|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kişisel Bilgiler** | | | |
| Ad – Soyad | : | Öğrenci Numarası | : |
| Uygulama Yapılan Birim/Klinik | : |  |  |
| Sorumlu Öğretim Elemanı: | : | | |

**Ödev hazırlarken dikkat edilecek hususlar:**

* **Ödevin orijinal taslağında herhangi bir değişiklik yapmayınız.**
* **Adı, soyad, öğrenci numarası, program, sınıf bilgilerini içeren bir kapak sayfası oluşturunuz.**
* **Yazarken kırmızı renk kullanınız.**
* **Times New Roman yazı tipi 9,5 punto kullanınız.**
* **Kopyala yapıştır ödevler kabul edilmeyecektir. Kaynakça’yı titizlikle oluşturunuz.**
* **Dosyayı Word haliyle ilgili Teams sayfasının ödevler kısmına ekleyiniz. (Yüklediğiniz dosya adı isim soyisminiz olsun.)**
* **Belirtilecek olan son teslim tarihinden sonra teslim edilen ödevler kabul edilmeyecektir.**
* **Ödevi mavi telli dosyayla şeffaf dosya içinde teslim ediniz (Her sayfayı ayrı şeffaf dosyaya koymayınız, tek bir şeffaf dosya yeterlidir.)**
* **Planlanan bakım kısmını ve taburculuk kısmını titizlikle ayrıntılı şekilde doldurunuz.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sağlıklı/Hasta Bireye Bakım Verme Becerisi** | **Alınabilecek puan** | **Öğrencinin puanı** |
| Veri Toplama | 20 |  |
| Tanılama | 20 |  |
| Planlama | 20 |  |
| Uygulama | 20 |  |
| Değerlendirme | 20 |  |
| **TOPLAM PUAN** | 100 |  |



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**HAMİDİYE SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**ADI:**

**SOYADI:**

**ÖĞRENCİ NUMARASI:**

**SINIFI:**

**PROGRAM ADI:**

**DERSİN ADI:**

**DERSİN HOCASI:**

**MESLEKİ UYGULAMA/STAJ YAPILAN KURUM:**

**MESLEKİ UYGULAMA/STAJ YAPILAN BİRİM:**

**HASTA TANILAMA FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Formun Doldurulduğu Tarih/ Saat:** |
| **Servis:** | **Yatak No:** |
| **TANITICI ÖZELLIKLER** | |
| **Adı Soyadı:** | **Kiminle Yaşıyor:** |
| **Cinsiyeti:** | **Yaşadığı Şehir:** |
| **Yaşı:** | **Sosyal Güvencesi:** ( ) Var ( ) Yok |
| **Medeni Durumu:** | **Kan Grubu**: |
| **Eğitim Düzeyi:** | **Daha önce kan transfüzyonu yapıldı mı?** Hayır...............  Evet .......(Tarih:...................) |
| **Mesleği:** | **ALERJİSİ:** ( ) Var……[Yiyecek ( ), İlaç ( )], Yok ( ) Bilinmiyor ( ) |
| **Adresi ve Telefonu:** | **BULAŞICI HASTALIK:** ( ) Var……. ( ) Yok ( ) Bilinmiyor |
| **Acil Durumda Aranacak Kişi/ Yakınlığı/ Telefon No:** | **HEKİMİ:** |
| **Veri Toplama Kaynağı:** | |
| **HASTALIK ÖYKÜSÜ** | |
| **Yatış Tarihi/ Saati:** | **Geliş Şekli:** ( )Yürüyerek ( ) Sedye  ( )Tekerlekli sandalye ( ) Diğer |
| **Çıkış Tarihi/ Saati:** |
| **Ameliyat Tarihi:** | **Geldiği Yer:** ( ) Ev ( ) Y.Bakım ( ) Acil  ( ) ………..Kliniği ( ) Diğer………………. |
| **Yatış Nedeni (Hastanın en önemli şikayeti ve ifadesi):** | |
| **Sorunun Başladığı Zaman ve Süresi:** | **Tıbbi Tanı:** |
| **Adli Vaka: ( ) Evet ( ) Hayır** |  |
| **SAĞLIK HİKAYESİ** | |
| **Geçirdiği hastalık/ hastalıklar:**  Türü Zamanı Sonucu  …………………….. …………………………….. ….…………………………  ……………………….. …………………………….. ….………………………… | |
| **Daha önce hastaneye yattı mı?** () Hayır ( ) Evet Nedeni: | |
| **Sürekli kullandığı ilaçlar:**  Adı Dozu (Sıklık) Kullanım Nedeni Kullanım Süresi  ……………… ………………………. ………………………….. ..………………………….  ……………… ………………………. ………………………….. ..…………………………. | |
| **SOY GEÇMİŞİ (HASTALIKLAR, ÖLÜM NEDENLERİ VS..)**  Hastalıklar: (diabet, kanser, kalp hst, inme, akciğer hst, tbc, astım, böbrek hst, epilepsi, psikiyatrik sorunlar..vb.) | |
| Anne: | Kardeş: |
| Baba: | Yakın akraba: |
| **ALIŞKANLIKLARI** | |
| ( ) Sigara.................. adet/ …gün | ( ) Alkol............... ml / …gün / ….hafta/…ay |
| ( ) Diğer (Madde, ilaç…vb.) | |
| **Aile İle Görüşme ( Hasta Yanında Görüşülmeyecek)** | |
| -Hastalık Hakkında Bilgileri: | |
| -Hastanın Önemli Sorunları- Gereksinimleri: | |
| -Evdeki Bakım Olanakları: | |
| **HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ/MALZEME/ÖZEL EŞYA:** ( ) Yok ( ) Var…………………………………. | |

**TIBBİ TANISI:**

**Bireyin hastaneye kabul tıbbi tanısını literatür bilgileri doğrultusunda aşağıdaki başlıklar atında kısaca açıklayınız.**

* **Hastalığın Tanımı:**
* **Belirti-Bulgular:**
* **Tedavisi:**
* **Risk Faktörleri:**
* **Komplikasyanları:**
* **Prognoz:**

**BİREYİN TEMEL LABORATUAR DEĞERLERİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laboratuar Testleri** | **Normal Değerler** | **Hastanın Değerleri** | **Anormal Değerlerin Nedeni** |
| WBC |  |  |  |
| RBC |  |  |  |
| Hct |  |  |  |
| Hb |  |  |  |
| Trombositler |  |  |  |
| BUN |  |  |  |
| Kreatin |  |  |  |
| Na |  |  |  |
| INR  PT takibi varsa  APTT |  |  |  |
| İdrar Testi |  |  |  |
| HgbA1c |  |  |  |
| AKŞ |  |  |  |
| DİĞER TESTLER |  |  |  |

**İLAÇ TEDAVİSİ**

**ALERJİLERİ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **İlacın Ticari İsmi/Jenerik Ve Dozları** | **İlacın Kullanım Dozu/Sıklık/Veriliş Yolu** | **Endikasyon/İlacın Kullanım Nedeni** | **Kontraendikasyon/İlacın Yan Etkileri** | **İlaç Tedavisini Değerlendirme**  **(Alınması Gereken Önlemler)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**YAŞAM AKTİVİTELERİ (YAŞAM MODELİ)**

**1. GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE SÜRDÜRME AKTİVİTESİ**

### OBJEKTİF

**1. Mental Durumu:**

Bilinci: ( ) Açık ( ) Bulanık ( ) Kapalı

**2. Duyu Organları:**

|  |  |
| --- | --- |
| - Görme: | Pupilla: Sağ: Normal..… Anormal….. Sol: Normal….. Anormal…..  Gözlük: Evet….. Hayır….. Kontakt Lens: Evet….. Hayır….. |
| - Duyma: | Sağ Kulak: Normal….. Yetersiz….. Sağır….. Duyma Aracı: Evet….. Hayır…..  Sol Kulak: Normal….. Yetersiz….. Sağır…... Duyma Aracı: Evet….. Hayır…..  Duymayı etkileyen bir sorun var mı? (akıntı, kaşıntı vb.) Evet:….Hayır….. |
| - Dokunma: | His kaybı (ısı, acı, ağrı, basınç vb.): Var:…..Yok:…..Tanımlayınız:…………………………………………...  Cilt ısısı: Normal….Anormal….Tanımlayınız……………………………………………………...................... |
| - Koklama: | Koku alma duyusu: Var:…..Yok:…..Tanımlayınız:………………………………………….............................  Sağ Burun Deliği: Açık:….Kapalı:….Tanımlayınız:……....................................................................................  Sol Burun Deliği: Açık:….Kapalı:….Tanımlayınız:……..................................................................................... |

## - Tat Alma: Tat alma duyusu: Var:….Yok:……Tanımlayınız:……………………………………………………………….

**3. Enfeksiyon riski**

Enfeksiyon riski: Hayır ( ) Evet ( ) Tanımlayınız.................................................

IV tedavi/tüp/dren: Hayır ( ) Evet ( )

**4. Ağrı**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ağrının yeri** | **Ağrının şiddeti** | | | | | |
| **Ağrının yeri** |  | | | | | |
| **Ağrının niteliği** | | | | | |
| **Sızlama** | **( )** | **Gerilme** | **( )** | **Keskin** | **( )** |
| **Künt** | **( )** | **Zonklama** | **( )** | **Sıkıştırma** | **( )** |
| **Yanma** | **( )** | **Acıma** | **( )** |  |  |

Ağrı / Rahatsızlık: Hayır…….Evet……Başlangıcı……….….Süresi…………

Ağrının yayılışı:………………………………………............................................

Ağrı ile eşlik eden şikayetler/ yakınmalar olan faktörler:……………………......................................................................................

Ağrıyı azaltan faktörler:………………………………………………………………………………..................................................

Ağrıyı arttıran faktörler:……………………………………………………………………………………………………………….

Yara iyileşmesi ile ilgili herhangi bir sorunu var mı? Hayır:….Evet:….Tanımlayınız:…………………………………………......

**5. Düşme Riski**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (HENDRİCH II)** | | | |
| **Konfüzyon / Dezoryantasyon/ Oryantasyon Bozukluğu** | |  | **4 puan** |
| **Semptomatik / Depresyon** | |  | **2 puan** |
| **Boşaltım İhtiyacında Sorun** | |  | **1 puan** |
| **Baş Dönmesi** | |  | **1 puan** |
| **Cinsiyet (erkek)** | |  | **1 puan** |
| **Sandalyeden kalkma testi\* (tek seçenek işaretlenecek)** | |  | |
| * Kollarını kullanmadan kalkabiliyor | |  | **0 puan** |
| * Kalmak için sandalye kolluğunu kullanıyor ve tek denemede kalkabiliyor | |  | **1 puan** |
| * Kalmak için sandalye kolluğunu kullanıyor ancak birden fazla deneme ile kalkabiliyor | |  | **3 puan** |
| * Yardım almadan kalkamıyor | |  | **4 puan** |
| **Antiepileptik Grubu İlaç Kullanımı**  (Karbamezepin, Tegretol, Phenytoin, Eptantoin,Valporik Asit, Depakin, Pimidon, Mysoline, Lamotrigin ,Lamictal, Phenobarbital, Luminal, Exhosuximid, Petimid) | |  | **2 puan** |
| **Benzodiazepin Grubu İlaç Kullanımı** (Alprazolam, Xanax, Buspiran, Buston, Chlordiazepoxid, Librium, Clonazepam, Rivotril, Clorazepatdipotasyum, Tranxilane, Diazepam, Diazem, Lorazepam, Rivotril, Midazolam, Dormicum, Oxazepam, Serapax) | |  | **1 puan** |
| **TOPLAM PUAN** | |  | |
| **RİSK ÖLÇÜMÜ** | **PUANLAMA** | **YAPILMASI GEREKEN FAALİYETLER** | |
| Risk yok | 0-4 | Haftada bir kez düşme riskini yeniden değerlendirin. | |
| Yüksek Risk | 5 ve üzeri | Her gün düşme riskini yeniden değerlendirin. Düşme olaylarını önlemeye yönelik girişimleri ygulayın. | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TESPİT EDİCİ GEREKSİNİMİ | | | | | |
| Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı? |  | Var |  | Yok | “Var” ise kısıtlama altındaki bireye uygun girişimleri uygulayın. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İZOLASYON | | | | | | | | | | |
| Gereksinim var mı? |  | Var |  | Yok | “Var” ise izolasyon uygulanan bireye uygun girişimleri uygulayın. | | | | | |
| Varsa izolasyon şekli |  | Temas |  | Sıkı temas |  | Damlacık |  | Solunum |  | Diğer ………….... |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÇEVRESEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ** | | | | | | |
|  | Hasta bilekliği takıldı | Oksijen sistemi |  | Açık |  | Kapalı |
|  | Hasta ünitesi tanıtıldı | Pencereler |  | Açık |  | Kapalı |
|  | Yatak kenarlıkları kaldırıldı | Yatak frenleri |  | Açık |  | Kapalı |
|  | Yatak başı düzeni sağlandı | Refakatçi gereksinimi |  | Var |  | Yok |

**SUBJEKTİF**

Güvenli çevrenin sağlanaması ve sürdürülmesi aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (‘‘ ’’) belirtiniz.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Birey bu aktivitede;**

## Bağımsız Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) Bağımlı

## 2. İLETİŞİM

### OBJEKTİF

Hasta kiminle yaşıyor?.......................

İletişim şekline göre birey: İçe dönük ( ) Dışa dönük ( ) İyimser ( ) Karamsar ( ) Kendisi ile barışık ( )

Kullandığı dil (Lisanı):……………………….İletişime engel olacak duyusal/nörolojik kusurlar (İşitme protezi, ses ptotezi, vb.):………….............................................

İletişim kurabilmek için herhangi bir araç-gerece (yazı tahtası, işitme cihazı, iletişim kartları) gereksinimi var mı? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………………………

Görüşme sırasında herhangi bir konuşma sorunu fark ettiniz mi? Hayır…. .. Evet…... Tanımlayınız:……………………………...

Hasta, yakınları ile iletişim kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………………………

Hasta, diğer hastalar ile iletişim kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………………………

Hasta, sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………………………

## Konuşmayı engelleyecek bir sorunu var mı ya da bir girişim, tedavi uygulanmış mı? (disfazi, afazi, yüz travması, endotrekeal entübasyon, antideprasan ilaçlar vb.) Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………………………

## Birey sorulan sorulara uygun yanıtlar veriyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………………………

Birey iletişim sırasında göz teması kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………………………

Ağrı, dispne, güçsüzlük gibi bireyin iletişimini etkileyen fiziksel yakınmaları var mı? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………

Kaygı, kızgınlık, umutsuzluk, öfori gibi iletişimi etkileyen emosyonel bir durumu var mı? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:………..

Hastaneye yatma, hastanın dini ibadetlerini etkiliyor mu? Hayır…..Evet………................…………................................................

Bakımını sınırlayacak herhangi bir inancı var mı (diyet, kan transfüzyonu vb.) Hayır…..Evet……Tanımlayınız.…………………..

**SUBJEKTİF**

Hasta bireyin iletişim aktivitesine ilişkin açıklama/ soru/sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (‘‘ ’’) belirtiniz.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Birey bu aktivitede;**

## Bağımsız Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) Bağımlı

## 3. SOLUNUM

### OBJEKTİF

SOLUNUM SİSTEMİ:

Solunum Hızı:………./Dk. Abdominal…….Diyafragmatik……

Derinliği: Yüzeyel….Derin….Yardımcı solunum kaslarının kullanımı: Hayır….Evet….Tanımlayınız……………….......................

Solunum ritmi:………………………………….

Normal solunumunu sürdürebiliyor mu? Hayır………….Evet…………..Tanımlayınız……………………………………………

Geçmişte solunumla ilgili her hangi bir problemi mevcut mu? Hayır……..Evet……..Tanımlayınız………………………………..

Öksürük: Yok ………..Var………………………..Tanımlayınız……………………………………………………………………

Balgam çıkarıyor mu? Hayır…Evet… Özelliklerini tanımlayınız:……….…………………………...............................................

Göğüs ağrısı: Yok ……Var………………………. Tanımlayınız……………………………………………………………………

Siyanoz: Yok …………Var………………………. Tanımlayınız…………………………………………………………………...

Tırnak rengi:……………………

Hemoptizi: Yok ……….Var………………………. Tanımlayınız…………………………………………………………………...

Solunum türü: Apne ( ) Bradipne ( ) Takipne ( ) Hiperpne ( ) Hipopne( ) Hiperventilasyon ( )

Hipoventilasyon ( ) Kusmual Solunum ( ) Cheyne-Stokes Solunum ( ) Dispne ( )

Hipoksi ( ) Anoksi ( )

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM:

Nabız Hızı: Radyal:………. /dk Apikal………../dk.

Nabız ritmi: Düzenli……………Düzensiz………....

Nabız volümü:……………………………………….

Kan Basıncı: Sol Kol…………………..mmHg Sağ kol……….....…………..mmHg

Pozisyon: ( ) Ayakta…………….mmHg ( ) Otururken…………….mmHg ( )Yatarken……………mmHg

Siyanoz: Hayır….Evet…..Yeri…………………………………………………………………………….........................................

**SUBJEKTİF**

Hasta bireyin solunum aktivitesine ilişkin öksürük, solunum sıkıntısı vb. gibi soru/sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (‘‘ ’’) belirtiniz.

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Birey bu aktivitede;**

## Bağımsız Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) Bağımlı

## 4. BESLENME

### OBJEKTİF

Boy:…………cm. Kilo:…………kg. Beden Kitle İndeksi…………….

Genel görünümü: Kaşektik( ) Zayıf ( ) Normal kilolu( ) Obez( )

Günlük öğün sayısı:……………………….

Beslenmede ağırlıklı olarak tercih ettiği besin grupları (hoşlandığı besinler; protein, karbonhidrat, yağdan zengin besinler):……………………

Son altı ayda kilo aldı mı? Evet (lütfen belirtiniz)……….Hayır…….Bilinmiyor……

Son altı ayda istemsiz kilo verdi mi? Evet (lütfen belirtiniz)….... Hayır..….Bilinmiyor…..

İştahını nasıl tanımlıyor? İyi….Yetersiz….Kötü…..

Herhangi bir diyet sınırlaması var mı? (Hastanın kendisinin uyguladığı / Hekimin önerdiği)Hayır…Evet...Tanımlayınız……….....

Bir günde ortalama ne kadar sıvı alıyor?.............................Su:…………bardak/gün Diğer:………………………………………...

Sevdiği ve sevmediği yiyecekleri tanımlayınız...................................................…………………………...…..............……..............

Aşağıdaki durumlarla ilgili bir sorunu var mı?

Bulantı: Hayır…..Evet….Tanımlayınız………....................…………………………………………………...................

Kusma: Hayır…..Evet….Tanımlayınız……………………........................……………………………………..............

Yutma: Hayır…..Evet….Tanımlayınız............................………………….......................................................................

Çiğneme: Hayır…..Evet….Tanımlayınız……………………………………………………......................………….........

Beslenme aktivitesini etkileyen/etkileyebilecek bir inancı var mı? Hayır…..Evet……Tanımlayınız.…………………….

Beslenme şekli: ( ) Oral ( ) Enteral ( ) Parenteral

Beslenmeyi Engelleyen Faktörler: ( ) Oral Lezyonlar ( ) Ameliyat ( )Yutma Güçlüğü ( ) Bilinç Durumu ( )Fiziksel Güçsüzlük

( ) Diğer………………………………

### SUBJEKTİF

Hasta bireyin beslenme aktivitesini etkileyen/alışkanlığını/tercihlerini etkileyen faktörleri kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (‘‘ ’’) belirtiniz.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Birey bu aktivitede;**

## Bağımsız Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) Bağımlı

## 5. BOŞALTIM

**OBJEKTİF**

**Bağırsak Boşaltımı:**

Boşaltım gereksinimini farketme: Hayır….Evet:…..Artma:…………..Azalma:……………….

Boşaltım aciliyetinde değişim: Hayır….Evet:…..Artma:…………..Azalma:……………….

Miktarda herhangi bir değişim: Hayır….Evet:…..Artma:…………..Azalma:……………….

Dışkılama alışkanlığında değişim oldu mu? Hayır….Evet:…….Artma:……Azalma:……

Dışkının özelliği:

Konstipasyon: Hayır….Evet…..Sıklık………………. Tanımlayınız ……………Süre:………..........................................................

Diyare: Hayır….Evet…..Sıklık………………. Tanımlayınız ……………Süre:……….....................................................................

Distansiyon: Hayır….Evet…..Sıklık………………. Tanımlayınız ……………Süre:……….............................................................

**SUBJEKTİF**

**Bağırsak Boşaltımı:**

Hasta bireyin bağırsak boşaltım alışkanlığındaki değişimi, karşılaştığı sorunları kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (‘‘ ’’) belirtiniz

.............................................................................................................................................................................................

**İdrar Boşaltımı:**

Boşaltım gereksinimini farketme: Hayır…. Evet…. Artma......….Azalma......….... Süre:……….........................................

Boşaltım aciliyetinde değişim: Hayır…. Evet…. Artma....….....Azalma............…. Süre:……….........................................

Miktarda herhangi bir değişim: Hayır…. Evet…. Artma........….Azalma...........…. Süre:……….........................................

Son bir ay içinde idrar alışkanlığında değişim oldu mu? Hayır….Evet:…….Artma:……Azalma:……Süre:…………….

İdrarın özelliği:

Sıklık (Kez/Gün)…….......... Azalma….............Artma…............................. ……………………………………………….

Miktarı……………….ml

Görünümü: Berrak….. Bulanık …..

Rengi: Amber/saman…… Koyu sarı….

Diğer sorunlar (ağrı, yanma vb):……………………………………………………………………………………………..

Retansiyon: Hayır….Evet….Tanımlayınız……………………………………………………………………………………………

**İdrar Boşaltımı:**

Bireyin idrar boşaltımı alışkanlığındaki değişimi, karşılaştığı sorunları kendi ifadeleri ile tırnak içinde (“ “) gösteriniz.

...........................................................................................................................................................................................................

**Birey bu aktivitede;**

## Bağımsız Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) Bağımlı

## 6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME

**OBJEKTİF**

**Hijyen Alışkanlıkları:**

- El yıkama: Sıklık…………Kullanılan Ürün:……………..Sorun: Hayır….Evet….Tanımlayınız………………………..

-Yüz temizliği: Sıklık…………Kullanılan Ürün:……………..Sorun: Hayır….Evet….Tanımlayınız………………………..

-Tırnak bakımı: Sıklık…………Kullanılan Ürün:……………..Sorun: Hayır….Evet….Tanımlayınız………………………..

-Ayak bakımı: Sıklık…………Kullanılan Ürün:……………..Sorun: Hayır….Evet….Tanımlayınız………………………..

-Saç banyosu: Sıklık…………Kullanılan Ürün:……………..Sorun: Hayır….Evet….Tanımlayınız………………………..

-Ayak banyosuSıklık…………Kullanılan Ürün:……………..Sorun: Hayır…..Evet…..Tanımlayınız……………………..

Tuvalet hijyeni: Kullanılan Ürün (tuvalet kağıdı, bez,ped vb.):…………...Sorun: Hayır….Evet….Tanımlayınız…………………..

Mensturasyon hijyeni: Kullanılan Ürün (tuvalet kağıdı, bez,ped vb.):…….Sorun: Hayır….Evet….Tanımlayınız…………………..

**Giyinme/Kuşanma Alışkanlıkları:** ()İnce……..( ) Kalın……..( ) Mevsimine uygun…………………………………………

Giyisilerin görünümü: Temiz………..Kirli……………….Tanımlayınız…………………………………………………….

Giyinme/soyunmada zorluk çekiyor mu?: Hayır….Evet……Tanımlayınız…………………………………………………………..

**- Deri Muayenesi:**

Sıcak….Soğuk….Nemli….Kuru……

Turgor: Normal..….Dehidrate….......Diğer.............….

Renk: Soluk…. Pembe…. Siyanotik…. Sarı…. Diğer..............

Basınç Yarası: Yeri:………………Büyüklüğü:…………………Görünümü:……………….Evresi:………………….....

Ödem: Yeri:……………………...Büyüklüğü:…………….........Görünümü:………………………………………………

Kızarıklık: Yeri:………………….Büyüklüğü:……………….....Görünümü:………………………………………………

Tanıladığınız Diğer Deri Sorunları/Lezyonları: Yeri:…………...Büyüklüğü:……………Görünümü:………………….....

**- Mukoz Membran:**

-**Ağız:** \* Nemli….Kuru…. Renk: Beyaz:………Soluk:………Pembe:……..Kırmızı:…………Siyanoze:…………

\* Diş: Sorun var mı? (çürük, dolgu, protez vb? ): Hayır…Evet…Tanımlayınız...………………….............

\* Diş Eti: Sorun var mı? (kızarıklık, kanama, çekilme vb.): Hayır…Evet…Tanımlayınız...………………….....

\* Dil: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, paslı, çatlak, beyaz vb.): Hayır…Evet…Tanımlayınız...…………………..

\* Dudak: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, çatlak, beyaz vb.): Hayır…Evet…Tanımlayınız...…………………….

**-Göz:** Kızarıklık, kaşıntı, akıntı vb. sorun var mı? Hayır…Evet…Tanımlayınız...………………………………….

**-Kulak:** kaşıntı, akıntı vb. sorun var mı? Hayır…Evet…Tanımlayınız...…………………………………………...

**-Burun:** Kızarıklık, tahriş vb. sorun var mı? Hayır…Evet…Tanımlayınız...……………………………………….

**-Tırnak:** Sararma, batma, enfeksiyon vb sorun var mı? Hayır…Evet…Tanımlayınız...…………………………....

**-Saç:** Sorun var mı? (kepek, kellik, bit vb.): Hayır…Evet…Tanımlayınız...…………………………………………

**-Ayak:** Sorun var mı? (kuruma, nasır, çatlama vb.): Hayır…Evet…Tanımlayınız...…………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BASINÇ YARASI RİSK FAKTÖRLERİ** | | | | | | | |
|  | Obezite |  | Ödem |  | Steroid kullanımı |  | Travma |
|  | Beslenme bozukluğu |  | Anemi |  | Hipertermi |  | Anoreksia |
|  | Diyabet |  | Hipotansiyon |  | Hipotermi |  | Serabro Vasküler Olay |
|  | Yaşlılık |  | Tüp ile beslenme |  | Yatağa bağımlılık |  | Periferik vasküler hastalık |
|  | Zayıflık |  | Hareket kısıtlığı |  | Büyük ameliyat |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BASINÇ YARASI RİSKİNİ DEĞERLENDİRME (NORTON SKALASI)** | | | | | | | | | | |
| Fiziksel durum | Puan | Mental durum | Puan | Aktivite | Puan | Mobilite | Puan | İnkontinans | Puan | TOPLAM |
| İyi | 4 | Açık/ Uyanık | 4 | Yürüyor | 4 | Tam | 4 | Yok | 4 |  |
| Orta | 3 | Apatik-İlgisiz | 3 | Yardımla yürüyor | 3 | Sınırlı | 3 | Bazen | 3 |  |
| Kötü | 2 | Konfüze | 2 | Sandalyeye bağımlı | 2 | Çok sınırlı | 2 | Genellikle idrar | 2 |  |
| Çok kötü | 1 | Stupor | 1 | Yatağa bağımlı | 1 | Hareketsiz | 1 | İdrar ve gaita | 1 |  |
| **RİSK ÖLÇÜMÜ** | | | **PUANLAMA** | | | **YAPILMASI GEREKEN FAALİYETLER** | | | | |
| Risk yok | | | 12 ve üzeri | | | Haftada bir kez basınç yarası riskini yeniden değerlendirin. Basınç yarasını önlemeye yönelik girişimlere devam edin. | | | | |
| Yüksek Risk | | | 1-11 | | | Hergün basınç yarası riskini yeniden değerlendirin. . Basınç yarasını önlemeye yönelik girişimlere devam edin. | | | | |

### SUBJEKTİF

Hasta bireyin kişisel temizlik ve giyinme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (‘‘ ’’) belirtiniz.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Birey bu aktivitede;**

## Bağımsız Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) Bağımlı

## 7.VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ

## OBJEKTIF

Ortam sıcaklığı tercihi: Sıcak…….. Normal (Ilık)………..Soğuk………….

Hastane ortamı dışında (ev gibi) kendi vücut sıcaklığını kontrol ediyor mu?: Evet:………Hayır:……...............

Birey, vücut sıcaklığının normal aralıklarını biliyor mu? Biliyor:………..Bilmiyor:………………………………….......

Vücut sıcaklığı:…….OC; Oral…..Rektal…..Aksillar……Timpanik……..Temporal……….

Hasta ortam/çevre sıcaklığına uygun giysiler giymiş miydi?Evet….Hayır….Tanımlayınız…………….............................................

### SUBJEKTİF

Hasta bireyin beden sıcaklığını kontrolü aktivitesine ilişkin soru/sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (‘‘ ’’) belirtiniz

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Birey bu aktivitede;**

## Bağımsız Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) Bağımlı

## 8. HAREKET

## OBJEKTİF

Genel yaşam tarzınız: Aktif….Sedanter (Sakin)…..........................................................................................................

Harekette zorlanma: Hayır…. Evet…. Tanımlayınız (zamanı, yeri )……….................................................................………………

Hareket ederken vücut mekaniğine dikkat ediyor mu? Evet………..Hayır………………………………………………………….

Hareket etmesini engelleyen herhangi bir fiziksel/mental engeli var mı? Hayır……..Evet………Tanımlayınız……………………………

Düzenli olarak egzersiz/spor yapıyor mu? (yürüyüş, yüzme vb.) Hayır…Evet…Tanımlayınız………................................................

Yorgunluk hali: Hayır…. Evet…. Tanımlayınız (süresi, zamanı)……….................................................................………………....

Hareketine yardımcı araç/gereç kullanıyor mu? ? Hayır……..Evet………Tanımlayınız…………………………………………….

Ekstremite kaybı: Hayır…. Evet…..Yeri…………………………………………………………………….......................................

Hasta kendi kendine kolaylıkla hareket edebiliyor mu?(Dönme, Yürüme) Evet….Hayır….Sınırlamaları Tanımlayınız…….............

.................................................................................................................................................................................................................

Denge: Normal……Ayakta duramama……Sendeleme…….Tanımlayınız…………………………………………………………..

Postür: Normal….Kifoz….Lordoz….Diğer:..........................................................................................................................................

Doğru vücut postürü sağlamak için kullanılan araç-gereçler? Hayır……….Evet………Tanımlayınız.…………………………….

Şekil bozukluğu (kontraktür, eklem kısıtlılığı, çekilme, kasılma vb) Hayır….Evet…. Yeri……Tanımlayınız………………….......

Hasta bireyin hareket etmesine yardımcı araçlar: (atak Kenarlıkları, Trapez, Çengel, Yürüyüş Kemeri, Kaydırma Tahtası, Kaldıraç, Asansör, Çarşaf, Sıra, Kum Torbaları, Trokanter Rulolar, Walker, Koltuk Değneği,vb.): Hayır…….

Evet………Tanımlayınız..............

Hasta bireyin hareketini destekleyen yardımcı araçlar: (Baston, koltuk değneği, yürüteç, vb.) Hayır..Evet…Tanımlayınız………..

Hastaya uygulanan egzersiz türü? İzotonik egzersiz………..İzometrik egzersiz……….İzokinetik egzersiz……………………......

Hareket sırasında güvenlik önlemlerinin (yatak kenarlığı, tespit ediciler vb.) alınmasına gereksinim var mı? Hayır……….Evet………Tanımlayınız.……………………………………..

Dinlenme sırasında basınç bölgelerinin desteklenmesi gerekir mi? Hayır…….Evet…………Tanımlayınız……………

Tremor: Hayır….Evet….Tanımlayınız………………………………………………………………………......................................

Traksiyon / Alçı / Splint/Korse/Boyunluk Varlığı: Hayır….Evet…. Tanımlayınız…………………………………….......................

Paralizi Varlığı: Hayır…. Evet….Yeri…………………………………………………………………...............................................

## Fizik tedavi alıyor mu?: Hayır……………………………………..Evet:………………………………………………………

**SUBJEKTİF**

Hasta bireyin hareket aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak yazarak (‘‘ ’’) içinde belirtiniz.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Birey bu aktivitede;**

## Bağımsız Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) Bağımlı

## 9. ÇALIŞMA VE EĞLENME

**OBJEKTİF**

Geliri gider durumu ( ) Gelir gidere eşit ( ) Geliri giderinden az ( ) Geliri giderinden fazla

Çalışma durumu:…..…………………saat/gün………………

Boş zamanlarını değerlendirme biçimi:………………………………………………………………………………………………..

Son bir aydır sağlık sorununa bağlı olarak normal günlük işleri aksadı mı?(Ev İşi, Çalışma Hayatı): Hayır…..Biraz…..Evet……....

Son bir aydır fiziksel sağlığı ve ruhsal sorunları sosyal aktivitelerini/hobilerini engelledi mi? Hayır….Evet..... Tanımlayınız……...

Çalışıyorsa, son 6 aydır sağlığı yüzünden işe gidemediği oldu mu? Hayır…Evet….. Kaç Gün:…….…….........................................

Boş zamanlarını değerlendirme biçimi:………………………………………………………………………………………………..

**SUBJEKTİF**

Hasta bireyin çalışma ve eğlenme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak yazarak içinde yazarak (‘‘ ’’) belirtiniz.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Birey bu aktivitede;**

## Bağımsız Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) Bağımlı

## 10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME

**OBJEKTİF**:

Genel görünümü kimliği ile uyumlu mu: Evet….Hayır…Tanımlayınız…………….

Görüşmede soruları cevaplama durumu: ( ) Girişken……….( ) Çekingen………..( ) Utangaç…………( ) Saldırgan…………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KADIN**  **-**Düzenli meme muayenesi: Yapıyor..............yapmıyor......Bilmiyor...................  -Menstruasyon siklüsü: Düzenli……Düzensiz...... Sıklığı……...  -Kullandığı ürünün (ped, bez vb.) gün içindeki sayısı ………….  -Menstruasyon öncesinde yaşadığınız sorunlar var mı: Hayır…….Evet…………Tanımlayınız…………………  -Menstruasyon sırasında yaşadığınız sorunlar: Ağrı ( ) Aşırı kanama ( ) Halsizlik ( ) Bulantı/kusma ( )  -Menopoza girdi mi? Evet……Hayır……  -Menopoza girdi ise ne zaman? (yıl)………………… | | |
|  |  |  |

### SUBJEKTİF

Hasta bireyin cinselliği ifade etme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (‘‘ ’’) belirtiniz.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Birey bu aktivitede;**

## Bağımsız Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) Bağımlı

## 11. UYKU VE DİNLENME

**OBJEKTİF**

Genel uyku alışkanlıkları: Gece…………….St/Gün…………Gündüz………………St/Gün.

Şekerleme: Hayır….Evet….Zamanı ve süresi…………………………………....................................................................................

Kendini dinlenmiş hissediyor mu? Hayır….Evet….Tanımlayınız………………………………….....................................................

Gün boyunca uyku hali var mı? Hayır…..Evet…..... Tanımlayınız…………………………………...................................................

Uyurken kaç yastık kullanır?:……………………………………………………………………....................................................

Uykuyu sağlamak için kullandığı metodları tanımlayınız (süt içme, müzik dinleme, kitap okuma, sessiz ortam, tv seyretme vb.): …………………………………............................................................................................................................................................

Hastanede kalışı süresince uyku hijyeni ile ilgili bir değişiklik oldu mu?

-Uykuya dalmada güçlük: Hayır…. Evet….. Nedeni…………………………………………………

-Sabah çok erken uyanma: Hayır…. Evet…. Nedeni……………………….………………………..

-Sık sık uyanma: Hayır…. Evet…. Nedeni…………………………….…………………...

-Uykusuzluk: Hayır…. Evet…. Nedeni……………………………….………………..

-Dinlenememe: Hayır…. Evet…. Nedeni…………………………………………..…….

Ağrı, hareket güçlüğü , sık idrara çıkma gibi bireyin uykusunu etkileyen biyo-fizyolojik faktörler var mı?

Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………

Korku, stres, kaygı gibi bireyin uykusunu etkileyen duygusal faktörler var mı?

Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:……………

Gürültü, ışık, ısı, hastanede kahvaltı saatleri, tedavi saatleri, tedavi için kullanılan araç-gereçler gibi uykusunu etkileyen çevresel faktörler var mı? Hayır......................Evet..........................................Tanımlayınız:…………………………………

## SUBJEKTIF

Hasta bireyin uyku ve dinlenme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını, etkileyen faktörleri kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (‘‘ ’’) belirtiniz.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Birey bu aktivitede;**

## Bağımsız Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) Bağımlı

**Lütfen klinik deneyiminize ilişkin planladığınız bakımı açıklamak için gerekli olan ifadeleri yanıtlayınız.**

* **Bu hastanıza planladığınız bakımda belirlediğiniz öncelikler nelerdir? Gerekçesi ile birlikte kendi ifadelerinizle yazınız**
* **İhtiyacı olan eğitim konuları ve içerikleri:**

**TABURCULUK PLANI**

* **Öğrenim Gereksinimleri ve içerikleri:**
* **Bakım gereksinimleri/kimin destek olacağı:**
* **Ev/Aile durumu&gereksinimler:**
* **Diğer Konular (taşıma, sağlık güvencesi, gelir, çocuk bakımı vb…)**

**KAYNAKÇA**