyon, vertigo, Serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)		Hastalıklardan en az ikisi bulunmaktadır.				1
		Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır.				2
HAREKET KABİLİYETİ		Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.				5
		Ayakta/yürürken denge bozukluğu var.				10
		Baş dönmesi var.				2
BOŞALTIM İHTİYACI		Üriner / Fekal kontinans bozukluğu var.				1
GÖRME DURUMU		Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.)				2
		İleri derecede görme engeli var.				10
İLAÇ KULLANIMI		4'den fazla ilaç kullanımı var.				2
		Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.				2
		Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.				3
EKİPMAN KULLANIMI (Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV infüzyon, foley katater, göğüs tüpü vb.)		Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var.				1
		Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var				2

**RİSK BELİRLEME TABLOSU**

Düşük risk:

0-9 Puan Arasında

Yüksek risk:

10 Puan Üzerinde

TOPLAM PUAN

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

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

\*Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.

**BASI YARASI RİSKİNİ ÖLÇME (BRADEN SKALASI)**

Skor	Duyusal algı	Skor	Derinin Nem Durumu	Skor	Hareket Yeteneği	Skor	Fiziksel Aktivite	Skor	Beslenme	Skor	Sürtünme Bası
1	Tamamen sınırlı	1	Her zaman nemli	1	Tam hareketsiz	1	Yatağa bağımlı	1	Kötü	1	Sorunlu
2	Çok sınırlı	2	Genellikle nemli	2	Kısıtlı hareketli	2	Sandalyeye bağımlı	2	Yetersiz	2	Potansiyel Sorunlu
3	Biraz sınırlı	3	Ara sıra nemli	3	Az hareketli	3	Destekle yürüyor	3	Yeterli	3	Sorunsuz
4	Oryante	4	Nadiren nemli	4	Tam hareketli	4	Yardımsız yürüyor	4	Çok iyi		<b>TOPLAM SKOR</b>

YÜKSEK RİSK: Toplam 12 ve

ORTA RİSK: Toplam puan 13-14

DÜŞÜK RİSK: Toplam puan 15-16 ve 75 yaş için 15-18

**Yapılması Gereken Faaliyetler**

Düşük risk ise haftada 1 kez risk değerlendir + YBH.TL.02 Bası Yarası Önleme ve Bakım Talimatı

Risk var ise 18 puan ve altında hergün risk değerlendirilir + YBH.TL.02 Bası Yarası Önleme ve Bakım Talimatı uygulanır

**KISITLAMA İHTİYACI**

Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?

 Hayır Evet

ise YBH.PR.02 Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü uygulanır

**İZOLASYON**

İhtiyaç var mı?

 Yok Var 'sa ENF.PR.03 İzolasyon Prosedürü uygulanır

Varsa İzolasyon Şekli

 Temas Sıkı Temas Damlacık Solunum Diğer(belirtiniz).....

TRANSFER

 Kurum içi Kurum dışı Ex Taburcu Kendi isteğiyle İzinsiz ayrıldı**TABURCULUK**

Taburculuk esnasında yardıma ihtiyacı var mı?

 Hayır Evet (belirtiniz).....

Taburculuk sonrası mevcut yaşam koşulları

 Yalnız Eş Çocuk Anne/Baba Akraba Arkadaş Bakımevi

Taburculuk esnasında görüşmesi gereken birim var mı?

 Hayır \*Evet (belirtiniz).....

Evde Bakım İhtiyacı var mı?

 Hayır \*Evet (belirtiniz).....

Taburcu desteği ihtiyacı var mı?

 Hayır \*Evet'se belirtiniz.....

\*Gereksinim saptanan konu ile ilgili.....kişi ile .....tarih.....saatte görüşüldü.

**GÖRÜŞME YAPILAN KİŞİ**

(Adı Soyadı/ imza )

Tarih/saat

**GÖRÜŞMEYİ YAPAN HEMŞİRE**

(Adı Soyadı/İmza)

Tarih /saat