

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/ günyıl
	<input type="checkbox"/> Alkol..... sıklığı/ miktaryıl
	<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 kg7m² 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)
TOPLAM SKOR	+1, yaşı ≥70	TOPLAM SKOR	

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

O₂ sistemi Açık Kapalı
Pencereler Açık Kapalı
Yatak frenleri Açık Kapalı
Refakatçi gereksinimi Yok Var

DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (İTAKİ II)

Değerlendirme Gerekeçesi ve Numarası	1	İlk Değerlendirme	2	Post-op Dönem	3	Bölüm Değişikliği
	4	Durum Değişikliği	5	Hasta Düşmesi	6	Yüksekse
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	TOPLAM SKOR	

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 iletarih.....saatte görüşüldü.

GÖRÜŞME YAPILAN KİŞİ

(Adı Soyadı/ imza)

Tarih/saat

GÖRÜŞMEYİ YAPAN HEMŞİRE

(Adı Soyadı/İmza)

Tarih /saat