

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

GENEL BİLGİLER

Hastanın Adı-Soyadı:

Yaşı:

Eğitim Durumu / Mesleği:

Sağlık sigortası:

Tamısı:

Yapılan Ameliyat (Şu an yatmış olduğu klinikte cerrahi işlem uygulandıysa):

Ameliyat öncesi dönemde ise; hazırlık yapıldı mı? () Hayır () Evet, açıklayınız:.....

Anestezi Tipi nedir?.....

Ameliyat oldu ise ameliyat sonrası (post op.) kaçınıcı günde izleniyor?.....

Ameliyat oldu ise ameliyat sonrasında komplikasyon gelişme durumu (Kanama, yara yeri enfeksiyonu vb.) var mı?

() Hayır () Evet, açıklayınız.....

Alerjisi (Besin vb.) var mı? () Hayır () Evet, açıklayınız.....

1- SAĞLIĞIN ALGILANMASI – SAĞLIĞIN YÖNETİMİ BİÇİMİ

Başlıca yakınmaları : () Kusma () Bulantı () İştahsızlık () Kilo kaybı () Ağrı (Puan):..... () İshal () Kabızlık
() Hipertermi () Dispne () Yorgunluk () Palpitasyon () Hipotansiyon () Hipertansiyon () Hipoglisemi
() Hiperglisemi () Baş dönmesi () Diğer, açıklayınız:.....

Kliniğe geliş şekli : () Poliklinikten () Acilden () Yoğun bakımdan () Ameliyathaneden () Başka klinikten () Diğer

Hastaneye yatış tarihi :

Planlanan-Uygulanan Girişim/İşlem:

Daha önce hastaneye yatma durumu : () Hayır () Evet, açıklayınız:.....

| Daha Önce Hastaneye Yatış Nedeni | Daha Önce Hastaneye Yatış Tarihi | Daha Önce Hastanede Kalış Süresi | Daha Önce Hastanede Yatış Sonucu |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | | | |

| Soy geçmişinde var olan hastalıklar | Yakınlık Derecesi (Anne, baba vb.) |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| () Özellik Yok | |
| () DM | |
| () Hipertansiyon | |
| () Kanser | |
| () KOAH | |
| () Diğer | |

Geçmişte ve halen var olan sağlık arayışı davranışları ve koruyucu uygulamalar:

- Düzenli spor yapıyor Düzenli ve dengeli besleniyor Hasta olduğunda hastaneye gidiyor Testis muayenesi yaptırıyor
 Hastayken evdeki/yakınlarının verdiği ilaçları kullanıyor Mamografi / Kendi kendine meme muayenesi yapıyor
 Düzenli diş muayenesi yaptırıyor Check-up/ pap smear/ Jinekolojik muayene/kemik dansite ölçümü vb. düzenli kontrol yaptırıyor Diğer, açıklayınız:.....

Sağlık kontrolleri yaptırma : Düzenli Kısmen Düzenli Düzensiz Yaptırmıyor

Sigara : Kullanmamış Kullanıyorpaket/gün **Bırakıldı ise bırakma tarihi:**.....

Alkol : Kullanmamış Kullanıyormiktar/gün/hafta **Bırakıldı ise bırakma tarihi:**.....

Madde / İlaç kötüye kullanım: Hayır Evet **Bırakıldı ise bırakma tarihi:**.....

Hastanede Uygulanan İlaç Tedavisi

| No | İlacın Adı | Dozu | Sıklığı | Verileceği Saatler | Verilme Nedeni | Olası Yan Etkileri | Etki Mekanizması |
|----|------------|------|---------|--------------------|----------------|--------------------|------------------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

Hasta, verilen ilaç tedavisi ya da diğer tedavilere (Diyet, egzersiz vb.) uyum sağlıyor mu?

() Evet

() Hayır, açıklayınız:.....

Evde Düzenli Kullanıp Hastanede Kullanımına Devam Ettiği İlaç Tedavisi

| No | İlacın Adı | Dozu | Sıklığı | Verileceği Saatler | Verilme Nedeni | Olası Yan Etkileri | Etki Mekanizması |
|----|------------|------|---------|--------------------|----------------|--------------------|------------------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |

*Tablolara sığmayan bölümleri alttaki boşluğa yazabilirsiniz!

Hastanın kendisine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı? () Hayır () Evet, açıklayınız:.....

Yaralanmaya neden olacak risk faktörleri: () İşitme cihazı olmasına rağmen kullanılmaması () Alçı, atel olması

() Gözlük olmasına rağmen kullanılmaması () Ekstremitede yara olması (Diyabetik ayak, ödem nedeniyle vb.) :.....

() Yürümeye yardımcı araç kullanımı () Baş dönmesi olması () Denge problemi olması () Çoklu ilaç kullanımı

() Diğer, açıklayınız:.....

DÜŞME DEĞERLENDİRME

İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ (17 YAŞ ve ÜZERİ HASTA İÇİN)

Değerlendirme Gereçesi ve Numarası:

1. İlk değerlendirme 2. Post-operatif Dönem 3. Hasta Düşmesi 4. Bölüm Değişikliği 5. Durum değişikliği

| Risk Faktörleri | | Değerlendirme gereçesi ()/...../..... | Değerlendirme gereçesi ()/...../..... |
|--|--|--|--|
| Minör Risk Faktörleri | 65 yaş ve üstü | 1 | 1 |
| | Bilinci kapalı | 1 | 1 |
| | Son 1 ay içinde düşme öyküsü var | 1 | 1 |
| | *Kronik hastalık öyküsü var | 1 | 1 |
| | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var. | 1 | 1 |
| | Üriner/fekal kontinans bozukluğu var | 1 | 1 |
| | Görme durumu zayıf | 1 | 1 |
| | 4'ten fazla ilaç kullanımı var | 1 | 1 |
| | **Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var | 1 | 1 |
| | Yatak korkulukları yok/çalışmıyor | 1 | 1 |
| Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var | 1 | 1 | |
| Majör Risk Faktörleri | Bilinç açık, koopere değil | 5 | 5 |
| | Ayakta/yürürken denge problemi var | 5 | 5 |
| | Baş dönmesi var | 5 | 5 |
| | Ortostatik hipotansiyonu var | 5 | 5 |
| | Görme engeli var | 5 | 5 |
| | Bedensel engeli var | 5 | 5 |
| | Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var | 5 | 5 |
| | *** Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var | 5 | 5 |
| TOPLAM PUAN | | | |

Değerlendirmeyi Yapan Stajyer Öğrenci

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU

| | |
|--------------------|--|
| DÜŞÜK RİSK | Toplam puanı 5'in altında |
| YÜKSEK RİSK | Toplam puanı 5 ve üstünde (Düşme figürünü kullanınız) |

İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ BİLGİLENDİRME TABLOSU

| *Kronik Hastalıklar | ** Ekipmanlar | *** Riskli İlaçlar |
|-------------------------------|----------------|---|
| Hipertansiyon | IV İnfüzyon | Psikotropolar, Narkotik Analjezikler, Narkotikler |
| Sindirim Sistemi Hastalıkları | Kalıcı Kateter | Antikoagülanlar, Kan Basıncını Düzenleyen İlaçlar |
| Solunum Sistemi Hastalıkları | Perfüzator | Nöroepileptikler, Benzodiazepinler |
| Dolaşım Sistemi Hastalıkları | Göğüs Tüpü | Diüretikler |
| Nörolojik Hastalıklar | Dren | Laksatifler |
| Depresyon | Solunum Cihazı | Antidiyabetikler |
| Diyabet | Pacemaker vb. | Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) |
| Artrit | | |
| Paralizi | | |
| Diğer | | |

2-BESLENME VE METABOLİK DURUM

Boy : Kilo : BKİ : kg/m²

BKİ değerlendirme: () Zayıf () Normal () Fazla kilolu () Obez

Son 6 aydaki kilo değişimi (kilo alma ve kilo verme durumu):

() Hayır () Evet, açıklayınız:.....

Beslenme durumu / Diyeti: () Kendisi besleniyor () Yardıma gereksinimi var () NPO () R1 Diyet () R2 Diyet

() R3 Diyet () İştahta Azalma () İştahta Artma () Distansiyon () Tat ve koku algısında değişim () Bulantı veya kusma

() Dişlerde çürük / eksik olması () Diyet kısıtlamaları () NG/Gastrostomi/Jejunostomi : **Gün**

Parenteral : () Diğer (Demir, kalsiyum vb. alımı) :

Günlük öğün sayısı : Ana Öğün : Ara Öğün :

Günlük alınan miktar: Oral ml (1 su bardağı 200 ml) NG/PEG.....ml IV.....ml (Tedaviler de dahil)

Hastanızın (8-16 saatleri arasındaki) aldığı toplam miktar:.....ml

Oral mukoz membran değerlendirme: () Pembe ve nemli () Kuru () Kanama () Ağız kokusu

Oral mukoz membran aşağıdaki ölçüğe göre değerlendirip işaretleyiniz.

| ORAL MUKOZ MEMBRAN DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ | Grade 0 () | Problem yok |
|---|-------------|---|
| | Grade 1 () | Oral mukozada hassasiyet/irritasyon var. Ülserasyon yok. Ağrı olabilir/olmayabilir. Yemek yiyebilir. |
| | Grade 2 () | Oral mukozada ülserasyon, eritem, ağrı mevcut. Katı gıdaları yutabilir. |
| | Grade 3 () | Oral mukozada ülserasyon geniş eritemlerle ağrı var. Katı gıdaları yutmakta güçlük çeker, yalnızca sıvı gıdalar alabilir. |
| | Grade 4 () | Oral mukozada yaygın ülserasyon, eritemler ve ağrı nedeniyle yutma yok. Parenteral/NG tüp ile besleniyor. |

Cilt bütünlüğü değerlendirme: () Normal () Kuru () Nemli/Terli () Kızarıklık () Siyanotik () Soğuk () Sıcak () Soluk

() Sarılık () Peteşi () Purpura () Ekimoz () Hematom () Kaşıntı () Lezyon () Skar Bölgesi:.....

() İnsizyon Bölgesi:.....Diğer :

Cilt bütünlüğünde bozulma olan bölgeyi yazınız:.....

BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16'dan az olması basınç yaralanma riskini gösterir)

| Duyu / algı | Nem | Aktivite | Hareketlilik | Beslenme | Sürtünme | Toplam |
|-----------------|----------------|------------------|---------------|----------|---------------|--------|
| Tamamen sınırlı | Sürekli nemli | Yatağa bağımlı | İmmobil | Çok kötü | Problem | 1 |
| Çok sınırlı | Çok nemli | Sandalye | Çok sınırlı | Yetersiz | Olası problem | 2 |
| Hafif sınırlı | Ara sıra nemli | Ara sıra yürüyor | Hafif sınırlı | Yeterli | Problem yok | 3 |
| Bozulma yok | Nadiren nemli | Sık sık yürüyor | Sınırlama yok | Çok iyi | Bozulma yok | 4 |

Basınç Yaralanması () Varsa Yeri :Evresi : () Evre I () Evre II () Evre III () Evre IV

BASINÇ YARALANMASI SINIFLANDIRMA

| | | | |
|---------|---|----------|--|
| EVRE I | Bölge kızarıklık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibldir. | EVRE III | Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir. |
| EVRE II | Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir. | EVRE IV | Kas ya da kemikleri de tutan ülserdir. |

Cihaza bağlı basınç yaralanması riski var mı? () Yok () Var; ise açıklayınız:.....

| GİRİŞİMLER | NO | BÖLGE | GÜN | PANSUMAN GÜNÜ |
|-----------------------|----|-------|-----|---------------------|
| Periferik Damar Yolu | | | | |
| Santral Venöz Kateter | | | | |
| Port İğnesi | | | | |
| Hemodiyaliz Kateteri | | | | |
| Dren | | | | |
| Göğüs tüpü | | | | |
| GİRİŞİMLER | NO | | GÜN | PANSUMAN/BAKIM GÜNÜ |
| Maske | | | | |
| Nazal Kanül | | | | |
| Ng Sonda | | | | |
| Foley Sonda | | | | |
| Diğer | | | | |

| *IV BÖLGE DEĞERLENDİRME: Sorun yok ise 0, Flebit ise "F", İnfiltrasyon ise "İ" ve derecesi ile birlikte yazılacaktır. Örnek: F1 veya İ4 | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--------|--------------------------------|---|--|---|
| | I. Derece | II. Derece | III. Derece | IV. Derece | | I. Derece | II. Derece | III. Derece | IV. Derece |
| Infiltrasyon | Kateter giriş (KG) bölgesinde ağrı +/- Cilt solgun, Dokunma ile soğuk, 2,5 cm'den < ödem | KG bölgesinde ağrı +/- Cilt solgun, Dokunma ile soğuk, 2,5-15 cm ödem | KG bölgesinde uyuma Hafif / orta derecede ağrı, Cilt solgun ve yanı gedirgen, Dokunma ile soğuk, 15 cm'den > yaygın ödem | KG bölgesinde orta / ciddi derecede ağrı, Cilt solgun, gergin, morarmış ve şişmiş, Sızıntı mevcut, dokunma ile soğuk, 15 cm'den > gode bırakan ödem, Dolaşım bozukluğu, Kan ürünü, vezikant veya iritan lağarı infiltrasyonu | Flebit | KG yerinde eritem, Ağrı +/- | KG yerinde eritem, Ağrı +, Ödem +/- | KG yerinde eritem, Ağrı +, Ödem +/-, Damar (Ven) trasesi boyunca kızamık, Palpabl venöz kord (sertlik) | KG yerinde eritem, Ağrı +, Ödem +/-, Damar (Ven) trasesi boyunca kızamık Palpabl venöz kord (sertlik) > 2,5 cm Pürülan drenaj |

Hastanızın IV bölge değerlendirmesini yukarıdaki tabloya göre yapınız:

Deri turgoru : () Normal () Azalmış/Dehidrate

Ödem : () Yok () Var, bölgesini belirtiniz:


Ödem değerlendirme: () Gode bırakmıyor () +1 [0-15] sn () +2 [15-30 sn] () +3 [30-45 sn] () +4 [45 sn ve üstü]

3- BOŞALTIM ŞEKLİ

Bağırsak alışkanlıkları: () Normal () Ostomi: Torba değişim:/gün () Alt Bezi: Sıklığı :/gün () Konstipasyon




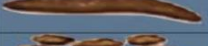



() İnkontinans (fekal) () Diyare () Melena () Laksatif Kullanımı : Son Defekasyon Tarihi :

Bağırsak seslerini dinledikten sonra kadrnlara yazınız ve değerlendirmesini yapınız.

| | | |
|---|----------------|---|
|  | () Hipoaktif | 15-30 saniyede bir/dakikada 5'in altında yumuşak bir ses |
| | () Normoaktif | 5-15 saniyede bir/dakikada 5-10 arasında |
| | () Hiperaktif | 5 saniyede 1 ya da sürekli/ dakikada 11 üzerinde yüksek frekanslı gürültülü bir ses |

Mesane alışkanlıkları : () Normal: **Sıklığı**..... kez/gün () Foley sonda:..... ml/gün () Alt bezi: **Sıklığı**.....bez/gün
() Nefrostomi:..... ml/gün () Sistostomi: ml/gün () Üreterostomi:..... ml/gün
Rengi:..... () Hematüri () Anüri () Oligüri () Poliüri () Pollaküri () Noktüri () Dizüri () Ürostomi
() İnkontinans (üriner) () Diyaliz () **Diüretik Kullanımı** :.....
Terleme, koku sorunu: () Var () Yok
Günlük çıkan miktar (8-16): Kusma:.....ml/kez **İdrar:**..... ml **Dren:**.....ml **Defekasyon:**.....kez/bez
Hastanızın staj süresinde (8-16 saatleri arasındaki) balansı:.....
Hastanızın bir önceki gününün toplam balansı (24 saatlik):.....

Bristol gaita tablosunda hastanızın gaita tipini işaretleyiniz (Hastanıza ölçeği gösterip uygun olanı işaretlemesini sağlayınız).

| | | | | |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------|-----|
|  | Tip 1 | Keçi pisi gibi | Aşırı kabız | () |
|  | Tip 2 | Yumrulu, pütürlü sosis | Hafif kabız | () |
|  | Tip 3 | Çatlaklara sahip sosis | Normal | () |
|  | Tip 4 | Düzgün, yılan gibi ve yumuşak | Normal | () |
|  | Tip 5 | Yumuşak parçalar | Lifsiz | () |
|  | Tip 6 | Lapa şeklinde parçalar | İnflamasyon | () |
|  | Tip 7 | Su gibi | İnflamasyon | () |

4- AKTİVİTE EGZERSİZ ŞEKLİ

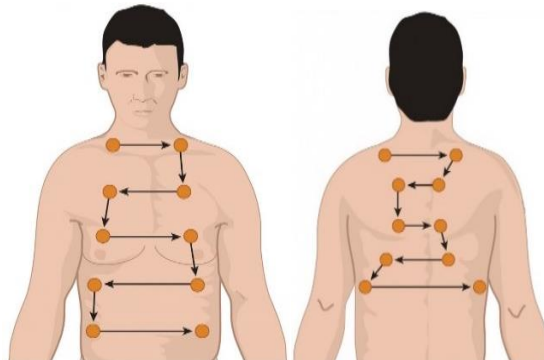
Solunum (Dispne, Öksürme- Balgam - Siyanoz, Solunum Sesleri vb.) Değerlendirilmesi

Solunum sayısı:.....

Solunum niteliği: () Düzenli () Düzensiz () Dispne () Ortopne () Siyanoz () Apne () Bradipne () Taşipne () Hiperventilasyon
() Hipoventilasyon () Cheyne-Stoke's Solunum () Kussmaul Solunum () Biot Solunum () Hipopne () Hiperpne

Solunum sesleri : () Her iki hemitoraks eşit havalanıyor () Raller () Ronküs () Wheezing () Stridor

Patolojik akciğer sesi dinlediyseniz aşağıdaki şekiller üzerinde bölgeyi işaretleyiniz.



Öksürük: () Hayır () Evet, açıklayınız [kuru öksürük, sekresyonlu vb.] :

Sekresyon: () Hayır () Mukoid () Pürülan () Mukopürülan () Hemoptizi

Oksijen kullanımı : () Hayır () Evet, açıklayınız :lt/dk (Maske/ Nazal kanül vb) () Trakeostomi () Entübasyon
() Non-invaziv Solunum Desteği

Solunum ile ağrı : () Hayır () Evet (Puan: 0 - 10):.....

Nabız (Hız, ritm, dolgunluk) Değerlendirilmesi

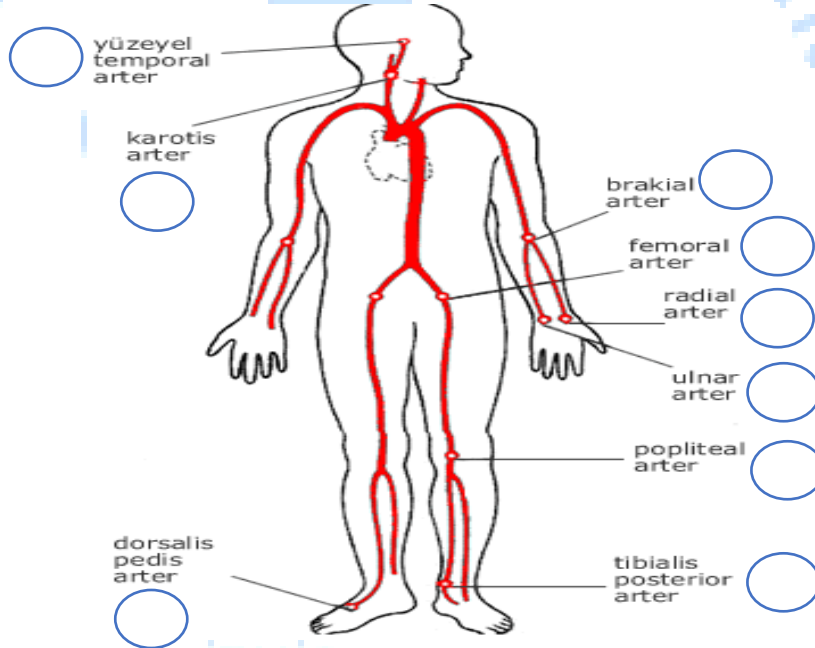
Kalp atım ritmi: () Ritmik () Aritmik

Kapiller dolum: () $\leq 2,5$ sn, () $> 2,5$ sn

Nabız dolgunluk derecesini işaretleyiniz.

| | |
|------|--|
| + | Palpe edilebilir (palpable) ama sayılmıyor. |
| ++ | Zayıf, zor sayılır. |
| +++ | Normal |
| ++++ | Dolgun ve sıçrayıcı tarzda, gözle görünebilir. |

Periferal nabız bölgelerindeki nabız hızlarını değerlendirip yazınız



Boyun venlerinde dolgunluk: () Hayır () Evet

Hız: () Normal () Taşikardi () Bradikardi () Palpitasyon () Filiform

Kan basıncı: () Normal () Hipertansiyon () Hipotansiyon () Ortostatik Hipotansiyon () Siyanoz
() Göğüs ağrısı () Senkop () Varis () Pulmoner Hipertansiyon () Diğer:.....

Beden Sıcaklığı ve Bakılma Yolu (Timpanik vb.):

Aşağıda verilen faaliyetleri yapabilmeye yeteneğini algılama (Düzeyi kodlayın)

| Beslenme | 0 - I - II - III - IV | Düzyer Belirleme Kodları Düzyer 0: Kendi kendine tam bakıyor Düzyer I: Araç-gerece gereksinim duyuyor Düzyer II: Bir başka kişinin denetiminde (yardımcı gereksinimi var) Düzyer III: Bir başka kişinin denetiminde ya da yardımcı araç gerece gereksinim duyuyor Düzyer IV: Bağımlı ve katkıda bulunmuyor. |
|--------------------------|-----------------------|--|
| Banyo yapma | 0 - I - II - III - IV | |
| Tuvalete gitme | 0 - I - II - III - IV | |
| Yatak hareketi | 0 - I - II - III - IV | |
| Giyinme | 0 - I - II - III - IV | |
| Kendine çeki düzen verme | 0 - I - II - III - IV | |
| Genel hareket | 0 - I - II - III - IV | |
| Yemek işlerini yürütme | 0 - I - II - III - IV | |
| Ev işlerini yürütme | 0 - I - II - III - IV | |
| Alışveriş | 0 - I - II - III - IV | |

5- UYKU- İSTİRAHAT ŞEKLİ

Genel Uyku Alışkanlıkları : Normal Uyku Süresi : Uyuma Zamanı :
Uyku Sonrası Dinlenmiş Hissetme: () Dinlenmiş hissediyor () Dinlenmiş hissetmiyor **Puan (0 - 10):**.....
Gündüz Uyuma: () Var () Yok Sık Uyanma : () Yok () Var (Sık idrara çıkma, ağrı vb.) :
Erken Uyanma : () Yok () Var (Gürültü, tedavi saatleri vb.) :
Uyku sürecinde değişim varsa nedenleri ve sonuçları:
Uyumayı Kolaylaştırıcı Yöntemlerin Kullanımı : () İlaç Kullanımı (türü, dozu, sıklığı) : () Banyo Yapma
() Kitap Okuma () Müzik Dinleme () Diğer:.....

6- BİLİŞSEL -ALGILAMA ŞEKLİ

Görme: () Gözlük Kullanıyor () Gözlük Kullanmıyor () Hipermetropi, () Miyopi () Astigmatizm () Kızarıklık () Yanma/Batma
() Kaşıntı () Akıntı () Nistagmus () Diplopi () Pitozis () Katarakt () Sorun Yok
Burun : () Akıntı () Epistaksis () Koku almada azalma () Defekt () Tıkanma () Sorun Yok
Tat Alma Duyusunda Bozulma : () Yok () Var :
Kulaklar : () Sorun Yok () Akıntı () Çınlama () Şekil bozukluğu () Kaşıntı () İşitme problemi, varsa açıklayınız :
Duyu kontrolü : () Normal () His kaybı () Uyuşma/karınalanma () Sıcak/Soğuk İntoleransı
Bacak kasları kullanımı (Sağ/Sol) : () Paralizi () Paraestezi () Hemipleji () Parapleji () Quatripleji
Belleği - Son günlerde herhangi bir değişiklik var mı : () Yok () Var

Hastanızda bilinç değerlendirmesini skalaya göre yaptıktan sonra işaretleyiniz.

GLASGOW KOMA SKALASI

| Göz Açma | Motor Yanıt | Sözel Yanıt |
|-------------------------------|----------------|-------------|
| Yok | 1 | 1 |
| Ağrılı uyarılara yanıt olarak | 2 | 2 |
| Konuşmaya yanıt olarak | 3 | 3 |
| Kendiliğinden | 4 | 4 |
| | Lokalize edici | 5 |
| | İstemli | 6 |

Toplam puan: () 3-8 puan Koma () 8-9 puan Stupor () 10-11 puan Laterji () 12-13 puan Konfüzyon
() 13-14 puan Deliryum ve Hafif Nörolojik Hasar () 15 puan Bilinçli

Işık Refleksi : Sağ : +/- Sol : +/-

Pupil büyüklüğü : () İzokorik () Anizokorik () Miyozis () Midriyazis

Değerlendirmede verdiğiniz kelimeleri ve değerlendirme şeklinizi yazınız. Her bellek tipini değerlendiriniz.

Anlık bellek (3-5 kelime verilir, ardından tekrar etmesi istenir):

Kısa bellek [4 sözcük verilerek (Elma, kalem, ayna, hemşire vb.), bu sözcükleri aklında tutması istenir, 5 dakika sonra tekrar aynı sözcükleri söylemesi istenir]:

Uzak bellek (Doğrulanabilir veya herkes tarafından açıkça bilinen geçmiş olaylar hakkında sorular sorulabilir. Cumhuriyetin ilanı vb. Kültür ve eğitim düzeyine dikkat etmek gerekir) :

Konsantre olma / dikkatini toplama yeteneği: () Var () Yok:.....

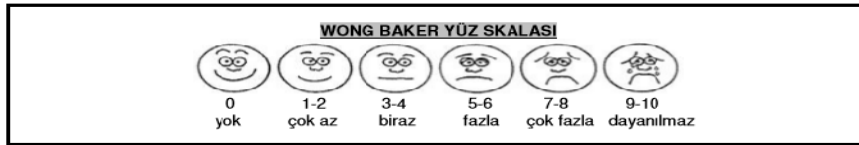
Karar verme: () Kendisi karar veriyor () Yakını karar veriyor

En kolay öğrenme şekli: () Görsel () İşitsel () Kinestetik

Hastanın şu anda ağrısı var mı ? : () Yok () Var **Ağrı yeri:**.....**Ne zaman başladı?:**.....

Niteliği: 1. Kramp 2. Yanıcı 3. Batıcı 4. Spazm 5. Zonklayıcı 6. Baskı verici 7. Ezici/sıkıştırıcı

Şu andaki ağrı şiddetini skala üzerinde işaretleyiniz



| | | | | |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Değerlendirme | Ağrı yok; 24 saatte bir kez | Hafif Ağrı: 6 saate bir | Orta şiddetli Ağrı: Saatte bir | Şiddetli Ağrı: Yarım saatte bir |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|--|

Bulduğunuz ağrı puanına göre değerlendirmenizi planlayınız ve tekrar değerlendiriniz. Kontrol ağrı puanı:.....

Ağrıyı arttıran faktörler (Korku, cihaz vb.):

Ağrıyı azaltan faktörler (Konuşmak) :

Ağrı ile nasıl baş ediyor?: () Non-farmakolojik Tedavi:.....

() Farmakolojik Tedavi (Analjezik kullanıyorsa yazınız).....

7- KENDİNİ ALGILAMA, KENDİNİ KAVRAMA ŞEKLİ

Sağlık durumunu algılayışı : () Sağlığım benim için önemlidir () Sağlığımıdaki bozulmayı düzeltemem

() Diğer:

Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi : () İnkâr () Öfke () Pazarlık () Depresyon () Kabullenme () Diğer

Beden imajı algısı : () Memnun () Kısmen Memnun () Memnun Değil (Nedeni) :.....

Hastanın kendisini tanımlaması (hastalık sonrası kendini algılamada değişiklik, benlik algısı):

8- ROL İLİŞKİ ŞEKLİ

Birlikte yaşama durumu : () Yalnız () Aile () Eş/Partner () Arkadaş

Bakmakla yükümlü olduğu bireyler : () Yok () Var :

Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme : () Yok () Var :

Evde/ Hastanede hastanın bakımından sorumlu olan kişi : () Yok () Var :

Destek sistemleri (Aile, Arkadaş vb.) : () Yok () Var :

Ailenin ve ona yakın kişilerin hastalığa karşı tutumları: () Olumlu () Olumsuz (Açıklayınız):.....

Sağlık problemi aile içi yaşamını etkiliyor mu? () Hayır () Evet: Nasıl?.....

Sağlık probleminiz çevrenizdeki insanlar ilişkilerini etkiledi mi?

() Hayır () Evet: Nasıl?.....

Rol ve sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşıyor mu?

() Hayır () Evet: Nasıl?.....

9- CİNSELLİK VE ÜREME

Genel görünümün kimlik ile uyumu: () Uyumlu () Uyumsuz

Cinsel sorun ifade ediyor mu? : () İfade etmiyor () İfade ediyor :

Cinsel sorun varsa, yardım/ilâç/tedavi alıyor mu? : () Hayır () Evet :

KADIN HASTA

Menarş Yaşı:

Menstrüasyon süresi (50 yaş altına sorunuz) :.....gün

Menstrüasyon siklusu (50 yaş altına sorunuz):gün

Menstrüasyon bozukluğu : () Yok () Var (Dismenore/ PMS/ Polikistikover/ Endometriyozis) :

| | |
|---------------------------|--|
| Gebelik sayısı (Gravida): | |
| Doğum sayısı (Parite): | |
| Yaşayan çocuk: | |
| Kürtaj-Abortus: | |
| Anomalili bebek: | |

Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz? (50 yaş altına sorunuz): () Hayır () Evet :

Aile planlaması yöntemleri konusunda eğitim gereksinimi : () Hayır () Evet :

Menopoz durumu (50 yaş üstüne sorunuz): () Yok () Var, Ne zaman?:

Menopoza bağlı sorunlar ve tedavisi (HRT alma durumu): () Hayır () Evet :

Geçirdiği jinekolojik sorunlar (hastalık, ameliyat): () Yok () Var

Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü: () Yok () Var

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi gereksinimi : () Yok () Var

Vajinal akıntı / kaşınma / yanma: () Yok () Var

Perine temizliği / ped türü / banyo yapma şekli / iç çamaşırı türü vb.:

ERKEK HASTA

Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü: () Yok () Var

Testiste ağrı: () Yok () Var

Geçirdiği ürolojik sorunlar (hastalık, ameliyat): () Yok () Var:.....

Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz? (50 yaş altına sorunuz): () Hayır () Evet :

Aile planlaması yöntemleri konusunda eğitim gereksinimi : ()Yok () Var:

10- STRES İLE BAŞ ETME / TOLERE ETME DURUMU

Stres : () Yok () Var (Açıklayınız):.....

Algılanan gerçek ve potansiyel stresörler (Hastanede olmak, aileden uzakta olmak vb.) :

Strese verilen davranışsal yanıtlar:

Strese verilen fizyolojik yanıtlar:

Strese verilen psikolojik yanıtlar:

| Hastanızın sorunlarla baş etmek için kullandığı yöntemleri işaretleyiniz. | |
|---|-----------------------------|
| Etkili Baş Etme Yöntemleri | Etkisiz Baş Etme Yöntemleri |
| () Sorun Çözme | () Ağlama |
| () Dua etme | () Alkol/sigara içme |
| () Duygularını paylaşma | () İlaç kullanma |
| () Bilgi edinme | () Başkalarını suçlama |
| () Beslenme | () İnkâr etme |
| () Yürüyüş ve egzersiz yapma | () Öfkelenme |
| () Solunum egzersizi yapma | () Duygularını bastırma |
| () Banyo yapma | () Yer değiştirme |
| () Soruna yönelik kitap/dergi okuma | () Mantiğa bürüne |
| () Yoga, meditasyon vb. | () Karşıt tepki geliştirme |
| () Diğer:..... | () Dönüştürme |
| | () Yapma bozma |
| | () Yadsıma |
| | () Yansıtma |

Yakın zamanda kayıp yaşama durumu : () Yok

() Var : () İş kaybı () Rol kaybı () Ekstremitte kaybı () Diğer:.....

11- İNANÇ VE DEĞERLER

Mahremiyet gereksinimi: () Yok () Var

Spiritüel gereksinimleri doğrultusunda bakım ve tedavisini etkileyecek durumlar (kan transfüzyonu, ölüm sonu bakım, yeme alışkanlıkları vb.):.....

Kültürünüze/adet ve inanışlarınıza göre özel sağlık uygulamalarınız var mı? () Yok () Var:.....

Hastanedeiken yapmak istediği inancına özel uygulamalarınız var mı? () Yok () Var:.....

TIBBİ TANI BİLGİ FORMU

Hastanın Tıbbi Tanısı :

Etiyoloji :

Patofizyoloji :

Tanı Yöntemleri:

Klinik Belirti – Bulgular:

Tıbbi Tedavi ve Hemşirelik Yönetimi:

Kaynaklar :

- 1)
- 2)
- 3)