

KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI

HASTA DEĞERLENDİRME VE BAKIM PLANI FORMU

Hastanın:

Adı Soyadı:

Protokol numarası:

Doğum Tarihi/Yaşı:

Cinsiyet:

Adres/Tel:

Dini:

Hastaneye Yatış Tarihi:

Yattığı Servis:

Oda Numarası:

Sosyal Güvencesi:

Mesleği:

Medeni Durumu: Bekar () Evli ()

Çocuk Sayısı:

Birlikte yaşadığı kişiler:

Eğitim Durumu:

Eşinin Mesleği:

Nereden Geldi?: Ev () Acil () Yoğun Bakım () Diğer ()

Servise Geliş Şekli: Yürüyerek () Tekerlekli Sandalye () Sedyeye ()

Görüşme Tarihi:

Bilgi Kaynağı: Kendisi () Yakını () Sağlık Elemanı ()
Hasta Dosyası () Diğer ()

Hastaneye Yatış Nedeni / Şikayetleri:

Tıbbi Tanısı:

Geçmiş Sağlık Öyküsü:

Sürekli Kullandığı İlaçlar:

Alışkanlıkları (Sigara, Alkol, İlaç) :

Aile Öyküsü:

İrtibat kurulacak kişi ve telefonu:

Kan Grubu:

Daha önceden kan transfüzyonu oldu mu? Evet () Hayır ()

Kan transfüzyonu oldu ise reaksiyon gelişti mi? Evet () Hayır ()

Alerjiler: () Var () Yok

() İlaç:

() Yiyecek:

() Kimyasal:

Boy: Kilo: BKİ:

Formun doldurulduğu Tarih: Saat:

1. Sağlık algılanması-sağlığın yönetim biçimi

Sağlık durumunu algılama (Başlıca yakınması):

Önceden geçirdiği hastalıklar ya da ameliyat:

Geçmişte ve halen sağlık arayış davranışları:

Sağlık sigortası:

Halen uygulanan tedavi: herhangi bir ilaç tedavisinde mi?

Önerilen tedavilere bağlılığı:

Yaralanmaya neden olacak risk faktörü var mı?

Koruyucu uygulamalar:

2. Beslenme ve metabolik durum

Yiyecek Alım Yolu: Oral () Parenteral () Gastrostomi () N/G ()

Kendisi besleniyor () yardıma gereksinimi var ()

Dieti :
Diete uyma durumu:.....
İştah durumu:.....
Günlük sıvı alımı:.....
Sıvı kısıtlaması: Yok () Var () Neden ?

Yuma güçlüğü: Yok (), Var ()
Bulantı () Kusma () Hazımsızlık () Hematemez ()
Kilo:.....
Boy:.....
BKI:..... Kaşeksi () Obezite ()
Kilo değişikliği var mı? Kaç aydır var? Neden?

.....
Ağız boşluğu dahil, doku ve mukoz membran bütünlüğü:

Ağız içi yara: Var () Yok ()
Ağız kokusu () diş çürüğü () aft () diğer ()
Dişlerin durumu, problem var mı?

Takma diş:.....
İlaç ve alkol tüketimi:.....
Emzirme:.....
Beden ısı:.....

3. Boşaltım şekli

Barsak boşaltım şekli-sıklığı, özelliği:

Dışkı özelliği: Normal ()
Melena ()
Konstipasyon ()
Diyare ()
Fekal inkontinans ()

Dışkılama alışkanlığı:

Boşaltım yapılan yer: Yatakta () Tuvalette ()
Boşaltım yolu: Anal () Kolostomi () İleostomi ()
Tuvalette: Kendisi gidiyor () Birey yardımı gerekiyor ()
Lavman / laksatif kullanıyor mu? :
Boşaltım için özel bir diyet uyguluyor mu?
Terleme, koku sorunu var mı?

Rektal ağrı / dolgunluk () Karın ağrısı ()
Kramp () Gaz / gerginlik Hissi () Kanama ()
Hemoroid ()
İdrara çıkma şekli, kontrolde güçlük var mı?

.....
İdrar Rengi : Kokusu :
Miktarı : Dansitesi :

İdrar yolu enfeksiyonu, böbrek sorunu öyküsü: Yok () Var () açıklayınız:.....

İdrar yaparken ağrı () Zorlanma ()
Damla damla idrar () İnkontinans ()
İdrar kateteri () Hematüri ()
Dizüri () Poliüri ()
Oligüri () Pollaküri ()
Retansiyon () Anüri ()
Noktüri ()

Boşaltım şekli: foley kateter (), suprapubik kateter (), prezervatif sonda (),
nefrostomi ürostomi torbası ()

Sıvı kısıtlaması ya da sıvı yüklemesi var mı?
.....

4. Aktivite egzersiz şekli

Fizik bulgular:

Kişisel bakım: iyi (), kötü (), orta ()

Bağımlı (), bağımsız () yarı bağımlı ()

Deri bütünlüğü: tam () bozulmuş () belirtin:.....

Deri: Rengi : Siyanoz (), Isısı :

Suluk / Soğuk cilt () Turgoru: sorun var () yok ()

Yara () Cerrahi / Travmatik yara ()

Peteşi / Ürtiker () Bası yarası ()

Yanık () Ciltten invaziv girişim ()

Skar () Kaşıntı ()

Enfeksiyon () Yarada akıntı ()

Tırnaklar: Renk : Şekli : Lezyonlar :

Saçlar: Hijyeni : Değişiklik var mı? Neden?

Solunum

Sayısı:.....dk.

Ritmi: düzenli () düzensiz ()

Derinliği: normal () yüzeysel () derin ()

Şekli: Hiperventilasyon (), Hipoventilasyon (), Takipne (), Bradipne (),

Weezing (), Apne (), Dispne (), Ortopne (), Biot solunum ()

Pnömotoraks / Hemotoraks (), Balgam (), Sekresyon (), Öksürük (), Siyanoz ()

Hemoptizi (), Trakeotomi ()

Burun akıntısı () Burun Tıkanıklığı (),

Oksijen kullanımı: yok (), var () açıklayın:.....

Aspirasyon riski: yok (), var () açıklayın:

Yapay hava yolu: yok (), var () tipi ve yeri.....

Göğüs tüpü: yok (), var () sağ / sol

Oksijen saturasyonu:.....

Nabız

Nabız hızı, :.....dk. Taşikardi () Bradikardi ()

Nabız alınan yer:.....

Ritmi düzenli () düzensiz () Aritmik ()

Nabız dolgunluğu:.....

Simetrisi:

Kan basıncı:.....mmHg. Sağ kol ()/ sol kol ()

Hipotansiyon () Hipertansiyon ()

Aktivite: Problem yok () Dengesiz yürüme () Güçsüzlük () İmmobil ()

Aktivite toleransı: Normal () Çabuk yoruluyor () Halsiz/ Güçsüz ()

Mobil destekleyici araç () yürüteç () baston () tekerlekli sandalye ()

korse (), koltuk değneği ()

Göğüs, bacak, eklem, sırt ağrısı ()

Düzenli egzersiz: Uyguluyor () Uygulamıyor ()

Mutlak yatak istirahati ()

Baş dönmesi ()

Kramp () Yeri:..... Tremor ()

Kırık Var () yeri:..... yok ()

Eklemlerde kızarıklık () eklemlerde hassasiyet () şişlik () hareket kısıtlılığı () deformite ()

kontraktür () atrofi () ağrı ()

Pleji / paralizi () açıklayın.....

Üst ekstremiteler: sorun var () açıklayınyok ()

Alt ekstremiteler: sorun var () açıklayınyok ()

Günlük yaşam aktivitelerine yanıtı : yorgunluk () efor dispnesi () diğer ().....

Periferel dolaşım: normal () gecikmiş kapiller dolum ()

Renk: soluk () siyanoze () kızarıklık ()

Isı: sıcaklık () soğuk () ılık ()

Ödem yok () var () derecesi:.....

Ödem derecesi değerlendirilmesi

1.Hafif, zor tespit ediliyor ()

2.Orta, 5mm'den az ()

3.Şiddetli, 5-10mm arasında ()

4.Çok şiddetli, 10mm'den fazla ()

Kas gücü el sıkma:.....

İstenilen/gereken aktiviteleri tamamlamak için yeterli enerji:

Egzersiz şekli, tipi, düzenliliği:

Boş zamanlarda yapılan aktiviteler:

Aşağıda verilen faaliyetleri yapabilme yeteneğini algılama:

- a. beslenme
- b. banyo yapma
- c. tuvalete gitme
- d. yatak hareket
- e. giyinme
- f. kendine çeki düzen verme
- g. genel hareket
- h. yemek pişirme
- ı. ev işlerini yürütme
- i. alış veriş

Düzeş belirlene kodları

Düzeş 0: kendi kendine tam bakıyor

Düzeş I: Araç-gerece gereksinim duyuyor

Düzeş II: Bir başka kişinin denetiminde (yardım gereksinimi var)

Düzeş III: Bir başka kişinin denetiminde ya da yardımcı araç-gerece gereksinim duyuyor

Düzeş IV: Bağımlı ve katkıda bulunmuyor

Çevredeki Tehlikelerden Ve Kazalardan Korunma durumu:

Basınç ülseri riski:

Kanama riski:

Antikoagülan kullanıyor (), kullanmıyor ()

Enfeksiyon riski:

İzolasyon önlemleri:

Düşme riski:

İtaki düşme riski ölçeğı puanı:

- | | | |
|--------------------|----------------------|--------|
| Ağrı: Yok () | Çok az () | |
| Biraz () | Ağrıyor () | |
| Çok ağrıyor () | Dayanılmaz () | |
| Ani / şiddetli () | Belli / belirsiz () | |
| Zonklayıcı () | Yakıcı () | |
| Sancı () | Bıçak saplanıyor () | |
| Sıklığı: | Süresi: | Yeri : |

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



5. Uyku-istirahat şekli

Uyku alışkanlıkları? Dinlenmiş hissediyor mu?

.....

Uykuya başlama problemi? Rüya? Erken uyanma?

.....

İstirahat alışkanlıkları:.....

Uyumak ve gevşemek için uyguladığı yöntemler:.....

Normal uyku süresi:.....

Uyku alışkanlığında değişme: Yok () Var (), nedeni?

Uyku apnesi var () yok ()

6. **Bilişsel-algılama şekli**

Görme, işitme, hissetme, tad alma, dokunma ve koku alma yeteneği:

İşitme güçlüğü var mı? İşitme cihazı kullanıyor mu? gözlük kullanıyor mu?

Ağrı-rahatsızlık ve bunlarla nasıl baş edebildiği:

Halüsinasyon?

Vücudun her iki tarafında algılama:

Belleği? Son günlerde herhangi bir değişiklik var mı?

Yargılama:

Konsantre olma/dikkatini toplama yeteneği?

Karar verme:

En kolay öğrenme şekli? Öğrenmede zorluk?

7. **Kendini algılama, kendini kavrama şekli**

Algıladığı herhangi bir korku ve tehlike:

Endişe korku gerginlik:

Huzursuzluk:

Ruhsal durumunda değişiklik-depresif, meraklı:

Enerjisini kendine yöneltme yeteneği-hareketsizlik:

Durumun kontrolü dışında olduğunu algılama şekli:

Beden bilinci, bireysel kimliği:

8. **Rol ilişki şekli**

Önemli kayıplar (keder):

Rolün yerine getirme yeteneği, mesleği, evlilik durumu:

Kişilerarası etkileşimi:

Yaşamında önemli olan kişiler. Herhangi bir kişilerarası ilişki zorluğu var mı?

Aile yapısı: herhangi bir zorluğu var mı?

Ailenin ve ona yakın kişilerin hastalığa karşı tutumları

Ebeveyn olarak problemleri

İletişim becerileri

Kendine zarar verme riski var mı?

Diğerlerine yönelik zarar verme riski var mı?

9. **Cinsellik ve üreme**

Cinsel yaşamı: doyumlu-doyumsuz, herhangi bir değişiklik var mı?

Kontraseptifler kullanılıyor mu/problemi var mı?

Menstrasyon öyküsü:

Gebelik var mı:

Tecavüz öyküsü var mı:

10. Stres ile baş etme/tolere etme durumu

- Mevcut stresörler: yaşam zorlukları:
- Travmaya karşı tepki ve uyum:
- Yakın geçmişte büyük yaşam değişiklikleri:
- Stresörlerle baş etme şekli:
- Stresörler ile baş etmek için kullandığı kaynaklar:
- Aile desteğinin aile gelişimine destek olabilme:

11. İnanç ve değerler şekli

- Yaşam hakkındaki inanç ve değerleri:
- Dini inançları ve dinin önemi:
- Yararlı dini uygulamaları:
- Din adamı ile görüşme isteği:

Konuştuklarımıza ekleyeceğiniz başka bir sorunuz var mı?

KULLANDIĞI İLAÇLAR ve ETKİLERİ

İlaç adı:.....mg:.....günde kaç kez:...saatleri:...uygulama yolu ve şekli:...ilaç etkisi:.....

LABORATUAR DEĞERLERİ (Hastanın bakılan en son değerleri alınıp, normal değerlerini de yazarak değerlendirin)

KAN GRUBU :

Hemoglobin :	Na :
Eritrosit :	K :
Trombosit :	Cl :
Lökosit :	Mg :
Hematokrit :	Ca :
Sedimentasyon :	P :

ACİT TAKİBİ (08 – 16)

Aldığı: Çıkardığı :

Oral : İdrar :

I.V : Kusma :

N/G : Dren :

Kan : N/G:

Plazma :

Eritrosit Süspansiyonu :

SİT Takibi: Var () Yok ()

Göğüs Tüpü Takibi: Var () Yok ()

Model bileşenleri	Hemşirelik Tanısı	Hedefler	Planlama	Uygulama	Değerlendirme