



# YATAN HASTA HEMŞİRELİK HİZMETLERİ ÖN DEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ



Doküman No: KLN.PR.02 | Yayın Tarihi: 30.10.2012 | Rev.No:02 | Rev.Tarihi: 07.09.2020 | Sayfa No:3/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Başhemşire	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

## 1. AMAÇ

Çevre Hastanesi acil veya erken dönem hasta tedavi ihtiyaçlarının yapılması, hasta kabulü yapıldığında hastaların bakım, tedavi ihtiyaçlarının onların gereksinimlerine göre planlanabilmesi ve kaldığı süre içerisinde sağlık ihtiyaçlarının belirlenmiş değerlendirme kriterleri aracılığı ile değerlendirilebilmesi ve planlanabilmesi için yöntemleri tanımlamaktır.

## 2. KAPSAM

Çevre Hastanesinin de hasta değerlendirmeleri yapan tüm sağlık çalışanlarını kapsar.

## 3.TANIMLAR

Özel bir tanımı yoktur

## 4.SORUMLULUKLAR

### 4.1.Onay ve yürürlük

Bu prosedür Başhekimin onayından sonra yürürlüğe girer.

### 4.2. Prosedürün Kullanıcıları

Ameliyathane ve anestezi çalışanları bu prosedürün yürütülmesini sağlamaktan, yatan hasta katı sağlık çalışanları bu prosedürün akışına göre işleyişlerini düzenlemekten sorumludurlar.

## 5. PROSEDÜR

**5.1.Genel Değerlendirme:** Hastaların değerlendirilmesi başvuru esnasında başlar.

**5.2.**Değerlendirme ile hastaların fizik muayene, öykü, sosyal, psikolojik, fiziksel ve sağlık durumlarının tespiti için veri toplanmasını, analizini ve hastanın ihtiyaçlarının karşılanması için bakım planının geliştirilmesi için veri toplanır.

**5.3.**Hastanın öncelikli sağlık ihtiyaçlarının tespit edilebilmesi için değerlendirme başvuru esnasında tüm tıbbi personel tarafından entegre bir biçimde gerçekleştirilir.

**5.4.**Çevre Hastanesi'nde yatan hastaların öncelikli değerlendirme kriterleri "Yatan Hasta Ön Değerlendirme Formu"nda belirtilmiştir. Kardiyovasküler, solunum, üriner, gastrointestinal vb. sistem değerlendirmesi yapılır. Formun ilgili kısmına kaydedilir.

**5.5.**Hastanın kliniğe geliş durumu (yürüyerek, tekerlekli sandalye, sedye) ve gerektiğinde iletişim kurulabilecek yakınlarının iletişim bilgileri kaydedilir.

**5.6.**Hastanın kullandığı ve yanında getirdiği ilaçları sorgulanır; "Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu" ile imza karşılığı hemşire tarafından teslim alınır. Hekimine hastanın yanında getirdiği ilaçları bildirilir, kullanması uygun bulunduğu ilaçları order eder. Diğerleri paketlenir ve hastanın ilaç gözüne konur, taburcu olurken iade edilir.

**5.7.** Hastanın öyküsü (Özgeçmiş, soy geçmiş) alınırken; alerjileri, alışkanlıkları (sigara, alkol, madde vb), kronik hastalıkları geçirilmiş cerrahi işlemler, kan ve kan ürünü transfüzyonu sorgulanır. Soy geçmişinde, 1. Derece yakınlarında kronik rahatsızlıkları sorgulanır ve kaydedilir.

**5.8.** Beslenme durumu, alışkanlıkları, kişisel temizlik ve bakımı, uyku ve hareket durumu değerlendirilir.

**5.9.**Hastanın değerlendirmeleri esnasında eğer hasta farklı bir kurumdan geliyor ise orada yapılmış değerlendirme bulguları da hastanın değerlendirilmesi ve tedavisinin planlanmasında gözden geçirilir ve doğrulanır.

**5.10.**Hastanın kabulünde bilinç düzeyi, vital bulguları alınıp, ön değerlendirme formunda ilgili alana kaydedilir. Hastaya yapılan ilaç uygulamaları ve operasyon sonrası vital bulguları takip edilerek "Hemşire Takip ve Tedavi Formu"na kaydedilir.

**5.11.**Hastanın kabulünde bölüme özgü olarak; bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılır.

### **Klinik risk değerlendirmeler:**

**Ağrı Değerlendirmesi:** Kliniğe kabulündeki ağrı durumu "Ağrı Yönetimi Prosedürü" doğrultusunda yapılır. "Hemşirelik Hizmetleri Yatan Hasta Ön Değerlendirme Formu"nda ilgili alana değerlendirme kaydedilir. Ağrısı varsa "Ağrı Değerlendirme Formu" ile takibi yapılır.

**Düşme Riski Değerlendirmesi:** Yatan hastanın ön değerlendirmesi yapılırken hastanın Düşme riski "İTAKİ II Düşme Riski Ölçeği" kullanılarak değerlendirilir. Yüksek riskli hastalarda "Düşme Riski Değerlendirme ve Bakım Prosedürü" ne göre hareket edilir. "Erişkin Hasta Düşme Değerlendirme ve Düşme Önleme Takip Formu" ile takibi yapılır. Hasta odasının kapısına, çift yataklı odada yatıyor ise, yatak başına; "Düşme Riski Yüksek Hasta" simgesi asılır. Düşme riskine yönelik önlemler alınır.

**Bası Yarası Riski Değerlendirilmesi:** Hastanemizde yatan her hastada "BRADEN Skalası Bası Yarası Riski Ölçeği" kullanılır. Ön değerlendirme formunun ilgili kısmına kaydedilir. Yüksek riskli hastalarda "Bası Yarası Önleme ve Bakım Talimatı" na göre hareket edilir.

**Nutrisyonel Risk Değerlendirilmesi:** Hastalarımızda, nutrisyon risk değerlendirmesi,"NRS-2002 Nutrisyon Risk Skoru" ile yapılır. Hastaların beslenme değerlendirmesi Hemşirelik Hizmetleri tarafından yapılan ilk değerlendirme sonrasında eğer ileri değerlendirme gereksinimi olur ise primer hekimin talebi ile İleri diyetisyen tarafından değerlendirilmesi yapılır.

**Bilinç Düzeyi Değerlendirmesi:** Hastaneye kabulünde her hastanın bilinç durumu değerlendirilir. Acil ve yoğun bakımda "Glaskow Koma Skalası" kullanılır. "Acil Servis Hasta Tanılama ve Takip Formu" ve "Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu" nda ilgili alana kaydedilir.

**Ventilatör İlişkili Pnomoni ve VİO Açısından hasta izleminde;** değerlendirmeler "Yoğun Bakım Hasta Takip ve Tedavi Formu"nda ilgili alan kaydedilir.

**5.12.Kısıtlama ihtiyacı ve izolasyon gereksinimi** değerlendirilir. Kısıtlama ihtiyacı varsa "Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü"ne göre davranılır. İzolasyon gerekiyorsa; "İzolasyon Prosedürü"ne göre hareket edilir.

**5.13.**Tüm hastaların değerlendirilmesinde fiziksel aktivite ve fonksiyonel değerlendirmesi, ekstremitte nabız takibi, ödem derecelendirmesi, temel hijyen ihtiyaçları (ağız bakımı vb.) de Hemşirelik Hizmetleri tarafından gerçekleştirilir.

**5.14.**Hastaya takılan IV kateter ya da diğer kateterler (CVP,NGS, İdrar sondası, Dren.vb) "Hemşire takip ve Tedavi formu"na kaydedilir ve takibi yapılır.

**5.15.**Acil ameliyata alınması gereken hastaların 1.derece yakınları sorgulanarak "Hemşirelik Hizmetleri Yatan Hasta Ön Değerlendirme Formu" doldurulup imza alınır.

**5.16.**Hemşirelik Hizmetleri Yatan Hasta Ön Değerlendirme Formu'nda belirtilen kriterler; hastanın hemşirelik tanısını oluşturmak ve bakımını planlamak için kullanılır. Ön değerlendirilmede belirlenen veriler ve risklere yönelik hasta bakım planları oluşturulur. Bakım planları, hastanın bakım ihtiyaçlarına göre belirlenen hedefler doğrultusunda gerekli uygulamaları içerir.

**5.17.**Ulaşılması planlanan hedefler için belirlenen uygulamalar, bakım planında belirtilir. Her şifitte hasta ile ilgilenen hemşire uygulama sonuçlarını değerlendirir ve bakım planında değerlendirme kısmına kaydeder.

**5.18.**Uygulamalar sonrasında ulaşılması planlanan hedeflere ulaşılammışsa veya hastanın durumunda değişiklik olmuşsa bakım planı güncellenmeli ya da değiştirilmelidir. Değiştirilen ya da güncellenen bakım planı "Hemşire Takip ve Tedavi Formu"na kaydedilmelidir. Şift değişimlerinde yapılan yeni uygulama bildirilmelidir.

**5.19.** Hastaya yapılan uygulamalarda hemşire tarafından yapılan gözlemler "Hemşire Takip ve Tedavi Formunu Gözlem Notu kısmına kaydedilir.

**5.20.**Ön değerlendirmesi yapılan hastaya; odaya uyum sağlamak amaçlı oryantasyon eğitimi verilir.

**5.21.**Değerlendirme sonuçları hastaların taburculuk planlamalarına veya sevk kriterlerinin oluşmasına yöntem belirler.

## 6.İLGİLİ DOKÜMANLAR

KLN.FR.01 Hemşirelik Hizmetleri Yatan Hasta Ön Değerlendirme Formu

KLN.FR.16 Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu

KLN.PR.06 Ağrı Yönetimi Prosedürü

KLN.FR.14 Ağrı Değerlendirme Formu

KLN.PR.03 Düşme Riski Değerlendirme ve Bakım Prosedürü

KLN.FR.15 Erişkin Hasta Düşme Değerlendirme ve Düşme Önleme Takip Formu (İtaki II)

KLN.FR.39 Çocuk Hastalarda (0-18 Yaş) Düşme Riski Değerlendirme Formu (Harizmi II)

YBH.TL.02 Bası Yarası Önleme Ve Bakım Talimatı

YBH.PR.02 Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü

ENF.PR.03 İzolasyon Prosedürü

KLN.FR.02 Hemşire Takip ve Tedavi Formu

ACL.FR.01 Acil Servis Hasta Tanılama ve Takip Formu

YBH.FR.05 Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu