AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI HEMŞİRE TAKİP FORMU

Dokuman No:	TB.F.40
Yayın Tarihi:	17.10.2009
Rev.No:	01
Rev.Tarihi:	07.05.2012
Sayfa No:	2/2

	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ			1.saat (dk)							2.saat (dk)		
				1	5	10	20	30	45	60	10	20	40
1	Ameliyat Özelliğine uygun şekilde yatağına alınması	☐ Evet	☐ Hayır										
2	Damar Yolunun kontrol edilmesi	☐ Evet	☐ Hayır										
3	Yaşam Bulguları ilk 1 saat 15'dk bir; sonraki 1 saat yarımsaatte bir	☐ Evet	☐ Hayır										
4	**SOLUNUM**												
	Derin nefes alabilme ve öksürme	2											
	Zorlu solunum veya sınırlı solunum	1											
	Apnetik	0											
5	**DOLAŞIM**												
	Kan basıncı: Anestezi öncesinin +%20 'si	2											
	Kan basıncı: Anestezi öncesinin +%20 - 50'si	1											
	Kan basıncı: Anestezi öncesinin >< +%20 -50 'si	0											
6	**BİLİNÇ**												
	Tam uyanıklık	2											
	Seslenme ile uyanıklık	1											
	Cevapsızlık	0											
7	**RENK**												
	Pembe renk	2											
	Soluk	1											
	Siyanoz	0											
8	**HAREKET**												
	İstekli/Emirle 2 kol, 2 bacak hareket ettirme	2											
	İstekli/Emirle 2 kol, 2 bacak (istekli veya emirle) hareket ettirme	1											
	İstekli/Emirle 2 kol, 2 bacak hareket ettirme	0											
9	İnsizyon bölgesinin kanama kontrolünün yapılması	☐ Evet	☐ Hayır										
10	Hastanın giydirilmesi ve ısıtılması	☐ Evet	☐ Hayır										
11	Spontan idrarın takip edilmesi (ilk 8 saatte)	☐ Evet	☐ Hayır										
12	Hastanın mobilizasyonu	☐ Evet	☐ Hayır										