

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HASTA VERİ TOPLAMA FORMU VE BAKIM PLANI

1. HASTANIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	
Adı Soyadı:	
Yaşı:	
Cinsiyeti:	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Eğitim Durumu:	
Mesleği:	
Medeni Durumu:	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli
Sosyal Güvencesi:	
Hastaneye Yatış Tarihi:	
Hastaneye Geldiği Yer:	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Diğer Hastane <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım
Servise Geliş Şekli:	<input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye <input type="checkbox"/> Sedyeye
Yattığı Klinik/Oda No:	
Hasta İle İlgilenen Kişi (Yakını):	
Görüşme Tarihi:	
Bilgi Kaynağı:	<input type="checkbox"/> Kendisi <input type="checkbox"/> Yakını <input type="checkbox"/> Sağlık Elemanı <input type="checkbox"/> Hasta Dosyası <input type="checkbox"/> Diğer
Tıbbi Tanı:	

2. TANISAL İŞLEMLER

- | | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kolonoskopi | <input type="checkbox"/> Retrograd Pyelografi | <input type="checkbox"/> Endoskopi | <input type="checkbox"/> IVP |
| <input type="checkbox"/> Tomografi | <input type="checkbox"/> Kemik İliği Aspirasyonu | <input type="checkbox"/> Sistoskopi | <input type="checkbox"/> USG |
| <input type="checkbox"/> Anjiyografi | <input type="checkbox"/> Biyopsi | <input type="checkbox"/> X-Ray | <input type="checkbox"/> MR |

3. SAĞLIĞIN ALGILANMASI

Hastaneye Başvuru Nedeni ve Nedene Yönelik Belirtiler (lab. bulguları, vital bulguları vb.):

Geçmiş Sağlık Öyküsü:

Daha Önce Kullandığı İlaçlar:

- Alerjileri (Etkisi):** İlaç
- Besin
- Diğer

Aalışkanlıkları (Sıklık ve Miktarı):

- Sigara :
 Alkol :
 İlaç :
 Diğer :

Aile Öyküsü (İlişisini Belirtiniz)

- Diabetes Mellitus :
 Kardiyovasküler Hastalıklar :
 Hipertansiyon :
 Böbrek Hastalıkları :
 Mental Hastalıklar :
 Solunum Hastalıkları :
 Kanser (Tipi) :
 Diğer :

4. BESLENME - METABOLİK DURUM

Boy:.....cm **Kilo:**.....kg **Beden Kitle İndeksi:** **Bel Çevresi:**cm

Kilo Artışı (Son 6 ayda): Yok Varkg

Kilo Azalması (Son 6 ayda): Yok Varkg

Beslenme Bozukluğu: Yok Var Açıklayınız.....

Diyeti:

Hastaneye Yatmadan Önce Diyetine Uyum Durumu:

Uyuyor Kısmen Uyuyor Uymuyor

Hastanede Yattığı Süre İçerisinde Diyetine Uyum Durumu:

Uyuyor Kısmen Uyuyor Uymuyor

Hastanede Yattığı Süre İçerisinde Yemeğini Tüketme Durumu:

Yemedi Kısmen Yedi Tamamını Yedi

Yeme/Sindirim Problemleri:

Yutma Güçlüğü Kusma Bulantı Abdominal Ağrı Mide Yanması

Diğer/Açıklayınız :

Yiyecek Alım Yolu: Oral Parenteral Gastrostomi Gavaj

Tüple Beslenme : Var Yok

Beslenme Tipi /ml/saat:

Tüple Beslenme Tipi : NG Gastrostomik/Jejunostomik Enterik Beslenme

Total Parenteral Beslenme: Var Yok

TPN Hızı (ml/h)

İştah: Az Normal Çok

(Açıklayınız):.....

Oral Mukoza:

Tam Pembe Nemli Kuru Lezyon

Diğer Açıklayınız:

Ağız Hijyeni: İyi Orta Kötü

Diş Eti: Çekilme Kanama Lezyon Renk değişikliği

Dişler : Çürük Diş Takma Diş Eksik Diş
Dil: Renk Değişikliği Lezyon Sertlik
Dudak: Renk Değişikliği Nem Lezyon

5. BOŞALTIM BİÇİMİ

Defekasyon Alışkanlığı: Genel Olarak Dışkılama Saati:.....

Gaita: RenkKıvamKez/Gün

Batın: Yumuşak Yarı Yumuşak Gergin Sert Düz Hassas

Barsak Sesleri: Yok Var Hipoaktif Normal Hiperaktif

En Son Sayılan Barsak Hareketi Sayısı:

Barsak Eliminasyonu: Problem Yok Diyare Konstipasyon Fekal Tıkaç

Fekal İnkontinans Diğer

Dışkılamayı Kolaylaştırmak İçin Yaptıkları: Lavman Laksatif Diğer.....

Kolostomi/İleostomi: Yok Var **Süresi:**

İdrar : Problem Yok Foley Kateter Anüri Proteinüri

İdrar İnkontinansı Suprapubik Kateter Dizüri Hematüri

Sık Sık Prezervatif Sonda Oligüri Glikozüri

Sızıntı /Damla Damla Mesane Jimnastiği Poliüri Noktüri

6. AKTİVİTE - EGZERSİZ BİÇİMİ

Tırnaklar: Renk Değişikliği Şekil Bozukluğu Lezyon

Kapiller Dolu Süresi :

Cilt:

<input type="checkbox"/> Kuruluk	<input type="checkbox"/> Purpura	<input type="checkbox"/> Yanık
<input type="checkbox"/> Kabuklanma	<input type="checkbox"/> Ürtiker	<input type="checkbox"/> Ciltten İnvaziv Girişim
<input type="checkbox"/> Pul Pul Dökülme	<input type="checkbox"/> Palmar Eritem	<input type="checkbox"/> Skar
<input type="checkbox"/> Siyanoz	<input type="checkbox"/> Yara	<input type="checkbox"/> Enfeksiyon
<input type="checkbox"/> Soluk/Soğuk Cilt	<input type="checkbox"/> Cerrahi Yara	<input type="checkbox"/> Sarılık
<input type="checkbox"/> Ekimoz	<input type="checkbox"/> Travmatik Yara	<input type="checkbox"/> Spider Anjioma
<input type="checkbox"/> Peteşi	<input type="checkbox"/> Bası Yarası	<input type="checkbox"/> Kıllarda Dökülme
	<input type="checkbox"/> Yarada Akıntı	<input type="checkbox"/> Kıllanma

Ödem: Yok Var Derecesi (0-4+)

Dokuda Çökme Yok (0) Çökme 2mm (+, hafif) Çökme 4mm (2+)

Çökme 6mm (3+, Orta Derece) Çökme 8mm (4+, Ciddi Ödem)

Yer (Açıklayınız)

Deri Turgoru : Yumuşak/ Esnek Gecikmiş Normal Yer :

Saçlar: Hijyen Eksikliği Saç Kaybı Yağlı Lezyon

7. BEDEN BÜTÜNLÜĞÜNÜ TEHDİT EDEN DURUMLAR

<input type="checkbox"/> İntraket	<input type="checkbox"/> Dren	<input type="checkbox"/> LP
<input type="checkbox"/> Kolostomi	<input type="checkbox"/> Parasentez	<input type="checkbox"/> Trakeostomi

- Kemik İliği Aspirasyonu Düzenli İnsülin Kullanımı Arteriyo-Venöz Şant
 İdrar Kateteri Hemodiyaliz Kateteri Göğüs Tüpü
 CVP Kateteri Torosentez GİS
 Venöz Fistül Endotrakeal Tüp

a. KALP VE PERİFERİK VASKÜLER SİSTEM

- Ödem Sol Kol veya Sırta Vuran Ağrı Göğüste Ağrı
 Siyanoz Ekstremitelerde Isı Farklılığı Göğüste Çarpıntı
 Varis Ekstremitelerde Renk Farklılığı Bacaklarda Kramp
 Yanma

b. SOLUNUM SİSTEMİ

- Oksijen Kullanımı :** Yok Var Nazal Kanüllt/dk Maske O₂ %.....
Solunum Ritmi : Düzenli Düzenli Değil
Solunum Sayısı: Normal Bradipne Takipne Apne
Solunum Derinliği: Hipopne Normal Hiperpne
Solunum Şekli: Hipoventilasyon Hiperventilasyon Cheyne-Stokes Solunum
 Kussmaul Solunum Biot Solunum Ortopne
Dispne: Hayır Evet Dinlenmekle Geçen Efor Dispnesi
Akciğer Sesi: Wheezing Stridor Raller Ronküs
Öksürük : Hayır Evet Kuru Balgam Renk Yoğunluk Miktar ...
Aspirasyon: Hayır Evet Hangi Sıklıkta.....Renk/Miktar
Yapay Havayolu: Hayır Evet Tipi...../ Yeri
Burun: Hassasiyet Deviasyon Diğer
Nazal Mukoza: Renk Değişikliği Akıntı Şişlik Ödem Kanama
Kulak: Ağrı Çınlama Lezyon Enfeksiyon İşitme Kaybı Kaşıntı Akıntı

c. KAS-İSKELET SİSTEMİ

	Alt Ekstremitte	Üst Ekstremitte
<input type="checkbox"/> Kramp		
<input type="checkbox"/> Tremor		
<input type="checkbox"/> Eklemlerde Şişlik		
<input type="checkbox"/> Eklemlerde Kızarıklık		
<input type="checkbox"/> Eklemlerde Hassasiyet		
<input type="checkbox"/> Hareket Kısıtlılığı		
<input type="checkbox"/> Deformite		
<input type="checkbox"/> Atrofi		
<input type="checkbox"/> Alçı		
<input type="checkbox"/> Traksiyon		
<input type="checkbox"/> Krepitasyon		
<input type="checkbox"/> Kas Spazmı		
<input type="checkbox"/> Subluksasyon		
<input type="checkbox"/> Parmakta Kuğu Boynu		
<input type="checkbox"/> Çomak Parmak		

Kontraktür: Yok Var Yeri..... Zamanı.....
Fraktür: Yok Var Yeri..... Zamanı.....
Yardımcı Araç Kullanımı: Walker Baston Tekerlekli Sandalye Koltuk Değneği
Aktivite: Problem Yok Dengesiz Yürüme Güçsüzlük
Aktivite Toleransı: Normal Çabuk Yoruluyor Mutlak Yatak İstirahati
Düzenli Egzersiz: Uyguluyor Uygulamıyor
Ayak:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Isı Değişikliği | <input type="checkbox"/> Nasır | <input type="checkbox"/> Deformite |
| <input type="checkbox"/> Renk Değişikliği | <input type="checkbox"/> Çatlak | <input type="checkbox"/> Hijyen Eksikliği |
| <input type="checkbox"/> Sertlik | <input type="checkbox"/> Yara | <input type="checkbox"/> Hiperestezi |
| <input type="checkbox"/> Kızarıklık | <input type="checkbox"/> Ödem | <input type="checkbox"/> Parestezi |
| <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Ülser | <input type="checkbox"/> Topallama |
| <input type="checkbox"/> Hassasiyet | <input type="checkbox"/> Duyu Kaybı | <input type="checkbox"/> Ayak Sürüklenme |

d. SİNİR SİSTEMİ

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ani Bilinç Bozukluğu | <input type="checkbox"/> Baş Dönmesi | <input type="checkbox"/> Dokunma Duyusunda Değişim |
| <input type="checkbox"/> Konuşma Bozukluğu | <input type="checkbox"/> Sinirlilik | <input type="checkbox"/> Tad Almada Değişim |
| <input type="checkbox"/> Karıncalanma Hissi | <input type="checkbox"/> Baş Ağrısı | <input type="checkbox"/> Hemipleji |
| <input type="checkbox"/> Kuvvetsizlik | <input type="checkbox"/> Fobi | <input type="checkbox"/> Parapleji |
| <input type="checkbox"/> Sakarlık | <input type="checkbox"/> Paralizi | <input type="checkbox"/> Kuadripleji |
| <input type="checkbox"/> Titreme | <input type="checkbox"/> Nöropati | |

7.UYKU/ DİNLENME BİÇİMİ

Evdeki Uyku Düzeni :St/Gece UykusuSaat
Hastanedeki Uyku Düzeni : St/Gece UykusuSaat
Uyku Düzeninde Değişiklik: Hayır Evet Tanımlayınız
Gündüz Uykusu: Yok Var.....Saat/Gün
Uyku İçin İlaç Kullanımı: Yok Var İlacın Adı.....

8.BİLİŞSEL ALGILAMA BİÇİMİ

Bilinç Düzeyi: Uyanık Konfüzyon Letarji Stupor Koma Bitkisel Yaşam
Oryantasyon Durumu: Kişi: Yok Var **Yer:** Yok Var **Zaman:** Yok Var
Hafıza/Hatırlama: Normal Yakın Hafıza Bozukluğu Uzak Hafıza Bozukluğu
Pupil: SAĞ; Büyüklük : Işığa Reaksiyon: Yok Var
SOL; Büyüklük : Işığa Reaksiyon: Yok Var
Görme: Normal Görme Yetisi Yok Miyop Hipermetrop
Görmeye Yardımcı Araç Kullanımı: Gözlük Lens
Göz: Egzoftalmus Şişlik Katarakt Nistagmus
 Pitözis Lezyon Kızarıklık Korneal skar

Akıntı Arpacık Strabismus

9. KENDİNİ ALGILAMA KAVRAMA BİÇİMİ ve PSİKOLOJİSİ

Şu anki sağlık probleminiz sizde ne tür duygular yaratıyor?

Endişe Korku Öfke Huzursuzluk Yetersizlik Çaresizlik Diğer.....

Bireyin Genel Görünüşü:

Depresif Görünüm İç Dönük Anksiyete Suisidal

Beden bilincini etkileyen durum var mı?

Var Mastektomi : ... Histerektomi : ... Skarlar : ... Amputasyon : ... Diğer:..... Yok

İletişim Şekli: Sözel Sözsüz Açıklayınız (iletişimde rahatlık, atılganlık, çekingenlik durumu)

10. ROL – İLİŞKİ BİÇİMİ

Hastanın Hastalık Sürecinde Destek Sistemleri (Aile, Arkadaş, Ekonomik, Sosyal, Kültürel Ruhsal): Yok Var Açıklayınız:

11. CİNSELLİK – ÜREME BİÇİMİ

Menstrasyon Süresi:.....

Menapoz Yaşı:.....

Amenore Dismenore Andropoz Libido Kaybı İmpotans

Tedavi ve Hastalığın Cinselliğe Etkisi : Yok Var Açıklayınız:.....

12. BAŞETME – STRESİ İLE BAŞETME BİÇİMİ

Stres Yaratan Durumlarla Baş Etme Yöntemleri:

Bunların Sorunlarının Çözümüne Katkısı Olup Olmadığı:

13. İNANÇ ve DEĞERLER

Hastanedeyken yapmak istediği özel bir dini uygulama var mı ?

Hayır Evet Açıklayınız.....

14.TAHMİN EDİLEN TABURCULUK GEREKSİNİMLERİ

Hemşirelik Uygulamaları:.....

Diyet/Beslenme:.....

Yardımcı Araç Kullanımı:.....

İlaçlar :

Tıbbi (Kontrol zamanı, ilaç dozu değişikliği vb.):.....

KULLANILAN İLAÇLAR

İlaç Adı ve Dozu	Veriliş Yolu	Veriliş Nedeni	Major Yan Etkisi

TOTAL MAYİ MİKTARI VE İÇERİKLERİ

KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYON

- Eritrosit Süspansiyonu Tam Kan Human Albümin
 Taze Donmuş Plazma (TDP) Trombosit Transfüzyonu

İDRAR ANALİZLERİ

	.../.../2015	.../.../2015	.../.../2015	.../.../2015	.../.../2015
Dansite					
Renk					
Lökosit					
Eritrosit					
Protein					
Albumin					
Bilirubin					
pH					
Silendir					
Kristal					

LABORATUVAR BULGULARI

Parametreler	Hastanın Deęerleri	Parametreler	Hastanın Deęerleri
Lökosit:		Total Bilirubin:	
Nötrofil:		Direkt Bilirubin:	
Eozinofil:		İndirekt Bilirubin:	
Bazofil:		NPN:	
Lenfosit:		Ürik Asit:	
Eritrosit:		BUN:	
Hemoglobin:		Kreatin:	
MCV (Mean Corpuscular Volum):		Albümin:	
MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin):		T Protein:	
MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Konsantrasyonu):		Total Kolesterol:	
Hemotokrit:		HDL:	
Eritrosit Sedimantasyon Hızı (ESR):		LDL:	
Trombosit:		Na:	
PTZ:		K:	
PTT:		Ca :	
aPTT		P:	
INR		Cl:	
Glukoz:		Mg:	
HbA1C:		HIV:	
SGOT:		Hepatit C (HCV):	
SGPT:		HBsAg:	
Alkalen Fosfataz:		Anti-HBs:	
LDH:		SaPO ₂ :	
pH:		pO ₂ :	
TSH:		pCO ₂ :	
T3:		HCO ₃ :	
T4:			

15. ENFEKSİYON ETKENLERİ

- E Coli Pseudomonas Klebsiella Herpes
 Candida Staphylococcus İnfluenza Parazit Streptococcus

ÖĞRENCİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU

Tarih:

Vital Bulgular	Saat				
	Ateş				
	Nabız				
	Solunum				
	Kan Basıncı				
	O2 Saturasyonu				

Apikal Nabız Sayısı:

Apikal Ritm: Düzenli Düzensiz

AĞRI DURUMU

Ağrı Değerlendirme/Yönetimi: Ağrı ile ilgili değerlendirmelerinizi eksiksiz olarak altta gördüğünüz şekilde kodlayınız.



Sıklığı:

Süresi:

Yeri:

Ağrı Tipi: Zonklayıcı Yakıcı Sancı Bıçak Saplanır Tarzda

6 aydan daha uzun süren ağrı mı?: Hayır Evet

Arttıran Faktörler:

Azaltan Faktörler:

Beklenen Ağrı Skoru (0-10):

Ağrı Değerlendirme	Saat				
	Ağrı Skoru (0-10)				
	Ağrı Niteliği				
	Farmakolojik Tedavi				
	Nonfarmakolojik Tedavi				
	Yan Etkiler				

Nonfarmakolojik Yöntemler

Masaj

Dikkati, Başka Yöne Çekme

Müzik

Pozisyon Değişimi

Mentol

Sıcak/Soğuk Uygulama

Diğer

ALDIĞI ÇIKARDIĞI İZLEM TAKİBİ (AÇIT)

Aldığı	08-16	16-24	24-08	Çıkardığı	08-16	16-24	24-08
Oral				İdrar			
Tüple Beslenme				Ng/Dren			
IV				Kusma			
				Dışkı			
Diğer				Diğer			
24 Saat Toplam				24 Saat Toplam			

BASİ YARASI RİSKİNİ ÖLÇME (Norton Bası Skalası)										
Fiziksel Durum	Puan	Mental Durum	Puan	Aktivite	Puan	Mobilite	Puan	İnkontinans	Puan	TOPLAM PUAN
İyi	4	Açık	4	Yürüyor	4	Tam	4	Yok	4	
Orta	3	Apatik	3	Yardımla yürüyor	3	Hafif kısıtlı	3	Bazen	3	
Zayıf	2	Konfüze	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok kısıtlı	2	Genellikle/idrar	2	
Çok kötü	1	Stupor	1	Stupor	1	İmmobil	1	İdrar ve gaita	1	
RİSK ÖLÇÜMÜ		PUANLAMA		YAPILMASI GEREKEN FAALİYET					TOPLAM PUAN	
<input type="checkbox"/> Risk Yok		12 ve üzeri		Haftada bir kez bası yarısı riskini yeniden ölçünüz.						
<input type="checkbox"/> Yüksek Risk		1-11		Her gün bası yarısı riskini yeniden ölçünüz.						

Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği: Bağımsızlık Skalası

0=Bağımsız/Yardım Gerektirmez

1=Yardımcı Araç Kullanımı Gerekli

2=Bir Kişinin Yardımına Gereksinim Var

3= Bir Kişinin Yardımına ve Yardımcı Araç Kullanımına Gereksinim Var

4= İki Kişinin Yardımına Gereksinim Var, Bağımlı

	Skor		Skor		Skor
Yeme/İçme		Banyo		Giysileri Giyme	
Tuvalet		Yatak Hareketi		Transfer	
Ambulasyon					

Bilinç Düzeyini Değerlendirme

Glasgow Koma Skalası		
	Yanıt Düzeyi	Puan
Göz Açma	Yok	1
	Ağrılı Uyarılara Yanıt Olarak	2
	Konuşmaya Yanıt Olarak	3
	Kendiliğinden	4
Motor Yanıt	Yok	1
	Ektensör Yanıt	2
	Fleksör	3
	Geri Çekme Şeklinde	4
	Lokalize Edici	5
	İstemli	6
Sözel Yanıt	Yok	1
	Anlaşılmaz Sesler	2
	Uygun Olmayan Yanıt	3
	Dağınık, Konfüze Yanıt	4
	Oryante Yanıt	5
Bireyin Toplam Puanı		

GKS Skoru: (3-15), 15:Oryante, 13-14:Konfüze, 8-13:Stupor, 3-8:Perikoma, 3:Koma

Diyet Tipi	
Rejim 0	Oral Alım Kapalı
Rejim 1	Sıvı Gıda
Rejim 2	Sulu Yumuşak Besinler
Rejim 3	Normal Diyet

İzolasyon Önlemleri	
Sarı Yaprak	Solunum İzolasyonu
Mavi Çiçek	Damlacık İzolasyonu
Kırmızı Yıldız	Temas İzolasyonu
Dört Yapraklı Yonca	Düşme Riski



İtaki DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı Soyadı

Yattığı Bölüm

Risk Değerlendirme Tarihi

Değerlendirme Zamanı

İlk Değerlendirme Post-Operatif Dönem Hasta Düşmesi Bölüm Değişikliği Durum Değişikliği

RİSK FAKTÖRLERİ		PUAN
1.	65 yaş ve üstü.	1
2.	Bilinci kapalı.	1
3.	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1
4.	Kronik hastalık öyküsü var.*	1
5.	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk desteği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	1
6.	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	1
7.	Görme durumu zayıf.	1
8.	4'den fazla ilaç kullanımı var.	1
9.	Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1
10.	Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1
11.	Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1
12.	Bilinç açık, koopere değil.	5
13.	Ayakta/yürürken denge problemi var.	5
14.	Baş dönmesi var.	5
15.	Ortostatik hipotansiyonu var.	5
16.	Görme engeli var.	5
17.	Bedensel engeli var.	5
18.	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5
19.	Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5
TOPLAM		

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU

<input type="checkbox"/>	Düşük Risk	Toplam Puanı 5'in altında
<input type="checkbox"/>	Yüksek Risk	Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır)

Değerlendirmeyi yapan 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.

İtaki DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Bilgilendirme Tablosu

*Kronik hastalıklar	<ul style="list-style-type: none">• Hipertansiyon• Diyabet• Dolaşım Sistemi Hastalıkları• Sindirim Sistemi Hastalıkları• Artrit• Paralizi• Depresyon• Nörolojik Hastalıklar
**Hasta Bakım Ekipmanları	<ul style="list-style-type: none">• IV İnfüzyon• Solunum Cihazı• Kalıcı Kateter• Göğüs Tüpü• Dren• Perfüzyatör• Pacemaker vb.
***Riskli İlaçlar	<ul style="list-style-type: none">• Psikotropolar• Narkotikler• Benzodiazepinler• Nöroleptikler• Antikoagülanlar• Narkotik Analjezikler• Diüretikler/Laksatifler• Antidiyabetikler• Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.)• Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar