

Dokuman No: KLN.FR.44

Yayın Tarihi: 16.04.2019

Rev.No:01

Rev.Tarihi:10.08.2020

Sayfa No:4/1

Protokol No:.....	Boy ve Kilo:..... /	Kan Grubu:.....
Adı Soyadı:	Medeni hali: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli	Çocuk sayısı:.....
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	Mesleği:.....	<input type="checkbox"/> Aktif çalışıyor <input type="checkbox"/> Aktif çalışmıyor <input type="checkbox"/> Emekli
Doğum Tarihi:/...../.....	Eğitimi: <input type="checkbox"/> İlk öğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Diğer.....	
Bölüm:.....	Telefonu:.....	Servise kabul saati:.....

Dini ve kültürel ihtiyaçları var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Tercüman gereksinimi var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Mahremiyeti ile ilgili özel bir talebi var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

Tanılama görüşmesinde bulunan diğer kişiler:

Adı Soyadı:	Ev Tel:.....
Yakınlık derecesi:.....	İş Tel:

Ön tanı / Tanı / Teşhis :.....

Hastanın yakınması :.....

Hastaneye yatma nedeni: Tetkik Tedavi Diğer

PROTEZLER: Diş Lens Ekstremitte protezi Saç kaynağı Yok

Gözlük Pace-maker Kalp kapakçığı İşitme cihazı Diğer

ALİŞKANLIKLAR: Madde bağımlılığı: Yok Var

Alkol: Yok Var Kullanım sıklığı.....

Sigara: Yok Bırakmış Kullanıyor Adet / Paket:/gün Süre:.....

İlaç: Yok Var

TIBBİ HİKAYESİ:

Özgeçmiş: Özellik yok Diyabetik Hipertansiyon KOAH Kalp yetmezliği KBY Diğer.....

Soygeçmiş: Özellik yok Diyabetik Hipertansiyon Diğer

Daha önce hastaneye yattı mı? Hayır Evet

Alerjisi var mı? Hayır Evet

Suistimal /İhmal / Taciz şüphesi var mı? Hayır Evet → Adli vaka yönetim prosedürü uygula

Geçirilmiş Ameliyathar	Tarih	Geçirilmiş Önemli Hastalıklar	Tarih
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....

Daha önce kan transfüzyonu uygulandı mı? Hayır Evet Reaksiyon gelişti mi? Hayır Evet

HASTANIN KULLANMAKTA OLDUĞU İLAÇLAR: Yok

İlacın adı	Dozu	Sıklığı /Saat	Kullanım süresi (ay / yıl)
.....
.....
.....
.....
.....

Hemşire Adı Soyadı:..... Tarih:...../...../20..... Saat:.....:.....

Dokuman No: KLN.FR.44

Yayın Tarihi: 16.04.2019

Rev.No:01

Rev.Tarihi:10.08.2020

Sayfa No:4/3

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI						
HASTANIN OLASI /MEVCUT PROBLEMLERİ	HEDEF VEYA BEKLENEN SONUÇ	HEMŞİRELİK FAALİYETLERİ PLANLAMA	SAAT	NOTLAR	DEĞERLENDİRME	HEMŞİRE AD/SOYAD
Anksiyete	Hastanın anksiyetesinin azaldığını ifade etmesi	Hastanın anksiyete düzeyi belirlenir. Anksiyeteye neden olan durumu belirler (uygulama hakkında endişe, bilgi eksikliği vb.) Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanır. İşleme yönelik eğitimde açık, anlaşılır kelimeler kullanılır Hastaya anksiyete azaltıcı yöntemler öğretilir (relaksasyon, soluk alıp verme, pozitif düşünme vb.)			<input type="checkbox"/> Hedefe ulaşıldı. <input type="checkbox"/> Hedefe ulaşılmadı	
Bilgi Eksikliği	İşlem öncesi , sırası ve sonrasına yönelik uygulamaları, bilgileri anladığını	Hastanın/ ailesinin iş lem hakkındaki bilgi durumu değerlendirilir. Preop ve postop bakım süreci hakkında bilgi verilir. İşlem öncesi ve sonrası dönemde beslenme konusunda bilgi verilir. Evde bakım konusunda bilgi verilir.			<input type="checkbox"/> Hedefe ulaşıldı. <input type="checkbox"/> Hedefe ulaşılmadı	
Sıvı Volüm Dengesizliği (Ameliyat sırası ve sonrasında kan kaybına bağlı)	Sıvı elektrolit dengesinin normal olduğuna ilişkin göstergelerin olması	Sıvı volüm kaybı bulguları izlenir Kan basıncı ve nabızı izlenir Deri turgoru ve mukoz membranları izlenir Hekim istemine göre sıvı tedavisi sürdürülür. Sıvı volüm yüklemeye bulgular izlenir Postop dönemde planlanan zamanda oral alımı başlatılır ve değerlendirilir. Postop ilk 6 saatte idrar çıkışı kontrol edilir. Mobilizasyon öncesi yatakta ördük ve sürgü kullanılarak idrarını yapması sağlanır.			<input type="checkbox"/> Hedefe ulaşıldı. <input type="checkbox"/> Hedefe ulaşılmadı	
Fiziksel Harekette Bozulma (Ağrı ve ameliyat sonrası)	Hastanın yarıdmsız doğru ve rahat şekilde mobilize olması	Hastanın mobilizasyon için uygun zamanı belirlenir. Hastaya ilk mobilizasyonun önemi anlatılır, kendi kendine kalkmaması konusunda bilgilendirilir. Vital bulgular mobilizasyon öncesi kontrol edilir ve değerlendirilir. İlk mobilizasyon, önce yatak içinde ve kenarında oturularak sağlanır. Hastaya yapması gereken egzersizler gösterilir ve yapması sağlanır. Gerektiği durumlarda fizik tedavi ile irtibata geçilir.			<input type="checkbox"/> Hedefe ulaşıldı. <input type="checkbox"/> Hedefe ulaşılmadı	

Dokuman No: KLN.FR.44

Yayın Tarihi: 16.04.2019

Rev.No:01

Rev.Tarihi:10.08.2020

Sayfa No:4/4

DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (İTAKİ II)

Değerlendirme Gerekçesi ve Numarası	1	İlk Değerlendirme	2	Post-op Dönem	3	Bölüm Değişikliği
	4	Durum Değişikliği	5	Hasta Düşmesi	6	Yüksekse
Parametreler	Risk Faktörleri			Puan	İlk ölçme	Yeniden değerlendirme
					.../.../20. 1	.../.../20.
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	TOPLAM PUAN			
	Yüksek risk:	10 Puan Üzerinde				

Değerlendiren Hemşire Adı-Soyadı-İmza

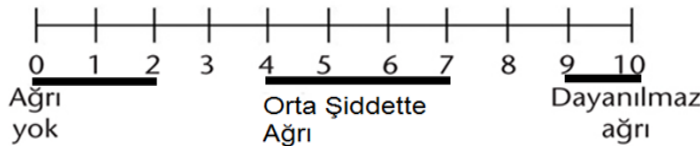
NOT:*Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.

*İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.

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

AĞRI DEĞERLENDİRMESİ

Ağrı şikayeti <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Şiddetli <input type="checkbox"/> Başlangıç saati <input type="checkbox"/> Yeri	Yapılan ağrı kesici:..... Uygulanan yol:..... Uygulanan saat:..... İsteyen doktor:..... Uygulama sonrası değerlendirme /Skoru:.....
---	--	--



*Ağrı takibi ve yeniden değerlendirme için "Ağrı Takip Formu" kullanınız.

TABURCULUK UYGULAMALARI

<input type="checkbox"/> Hastanı hazırlanmasına yardım edildi <input type="checkbox"/> Eşyaları teslim edildi <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesine eğitim verildi <input type="checkbox"/> Komplikasyon yönünden kontrol edildi	<input type="checkbox"/> Reçetesi verildi <input type="checkbox"/> Raporları verildi <input type="checkbox"/> Taburculuk yönergesi verildi <input type="checkbox"/> Kontrol randevusu verildi	<input type="checkbox"/> Hasta çıkışı doktora bildirildi. <input type="checkbox"/> Vajinal tampon var ise kontrol yapıldı. Hemşire Ad Soyad/İmza:
--	--	---

Hasta Ad Soyad/İmza

Hasta Yakını Ad Soyad/Yakınlık Derecesi/İmza

Tercüman Ad Soyad/İmza(gerekli ise)