OKSİJEN TEDAVİSİ UYGULAMA

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Ellerini yıka			
Tedavi hakkında hastaya bilgi ver			
Hastadan izin al			
Malzemeler için uygun alan seç ▪ *Malzemeler :* ▪ - Nasal kanül yada oksijen maskesi ▪ - Oksijen kaynağı (oksijen tüpü) ▪ - Flowmetre ▪ - Adaptör ▪ - Humiditifer ▪ - Distile su yada steril su ▪ - Disposible eldiven			
Hekim istemini kontrol et			
Güvenlik açısından odayı kontrol et			
Regülatör ile oksijen tüpü bağlantısını yap			
Humiditiferin sıvı seviyesini kontrol et			
Hastayı oturt yada semifowler pozisyon ver			
Eldiven giy			
Kanül yada maskeyi kılıfından çıkar			
Kanül yada maske ile oksijen çıkış ucunu birleştir			
Kanül uygulanacaksa çıkıntıları burun deliklerine yerleştir, diğer uçları kulak arkasına yerleştir (gözlük gibi)			
Maske uygulanacak ise maskeyi hastanın ağız ve burnunu kaplayacak biçimde yerleştir ve uçları başın arkasına sabitle			
Oksijen vanasını aç, flowmetreyi ayarla			
Hastaya rahat nefes alıp almadığını sor			
Tedavi süresi hakkında hastaya bilgi ver			
Eldivenleri çıkar elleri yıka			
Uygulama ve gözlemleri kaydet			

NEBULİZATÖR İLE İLAÇ UYGULAMA

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
İlaç isteminden hastanın adını, ilacın adını, dozunu, zamanını ve uygulanma yolunu kontrol et. İlaç hakkında bilgi edin.			
Hastanın kimliğini kontrol et. Hastaya işlemi ve amacını açıkla			
Malzemeleri kolay ulaşılabilir biçimde, temiz bir alana yerleştir.			
Ellerini yıka. Eldiven giy.			
Nebulizatör cihazının eklerini (bağlantı tüpü, hazne…vb.), kullanım önerilerine uygun olarak, monte et.			
Mümkünse hastaya dik oturur pozisyon ver			
İstem yapılan ilacı nebülizatörün haznesine boşalt.Ağızlık/ maskeyi hazneye monte et			
Ağızlığı hastanın ağzına yerleştir ve dudaklarıyla sıkıca kavramasını iste. Ağızlık kullamayan hastalarda maske kullanılabilir			
Hastaya yavaş ve derin nefes almasını, kısa bir süre tutmasını ve daha sonra yavaşça vermesini söyle. Haznedeki ilaç bitene kadar veya istemde belirtilen zaman süresi dolana kadar bu yöntemle nefes alıp vermesi konusunda hasta bilgilendirilmelidir.			
Nebulizatör cihazının aç ve yeterli buhar oluşup oluşmadığını kontrol et.			
Haznedeki sıvı ilaç bitince veya istemde belirtilen zaman süresi dolunca cihazı kapat			
Kullanım önerilerine uygun olarak, cihazın haznesini, bağlantı tüpünü, ağızlık ve maskeyi temizle ve kaldır.			
Hastaya rahat pozisyon ver			
Eldivenleri çıkar.Ellerini yıka.			
Yapılan işlemleri, hastanın tepkilerini ve gözlemlerini kayıt et.			
Etki ve yan etkiler açısından hastayı gözle.			

ORAFARENJİAL / NAZOFARENJİAL ASPİRASYON UYGULAMASI

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Hastayı bilgilendir ve izin al			

Malzemelere temiz, uygun yer seç ▪ *Malzemeler :* - Aspiratör - Nelaton sonda/kateter - Serum fizyolojik - Steril eldiven - Steril kap - Havlu - Kağıt havlu - Böbrek küvet			
Paravan çek			
Hasta oturtulur. Orofaringeal aspirasyon için hastanın başı yana çevrilir.			
Göğüs üstüne havlu yerleştirilir			
Aspiratör basıncı ayarlanır (Yetişkin = 110-150, çocuklar = 80-115, yenidoğan = 50-100 mmHg)			
Serum fizyolojik açılır			
Sondanın kılıfı açılır, iç kısmı sterilliğini korur			
Eldiven giyilir			
Aktif ele sondanın kalın ucu, pasif ele sakşının aletinin ucu alınarak sterilliği bozulmadan aspirasyon aletine bağlanır			
Sakşın çalıştırılır ve az steril su alınır, alet kapatılır			
Sondanın 10-15 cm lik bölümü serum fizyolojik ile ıslatılır			
Sonda rahat tutulacak şekilde ele alınır			
Nazofarenjial aspirasyon için ▪ Bir burun deliğinden, önce burun tavanına paralel, sonra aşağıya ve ileri doğru itilir			
▪ Hastadan ağzını açması istenir ve sonda ucu ovuladan görülüp-görülmediği bakılır			
Orafarenjial Aspirasyon için ▪ Hastanın ağzını tam olarak açması söylenir			
▪ Sonda dile ve ovulaya değmeyecek şekilde aşağı doğru itilir			
▪ Bu sırada sonda parmaklar arasında yavaşça döndürülür			

NAZOGASTRİK TÜP YERLEŞTİRİLMESİ

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Eller yıkanır. Hastaya bilgi ver, daha önce nazal operasyon, travma geçirip geçirmediğini sor. İşlem için hastadan izin al.			
Malzemelerini (N/G sonda, SF, steteskop, abeslang, 20-50'lik enjektör, anestetik sprey, bir bardak su, pipet, klemp, havlu, böbrek küvet, flaster) uygun alana koy. Yatak etrafına paravan çek			
Hastayı oturt ya da fawler pozisyonu ver			
Göğüs üzerine havlu yerleştir. Eldiven giy.			
Eğer sonda ağız yolu ile takılacaksa el feneri ve abeslangla uvula ve orofarnkste patolojik bir durum olup olmadığını gözle, takma dişleri çıkar			
Takılacak tüpü kontrol et			
Sondayı ne kadar iteceğini belirlemek için ölçüm yap. *N/G sonda ölçümü* Yetişkin için; • Sondanın midede kalacak ucunu sondanın takılacağı burun deliği önüne yerleştir. • Sondayı aynı taraftaki kulak memesine ve oradan sternum ksifoid çıkıntısına kadar uzat. • Bu noktayı sonda üzerinde kalemle ya da flaster ile işaretle. • Yetişkin için bu uzunluk 55-65 cm'dir.			
Çocuklar için; • Sondanın midede kalacak ucunu sondanın takılacağı burun deliği önüne yerleştir. • Sondayı aynı taraftaki kulak memesine ve oradan sternum ksifoid çıkıntısına sonra umblikusa kadar uzat. • Aradaki mesafeyi ölç. Bu noktayı sonda üzerinde kalemle ya da flaster ile işaretle			
Orogastrik sonda ölçümü Yetişkin için; • Sondanın midede kalacak ucunu dudakların dikey orta hattı üzerine yerleştir.			

• Sondayı aynı taraftaki kulak memesine ve oradan sternumun ksifoid çıkıntısına kadar uzat. • Bu noktayı sonda üzerinde kalemle ya da flaster ile işaretle. • Yetişkin için bu uzunluk 55-65 cm'dir.			
• Sondanın midede kalacak kısmından başlayarak 10-15 cm'lik bölümünü SF ile yağla. ***İşlem sırasında likit vazelin ya da gliserin kullanılmamalıdır. Çünkü bu yağlar suda erimez. İşlem sırasında yağ damlacıkları solunum yollarına kaçarsa aspirsayon pnömönisine neden olabilir.			
• Hastanın ağzı altına böbrek küveti yerleştir, hastadan bunu tutmasını iste, diğer eline kağıt havlu ver.			
• Farenkse anestetik sprey sık			
• Sondayı rahatça tutabileceğin biçimde eline al			
• Hastanın başını geriye doğru iterek extansiyona getir.			
Sonda N/G takılacak ise; • Belirlenen burun deliğinden, önce burun tabanına paralel, daha sonra aşağıya ve ileriye doğru it			
• Hastadan ağzını açmasını iste, el feneri ve abeslang yardımı ile sonda ucunun uvula arkasında görünüp görünmediğini belirle			
Sonda orogastrik takılacak ise; • Hastanın tam olarak ağzını açmasını iste			
• Sondayı dile paralel olarak ve uvulaya değmeyecek biçimde ileri ve aşağıya doğru ilerlet ***Kusma refleksi uyarılabilir. ***Sondayı iterken iki parmak arasında ileri geri yuvarlamak sondanın hareketini kolaylaştırır.			
• Hastadan başını öne eğmesini iste (bu pozisyonda trakea kapalı, özefagus açıktır)			
• Hastanın yutma refleksi varsa pipetle su içmesini iste, her yutkunma esnasında sondayı 4-5cm ilerlet (yutkunma epiglotun kapanmasını ve yemek borusu girişinin açık olmasını sağlar) ***Hasta öksürüyor ve morarmaya başlamış ise hemen sondayı geri çek, trakeaya girme riski vardır, bradikardi ve apneyi takip et.			
• Önceden belirlenen işaretli noktaya kadar sondayı ilerlet			
Sonda ucunun mide içinde olup olmadığını kontrol et. *Kontrol yöntemleri* 1. Yöntem • Sondanın dışarıda kalan ucuna enjektör yerleştirilir • Enjektörün pistonu 10-20 ml kadar geri çekilir. • Enjektör içine mide sıvısı doluyor ise sonda ucu mide içine girmiştir. Emin olmak için pH indikatörü ile mide sıvısı olup olmadığı kontrol edilmelidir. • Mide sıvısı gelmiyor ise hastaya sol lateral pozisyon verilir, mide içeriği büyük kurvaturda toplanır, piston geri çekilir, mide içeriği gelmiyor ise sonda ucu mide içinde değildir.			
2. Yöntem • Enjektör içine 5-10 ml hava çekilir. • Enjektör sondanın dışarıda kalan ucuna enjektör yerleştirilir • Steteskop kulağa yerleştirilir • Steteskopun alıcısı epigastrik bölge üzerine yerleştirilir. • Enjektördeki hava yavaş yavaş mide içine verilir. • Mideye giren hava gurultuya benzer, tok bir ses çıkarır. • Havanın mide içine girişi net bir şekilde duyuluyor ise sonda ucu mide içindedir. ***Bu yöntem distansiyona yol açacağı için yeni doğan bebeklerde ve küçük çocuklarda kullanılmamalıdır.			
3. Yöntem • Batın röntgeni çekilerek yerleşim belirlenir.			
Sonda ucunun mide içinde olduğundan emin olduktan sonra sondayı buruna tespit et.			
Takılış amacına göre sonda ucunun bağlantısını yap. Dekompresyon amacı ile uygulanmış ise emici aygıta bağla. Gavaj amacı ile takılmış ise klemple kapat.			
Hastaya ağız bakımı ver. Hastaya pozisyon ver			
Malzemeyi kaldır, eldivenleri çıkart, işlemleri kaydet.			

N/G Tüpün Çıkarılması • Ellerini yıka. Hastaya bilgi ver. İşlem için hastadan izin al.			
• Malzemeleri yerleştir (tepsi içinde eldiven, kağıt havlu, böbrek küvet)			
• Hastayı oturt, fawler pozisyon ver. Göğüs üzerine havluyu yerleştir. Eldiven giy.			
• N/G sonda ucunda bağlantı varsa bağlantıyı çıkart, sonda ucunu klemple.			
• Hastanın ağzı altına böbrek küveti yerleştir, hastanın tutmasını iste, diğer eline kağıt havlu ver			
• Sondayı buruna en yakın yerden tut			
• Hastaya derin bir enfes almasını ve tutmasını söyle (trakea kapalı, özafagus açıktır)			
• Seri bir biçimde sabit hızla burun tabanına paralel sondayı geri çek.			
• Ağız bakımı ver. Hastaya pozisyon ver.			
• Kontamine malzemeyi kaldır.Eldivenlerini çıkart. Ellerini yıka. Kayıt et.			

LAVMAN UYGULAMASI

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Eller yıkanır. Hastaya bilgi ver. İşlem için hastadan izin al.			
Malzemeleri uygun yere yerleştir (fleet enema, lavman seti, lavman solüsyonu Bebekler için 50-150ml Çocuklar için 200-300ml (37.5°) Adölesan için 500-750ml Yetişkinler için 750-1000ml (38-41°) Suda eriyen kayganlaştırıcı, eldiven, kağıt havlu, hasta altı bezi, sürgü)			
Lavman seti kullanılacak ise • Setin klempini kapat.			
• Torba içine (belirtilmemiş ise) 1 lt uygun ısıda suyu doldur.			
• Su içine paket içinde hazır olan sıvı sabunu ilave et ve su ile karışmasını sağla			
• Torbayı serum askısına as.			
• Torbanın yataktan yüksekliği yetişkinlerde 45-60 cm, çocuklarda 20-40 cm, bebeklerde 10-15 cm olmalıdır.			
• Klempi açarak serum seti gibi havasını çıkar.			
• Yatak etrafına paravan çek. Eldiven giy.			
• Hastaya sol lateral ya da Sim's pozisyon ver (sigmoid kolon rektumun altında olduğu için sıvı akışını kolaylaştırır.			
• Yalnızca anal bölge dışarıda kalacak şekilde hastanın giysilerini aç.Hastanın kalçaları altına hasta altı bezini yerleştir.			
Hazır fleet enema kullanılıyor ise; • Fleet enema kılıfını çıkar. Genellikle kılıf içinde kayganlaştırıcı vardır.Yok ise tüpün ucunu suda eriyen bir kayganlaştırıcı ile yağla.			
Lavman seti kullanılıyor ise; • Setin ucuna suda eriyen bir kayganlaştırıcı sür.			
• Aktif olmayan el ile kalçayı yukarı kaldır, anüs bölgesini gözlemle, hemoroid işlemi zorlaştırabilir.			
• Hastaya gevşemesi için burundan nefes alıp ağızdan vermesini söyle			
• Sim's pozisyonunda aktif olmayan el ile üstte kalan kalça bölümünü yukarı doğru kaldır.			
• Önce rektal tüp ucunu anal sfinktere dokundur ve çek. Tekrar gevşemesi için bekle			
• Aktif olan elle tüpü rektum içine yerleştir ve içeri it. Tüp yetişkinde 7.5-10 cm, çocuklarda 5-7.5 cm, bebeklerde 2.5-4 cm itilmelidir.			
• Fleet enemanın gövdesini sıkarak, içindeki sıvıyı rektum içine ver ya da lavman setinin klempini aç. Akış hızı dakikada 75-100 ml (10 dakikada 750 ml) şeklinde ayarlanmalıdır. • ***İşlem sırasında lavman setini anüse girdiği noktadan bir elle tutmak gerekir. Yoksa sıvının basıncı ve barsak hareketleri tüpü dışarı doğru iter.			
Hastadan ani defakasyon, ağrı ya da acı, kramp hissi olduğunda haber vermesini iste.			
Set ya da tüp içindeki sıvı bitince kısa bir süre bekle.			
Hastanın anüsüne kağıt havlu yerleştir, set ucunu yavaşça geri çek.			
Anal bölgeyi temizle.			
Lavman setini ya da fleet enemayı kirli torbasına at.Eldivenleri içi dışa gelecek			

şekilde çıkar.			
Hastaya sürgü ver ya da tuvalete götür. Ancak hastaya 10 dk sıvıyı içinde tutmasını söyle ***Yoğun volümlü lavmanlarda hastalar solüsyonu hemen çıkarma gereksinimi duyarlar. Sıvı 10 dk içeride tutulmalıdır.			
Malzemeyi ortamdan kaldır.Ellerini yıka.			
Kayıt et (defekasyona çıkıp çokmadığı, miktarı, rengi, hastanın rahatlayıp rahatlamadığı)			

ÜRİNER KATETER UYGULAMA

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Hekim istemini kontrol et.Hastaya bilgi ver. İşlem için hastadan izin al.			
Malzemeleri hazırla (Steril eldiven, steril olmayan eldiven, steril kompres, steril pamuk, antiseptik solüsyon, vazelin, steril küvet, steril nelaton yada foley katater, 10-20 cc lik enjektör, SF, flaster, idrar torbası)			
Malzemeleri uygun yere yerleştir. Yatak kenarına paravan çek. Steril olmayan eldiven giy.			
Hastanın genital bölgesi açıkta kalacak şekilde giysilerini çıkart. Hastanın üzerinde yalnızca çarşaf kalacak biçimde üst yatak takımlarını ayakucuna topla.			
Kadınlarda dorsal rekümbent, erkeklerde supine pozisyonu ver			
Perine bakımı yap. Gerekirse ışık kaynağı kullan.			
İdrar torbasını yatak kenarına as			
Hasta alt bezini kadınlarda kalçanın altından başlayarak bacak arasına gelecek biçimde yatak üzerine yerleştir. Erkeklerde kasıklar üzerine yerleştir.			
İdrar torbasının kateterle birleşecek ucunu perine yakınına, hasta alt bezi üzerine yerleştir. Ancak ucundaki kılıf çıkarılmamalı, sterilite korunmalıdır.			
Malzeme tepsisi kadınlarda yatağın ayak ucuna bacaklar arasına, erkeklerde en kolay ulaşılabilecek yere koy. Kirli kabını çalışma alanına yakın bir yere koy.			
Tekniğe uygun olarak steril seti aç.			
Steril kateterin ve enjektörün dış kılıfını aç ve steril alan bırak. SF ampulünü kır ve düz bir alan bırak.			
Steril eldivenleri giy			
Steril böbrek küveti perineye yakın olacak bir yere koy.Enjektöre 10cc SF çek ve yakın bir yere koy.			
Steril gaz spançlarından birini aç, üzerine steril kayganlaştırıcı sık.			
Steril alanda bulunan sondayı al ve işaretli yerinden kılıfının uç kısmını yırt. Uygulama sırasında bir yardımcı var ise tüm steril malzemelerin dış kılıflarını açarak steril çalışan kişiye verebilir.			
Sondanın ucuna 7.5-10cm kadar steril kayganlaştırıcı sür.			
Kadınlarda; aktif olmayan el ile üretral meatusun açılması için labiaları geri çek, uygulama sırasında bu şekilde tut. Eğer üretral meatus görünmüyorsa gaz tamponla vajina üzerindeki perine alanını hafifçe bastırarak aşağı doğru çek. Erkeklerde; meatus açıklığını rahatça görebilecek biçimde penisi yukarı kaldır. Sünnet olmamışlarda sünnet derisi geriye doğru çekilmelidir.			
Kateterin ucunu meatustan içeriye yavaşça ilerlet.			
Kateterin ucundan idrar gelinceye kadar kadınlarda 5-7.5cm, erkeklerde 17.5-20cm ilerlet.			
İdrar geldikten sonra kateteri 1-2cm daha ilerlet. Bu arada kateter ucu böbrek küvet içinde olmalıdır. İdrar akışı vardır.			
Labiaları serbest bırakarak baskın olmayan el ile güvenli bir şekilde kateteri tut.			
Kateterin ucundaki diğer lümene iğnesiz enjektörü yerleştir ve 10cc SF ver.			
Balonun direncini hissetmek için hafifçe geri çek.			
Foley kateterin ucu ile idrar torbasının ucunu sterilitesini bozmadan birleştir.			
Eldivenleri çıkart, hastaya pozisyon ver, malzemeleri kaldır, ellerini yıka, kaydet			
<u>Kalıcı mesane kateterinin çıkarılması</u> Malzemeleri hazırla (gazlı bez, kirli küveti, steril enjektör, eldiven)			
Hastaya uygulama hakkında bilgi ver. Hastaya ağrı duymayacağı söylenmelidir.İşlem için hastadan izin al.			
Malzemeler için uygun ve temiz alan seç ve kolay ulaşabileceğin biçimde yerleştir.Yatak etrafına perde ya da paravan çek.			
Steril olmayan eldivenleri giy.			
Hastanın alt giysilerini çıkar.Genital bölge açıkta olmalıdır.Hastanın üzerinde yalnızca çarşaf kalacak biçimde, üst yatak takımlarını ayakucuna topla.			
Hastaya pozisyon ver. Kadın hastalarda dorsal rekümbent, erkek hastalarda supine			

pozisyonu verilmelidir			
Hasta alt bezini kadınlarda uylukların arasına, erkeklerde uylukların üzerine yerleştir.			
Enjektörün ucunu balonu şişirme girişine tak ve solüsyonu geri çekerek kirli küvetine at.			
Gaz bezi yada peti, meatüs üzerine koy ve yavaşça kataterı dışarı doğru çek. Kateteri kirli torbasına at.			
Gerekiyor ise perine bölgesini antiseptik solüsyonla sil.			
Eldivenlerini çıkar ve ellerini yıka.			
Hastaya hastaya hafif bir yanma ve sık idrar yapma hissi duyabileceği ve nedenleri hakkında bilgi ver.			
Malzemeleri ortamdan uzaklaştır ve uygun biçimde temizle ya da at.Ellerini yıka.			
İşlemi, gözlemlerini hastanın tepkilerini ve katater çıkarma tarih ve saatini kayıt et.			

NABIZ VE SOLUNUM ÖLÇME UYGULAMASI

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Eller yıkanır, Hastaya yapılacak olan işlem anlatılır. Hasta oturtulur ya da yatırılır.			
Hastanın kolu yatak üzerinde kıvrılarak radial arter parmak uçlarıyla bulunur. "İşaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımlarını başparmak çizgisi doğrultusunda radial arter üzerine yerleştir. Başparmak bileğin dış kısmında olmalıdır, nabzı hissetmek için arter üzerindeki parmaklarla hafifçe basınç uygulanmalıdır."			
Kalp atımları düzenliyse nabız 15 sn sayılarak 4 ile çarpılır. Kalp atımları düzensiz ise 1 dk sayılır			
Solunum nabız saydıktan hemen sonra sayılmalı, bireye hissettirilmemelidir.			
Her ekspirasyon ve inspirasyon periyodu bir solunum olarak değerlendirilir			
Solunum düzenliyse 30 sn sayıp 2 ile çarpılır, düzensiz ise 1 dk sayılır			
Hemşire gözlemine nabzın sayısı, ritmi, dolgunluğu ile solunumun sıklığı, derinliği, ritmi ve karakteri kaydedilir.			

APİKAL NABIZ ALINMASI

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Malzemeleri hazırla (Steteskop) ve Elleri yıka			
Hastaya işlemi açıkla, Supine ya da fowler pozisyon ver.			
Mahremiyeti koruyarak göğüs bölgesini aç			
Kalbin apeksini tespit et "Sol klavikulanın orta hattından aşağıya doğru hayali bir çizgi çiz(Midklavikular hat). Bu çizginin sol 5. ve 6. kotsalar arasındaki boşluk ile kesiştiği nokta, sol memenin altı kalbin apeksidir."			
Steteskopun kulaklıklarını alkollü pamukla sil ve Steteskopu tak			
Steteskopun çanını kalbin apeksine yerleştir.			
Kalp atışlarının ritmini tanı(ritmik-aritmik)			
Ritm düzenliyse kalp atışlarını 30 saniye say ve ikiyle çarp, düzensiz ise ya da ilk kez alınıyorsa 1 dakika say.			
Giysilerini düzelt, bireye rahat pozisyon ver. Ellerini yıka. Bulguları kaydet (nabız değerinin apikal alındığını belirt)			

VÜCUT ISISININ AXİLLAR YOLDAN ALINMASI (elektronik termometre)

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Hastaya yapılacak olan işlem anlatılır. Hasta oturtulur ya da yatırılır. Ayakta ölçülmez.			
Koltuk altı terliyse pamukla silinir. Sürtme şeklinde terin silinmesi bölgenin lokal ısısının artmasına neden olur, gerçek vücut ısısını belirtmez.			
Derece kabından çıkarılır. Ekrandaki dijital görüntü kontrol edilir.			
Derecenin ucu koltuk altı deri plikaları arasına gelecek şekilde yerleştirilir. Kol göğüs üzerine kıvrılarak, derecenin yerinde kalması ve hava ile temasının kesilmesi sağlanır. Probun boşlukta kalmamasına özen gösterilmelidir.			
Derece koltuk altında sinyal "bip sesi" gelene kadar bekletilir. Sinyal durduğunda			

derece ekranındaki sıcaklık değerini oku.			
Termometreyi sil ve kutusuna koy, ellerini yıka, sıcaklık değerini hemşire gözlemine kaydedilir.			

TİMPANİK MEMBRANDAN ISI ÖLÇÜMÜ

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Elleri yıka, Bireyin başı hemşireden uzak tarafa dönek olacak şekilde rahat pozisyon almasını sağla, Timpanik termometrenin ucuna tek kullanımlık probu tak			
Bireyin kulak yolunu düz hale getir (yetişkinlerde kulak kepçesini yukarı ve geriye çek, çocuklarda kulak kepçesini aşağı ve geriye çek)			
Termometreyi bireyin kulağına sapı çeneyi gösterecek şekilde yerleştir, kulağı serbest bırak, probu kulak kanalında sabit tut			
Başlat düğmesine bas, sinyal sesi gelene kadar termometreyi yerinde tut			
Kulak kanalından probu çıkar ve aletin göstergesinden ısı değerini oku. Sonra tek kullanımlık probu termometreden çıkar ve atık kutusuna at			
Elleri yıka ve kaydet (Hipertermi-Hipotermi)			

TANSİYON ÖLÇME UYGULAMASI

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Eller yıkanır, Hastaya yapılacak olan işlem anlatılır			
Hasta oturtulur ya da yatırılır, Koldaki giysiler yukarı kıvrılır ya da sıkıyorsa çıkarılır			
Hastanın kolu bir yere dayanır ve kolu el ayası üste gelecek şekilde çevrilir			
Tansiyon manşeti kola uygun sarılır. “Manşet dirsekten iki parmak yukarı sarılır. Manşetin bağlantı borusu ön kolun üst yüzünde olmalı. Manşetin havası tamamen boş olmalı.”			
Brakial arter parmakla palpe edilerek bulunur			
Steteskopun kulaklığı kulağa, diyafram kısmı brakial arter üzerine konur.			
Manometre ibresinin 0 da olup olmadığı kontrol edilir ve Puvar avuç içine alınarak, pompanın vidası sıkıştırılır.			
Manometrenin göstergesi çocuklarda 130, erişkinlerde 160, yaşlılarda 180 sayısına çıkana kadar ya da son ölçüm değerinden 20-30 mm daha fazla olacak şekilde manşete hava şişirilir			
Pompanın vidası hafifçe gevşetilerek manşetin havası 2-4 mmHg /sn ile boşaltılır. Bu arada manometre ibresi gözle takip edilerek steteskopta duyulan ilk ritmik kalp sesinin sayısı belirlenir. Bu belirlenen sayı sistolik basınç değeridir.			
Manşetteki hava boşalırken ibre takip edilir kalp sesinin artık duyulmadığı sayı belirlenir bu da diastolik basınçtır.			
Manşetin havası tamamıyla boşaltılarak manşet çıkarılır. Sonuç hemşire gözlemine kağıdına kaydedilir.			

KAN ALMA UYGULAMASI

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Laboratuar istek formunu kontrol et. Laboratuar istek formu ile tüplerin uygunluğunu tekrar kontrol et			
Hastaya bilgi ver, izin al. Malzemeler için uygun yer seç. Kan istemine göre hastaya kahvaltı yapıp yapmadığını ya da sonuçları etkileyecek ilaç alıp almadığını sor. Antibakteriyel solüsyonla ellerini temizle.			
Steril enjektörü kılıfından çıkar, iğnesini tak. Vakotainer (vakumla kan alma) iğnesini adaptöre yerleştir. Steril uçları kontamine etme.			
Hastaya oturur ya da yatar pozisyon ver			
Her iki koldaki venleri gözle ve palpe et. Görerek ve dokunarak bir ven seç			
Kol altına tedavi bezi ve muşambası yerleştir. Eldiven giy.			
Turnikeyi seçilen damarın 5-12cm üzerinden bağla. Uygulama koldan yapılacak ise seçilen kol kalp seviyesinden aşağıda olmalıdır. Turnike 2 dk’dan daha fazla bağlı bırakılmamalıdır.			
Hastadan elini açıp kapamasını, yumruk yapmasını iste.			

Bölgenin temizliğini baticon ile arter kan dolaşımı yönünü izleyerek (yukarıdan aşağıya) tek bir hareketle yap. Alanın kuruması için 5sn bekle.			
Damara gireceğiniz noktanın altından pasif el ile aşağı doğru bastırarak ya da kolu alttan kavrayarak deriyi gerdir.			
İğnenin keskin yüzünü yukarı doğru tutarak, aktif el enjektörün üstünde kalacak biçimde baş ve diğer parmaklar ile enjektörü tut.			
İğneyi damara girmek istenilen bölgenin yaklaşık 1cm altından deriye 30-45°'lik açı oluşturacak biçimde tut. İğne deriye girer girmez açıyı 15°'ye kadar küçülterek ven içine yavaşça ilerlet.			
İğne damara girdiğinde ve ajutaja kan dolduğu zaman ven içine doğru iğneyi yavaşça ilerlet.			
Kolun altındaki eli serbest bırak. Aktif olmayan el ile enjektörü sarsmadan pistonu yavaşça geri çekerek kan gelip-gelmediğini kontrol et.			
Kan geliyor ise enjektörü gerekli miktarda kan ile doldur, vokatainer kullanılıyor ise venden tüp içine kanın yavaşça akmasını bekle.			
Turnikeyi çöz			
Baticonlu pamuğu iğnenin cilde giriş yerinin üstüne yerleştirerek, enjektörü aynı açı ile cilde paralel olarak geri çek			
İğne çıkarıldıktan sonra 2-3dk enjeksiyon bölgesine hafif bir basınç uygula *Hasta kolunu asla kıvırmamalıdır. Çünkü iğnenin girdiği yer genişleyerek daha çok kanamasına neden olur.			
Kan aldıktan sonra mümkün olduğu kadar çabuk pıhtılaşmadan kanı tüplere boşalt. Vakum sisteminde bu basamak uygulanmaz. Tüpleri yavaşça çalkala.			
Tüpler üzerine hastanın adı-soyadı-protokol no yaz, tüpleri ilgili yere gönder.			
Hematom ve kanama yönünden iğnenin giriş yerini gözle, flaster yapıştır.			
Hastaya rahat ettiği pozisyonu ver. Malzemeleri kaldır.Eldivenleri çıkart, ellerini antibakteriyel solüsyonla yıka.			

IV ENJEKSİYON UYGULAMASI

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Hasta dosyasından, hekim istemini ve ilaç kartını kontrol et.			
Malzemeleri hazırla, tam olarak hastanın yanına getir. Hastaya bilgi ver, izin al, malzemeleri uygun bir yere yerleştir. Antibakteriyel solüsyonla ellerini temizle.			
Hastaya yatar ya da oturur pozisyon ver ama yatar pozisyonu tercih et.			
Her iki koldaki venleri gözle ve palpe et. Görerek ve dokunarak bir ven seç			
Kol altına tedavi bezi ve muşambası yerleştir. Eldiven giy.			
Turnikeyi seçilen damarın 5-12cm üzerinden bağla. Uygulama koldan yapılacak ise seçilen kol kalp seviyesinden aşağıda olmalıdır. Turnike 2 dk'dan daha fazla bağlı bırakılmamalıdır.			
Hastadan elini açıp kapamasını, yumruk yapmasını iste.			
Damarı parmak uçları ile palpe et, doku içerisindeki ilerleyişi hisset.			
Bölgenin temizliğini baticon ile arter kan dolaşımı yönünü izleyerek (yukarıdan aşağıya) tek bir hareketle yap. Alanın kuruması için 5sn bekle.			
Damara gireceğiniz noktanın altından pasif el ile kolu alttan kavrayıp deriyi aşağıya doğru ger.			
İğnenin keskin yüzünü yukarı doğru tutarak, aktif el enjektörün üstünde kalacak biçimde baş ve diğer parmaklar ile enjektörü tut.			
İğneyi damara girmek istenilen bölgenin yaklaşık 1cm altından deriye 30-45°'lik açı oluşturacak biçimde tut. İğne deriye girer girmez açıyı 15°'ye kadar küçülterek ven içine yavaşça ilerlet.			
İğne damara girdiğinde ve ajutaja kan dolduğu zaman ven içine doğru iğneyi yavaşça ilerlet.			
Kolun altındaki eli serbest bırak. Aktif olmayan el ile enjektörü sarsmadan pistonu yavaşça geri çekerek kan gelip-gelmediğini kontrol et.			
Kan geliyor ise iğne damar lümeninin içindedir. İğneyi damar içinde hareket ettirmeden, aktif olmayan el ile turnikeyi çöz.			
Aktif olmayan el ile pistonu iterek ilacı damar içine yavaşça ver.			
İlacı uygularken bölgede şişlik, kızarıklık, acı hissi olup olmadığını kontrol et.			

İlacın tamamını verdikten sonra baticonlu pamuğu iğnenin cilde giriş yerinin üstüne yerleştirerek, enjektörü aynı açı ile cilde paralel olarak geri çek			
İğne çıkarıldıktan sonra 2-3dk enjeksiyon bölgesine hafif bir basınç uygula. *Hasta kolunu asla kıvırmamalıdır. Çünkü iğnenin girdiği yer genişleyerek daha çok kanamasına neden olur.			
Hastaya rahat ettiği pozisyonu ver. Malzemeleri kaldır. Eldivenleri çıkart, ellerini antibakteriyel solüsyonla yıka.Gözlemlerini, uygulamayı kaydet.			

SUBKUTAN ENJEKSİYON UYGULAMASI

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
Hasta dosyasından kimlik bilgilerini, hekim istemini tekrar kontrol et. Hastaya uygulama hakkında bilgi ver.İşlem için hastadan izin al.Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seç.Eldiven giy			
İlaç kartı ile hekim istemini kontrol et ve hastaya ismiyle hitap ederek doğru hasta olduğundan emin ol.			
Enjeksiyon uygulanacak bölgeye göre hastaya uygun pozisyon ver.			
Enjeksiyon uygulanacak alanı tespit et. Bölgede hassasiyet, ödem, nodül ve şişlik olmamalıdır.			
Bölgeyi alkollü pamuk tampon ile ortadan dışarı doğru hafifçe bastırarak dairesel hareketle temizle. Temizlenen alan 5cm çaplı bir daire olmalıdır. Antiseptik solüsyonun kuruması için kısa bir süre bekle.			
İşlem sonunda kullanmak üzere yeni hazırlanmış baticonlu pamuğu sol elin yüzük parmağı ile küçük parmağı arasına yerleştir. Enjektörü eline alarak iğneyi kılıfından çıkar.			
Aktif olmayan elin baş ve işaret parmağı ile hafifçe sıkıştırarak deriyi yükselt. Deri yaklaşık 2.5cm yükselmelidir.			
Aktif olan el ile enjektörü kalem gibi ya da parmakların altta kalacak biçimde 45--90'lik açı ile tut. (Deri altı tabakası kalın ve iğne ucu küçükse açı 90 olmalıdır). İğneyi dokuya batır.			
İğne deri altına girdikten sonra enjektörü sarsmadan aktif olmayan el ile sıkıştırdığın deriyi serbest bırak			
Aktif olmayan el ile pistonu geri çekerek aspirasyon yap (heparin uygulamalarında aspirasyon önerilmemektedir)			
Enjektörün ajutajında kan görülmez ise ilacı yavaşça enjekte et. Aktif olmayan el ile pistonu bastır.			
İğneyi çekerken baticonlu pamuğu hafifçe dokuyu deldiğin noktaya bastır. Giriş açısını bozmadan, iğneyi yavaşça geri çek.			
Bölgeye kısa süre basınç uygula. Asla masaj uygulanmaz.			
Kullanılmış iğne ucunu güvenli biçimde kapat.			
Hastaya rahat pozisyon ver. Malzemeleri universal önlemlere uygun şekilde kaldır.Ellerini yıka.			
Yapılan işlem ve bulguları kaydet. Belirli bir süre sonra ilacın etki/yan etkilerini gözle.			

IM ENJEKSİYON UYGULAMASI

	Mükemmel	Yeterli	Geliştirilmeli
İlaç için hekim istemini kontrol et. İlaç kartı ile hekim istemini kontrol et. Hastaya ismi ile hitap ederek doğru hasta olduğundan emin ol.			
Hastaya uygulama hakkında bilgi ver. Hastadan işlem için izin al. Malzemeleri uygun yere koy.			
Mahremiyeti koruyucu önlemler al. Seçilen bölgeye göre hastaya pozisyon ver.			
Eldiven giy. Hastanın giysilerini enjeksiyon bölgesini iyice görebileceğin biçimde aç.			
Enjeksiyon uygulanacak bölgeye göre ölçüm yaparak alanı belirle. Alanda nodül ya da kitle olup almadığını palpe ederek kontrol et.			
Bölgeyi baticon emdirilmiş pamuk ile dairesel tek bir hareketle sil. Yaklaşık 5 cm çapında daire oluşturulmalıdır.			

Yeni bir baticonlu pamuk hazırlayarak, aktif olmayan elin yüzük parmağı ile küçük parmağı arasına yerleştir.			
İğne kılıfını, iğne ucunu sterilliğini bozmadan çıkar.			
Batikon ile silinen bölgeye dokunmadan, baskın olmayan el ile belirlenen bölge üzerindeki deriyi baş parmak ve işaret parmağı arasında gerdir ve hafifçe bastır. Z tekniği uygulanacak ise deriyi el ayası ile yana doğru kaydır.			
Hastaya derin nefes alıp-vermesini söyle			
Enjektörü aktif olan elin baş ve işaret parmakları arasında kalem gibi tut.			
Enjektörü 90º tutarak tek bir harekette, hızlı biçimde doku içine batır. İğnenin tamamı doku içine girmelidir. Hastanın kas durumuna göre karar verilmelidir.			
İğne doku içine girdikten sonra, aktif olmayan eli yavaşça çek ve pistonu tut (el değiştirme). Eğer Z tekniği uygulanacak ise; cildi yana kaydıran aktif olmayan elin baş ve işaret parmağı ile enjektörün ajutajını tut ve aktif el ile pistonu tut /el değiştir).			
Pistonu aktif olmayan el ile hafifçe geri çek (en az 5 sn bekle). Enjektörün ajutajı içine kan gelip gelmediğini gözle.			
Eğer kan aspire edilmiş ise, iğneyi hemen geri çek. İğneyi değiştir. İlaç içine kan girmiş ise ilacı tekrar hazırla. Eğer kan aspire edilmemiş ise ilacı yavaşça ver (her 10sn'de 1 ml ilaç).			
İlaç verildikten sonra 10sn bekle.			
Eğer Z tekniği uygulanmış ise; önce yana doğru gerdirilen cildi serbest bırak. Diğer baticonlu pamuğu iğnenin dokuya girdiği yere yerleştirerek hafifçe basınç uygula, tek bir hareketle iğneyi dokudan dışarı çek.			
Kullanılmış iğne ucunu güvenli şekilde kaldır.			
Hastaya rahat pozisyon ver. Malzemeleri universal önlemlere uygun olarak at.			
Eldivenleri çıkar. Ellerini yıka. Yapılan işlem ve bulguları kaydet.			
1-2st ilacın etki/yan etkilerini değerlendir.			