

Dokuman No: POL.FR.21

Yayın Tarihi: 28.02.2019

Rev.No:01

Rev.Tarihi:10.08.2020

Sayfa No:4/1

Protokol No:.....

Boy ve Kilo:..... /

Kan Grubu:.....

Adı Soyadı:

Medeni hali: Bekar Evli Çocuk sayısı:.....Cinsiyeti: E KMesleği:..... Aktif çalışıyor Aktif çalışmıyor Emekli

Doğum Tarihi:/...../.....

Eğitimi: İlk öğretim Lise Üniversite Diğer.....

Bölüm:.....

Telefonu:..... Servise kabul saati:.....

Dini ve kültürel ihtiyaçları var mı?

 Hayır Evet

Tercüman gereksinimi var mı?

 Hayır Evet

Mahremiyeti ile ilgili özel bir talebi var mı?

 Hayır 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

(gözleme dayalı)

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 DiğerDaha önce hastaneye yattı mı? Hayır EvetAlerjisi var mı? Hayır EvetSuistimal /İhmal / Taciz şüphesi var mı? Hayır Evet → Adli vaka yönetim prosedürü uygula**Geçirilmiş Ameliyatlar****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: POL.FR.21

Yayın Tarihi: 28.02.2019

Rev.No:01

Rev.Tarihi:10.08.2020

Sayfa No:4/2

İŞLEM ÖNCESİ HEMŞİRELİK FAALİYETLERİ	SAAT	İŞLEM HEMŞİRESİ PARAF
İşleme özel Hasta bilgilendirilmiş onam formu edilir, hazırlığı sorgulanır.		
Hasta tanıtım kol bandı takılır.		
İşlem hakkında bilgilendirilir.		
İşlem öncesi aç kalma durumu kontrol edilir.		
Hasta gelişi Doktora haber verilir.		
Doktor istemine göre damar yolu açılır.		
Vital bulguları alınır.		
Protez / takı / ojeleri çıkarılır.		
İşleme göre kıyafet giydirilir.		
Hastanın eşyaları yakınına / güvenliğe teslim edilir.		
İşlem Kolonoskopi ise bağırsak temizliği kontrol edilir.		
Kan sulandırıcı ilaç kullanıyorsa kesilip kesilmediği kontrol edilir.		
İşlem öncesi önerilen ilaçlar var ise kullanım kullanmadığı kontrol edilir.		
Gastroskopi ise ağızlığı yerleştirilir.		
Monitörize edilir.		
Premedikasyon yapılır.		
Gastroskopi veya Bronkoskopi ise Xylocain sprey boğaza sıkılır.		
Hastaya pozisyon verilir.		
Hasta güvenliği sağlanır.		

İŞLEM SIRASINDAKİ TEDAVİLER

SAAT	İLACIN ADI	VERİLİŞ YOLU	DOZU	HEKİM KAŞE VE İMZA	HEMŞİRE AD SOYAD

İŞLEM

İşlem başlama saati: :.....

İşlem bitiş saati: :.....

İşlemi yapan doktor:.....

İşleme giren hemşire:.....

Biyopsi alındı mı? Hayır EvetHelikobakteri için örnek alındı mı? Hayır Evet

Dokuman No: POL.FR.21

Yayın Tarihi: 28.02.2019

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-imza						

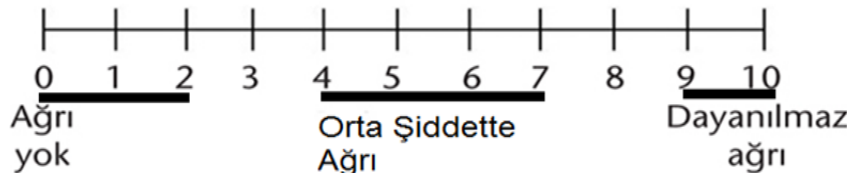
NOT:*Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.

*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:.....
---	--	--



*Yeniden değerlendirme süresi: Tedavi sonrası 30 dk'dır. (Parantral:30dk, Müsküler:1 st, Oral: 1 st)

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. Hemşire Ad Soyad/İmza:
Hasta Ad Soyad/İmza ise)	Hasta Yakını Ad Soyad/Yakınlık Derecesi/İmza	Tercüman Ad Soyad/İmza(gerekli)
.....