|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| simge, sembol, daire, yazı tipi, logo içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu | **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ****İŞLETMELERDE MESLEKİ EĞİTİM****RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ KLİNİK UYGULAMA REHBERİ** | Doküman No : FR.246İlk Yayın Tarihi : 2.5.2025Revizyon Tarihi :Revizyon No :Sayfa No :  |

**ÖĞRENCİ AD SOYAD:**

|  |
| --- |
| **Sosyo-Demografik Özellikleri** |
| Hastanın Adı-Soyadı | : ………………………………….. Dosya No: …………….... |
| Yaşı  | : ………………………………….. Oda No: ……………... |
| Cinsiyeti  | :⁭ Kadın ⁭ Erkek |
| Eğitim durumu | :⁭ Okuryazar değil ⁭ Okuryazar ⁭ İlkokul ⁭ Ortaokul :⁭ Lise ⁭ Lisans ⁭ Lisans Üstü |
| Medeni durumu | :⁭ Bekar ⁭ Evli ⁭ Dul |
| Çalışma durumu | :⁭ Çalışmıyor ⁭ Çalışıyor (Mesleği: …………………………….) |
| **Öz-Geçmişi** |
| Bilinen alerjisi var mı?⁭ Hayır ⁭ Evet  ⁭ Besin: ……………… ⁭ İlaç : ……………… ⁭ Diğer: ……………… | Hangi semptomlar olur?⁭ Hırıltılı solunum⁭ Burun akıntısı⁭ Gözlerde Kızarıklık⁭ Yüzde ödem ⁭ Ciltte kızarıklık⁭ Diğer:……………. | ⁭ Nefes darlığı⁭ Hapşırma⁭ Öksürme⁭ Anaflaksi ⁭ Ürtiker……………… | ⁭ Karın ağrısı ⁭ Bulantı⁭ Kusma⁭ İshal⁭ Kaşıntı……………….. |
| Kronik/tanılanmış fiziksel hastalık öyküsü var mı? ⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız: |
| Psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız: |
| Daha önce hastanede yatmış mı?⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız: |
| Geçirilmiş ameliyatları var mı?⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız: |
| Evde kullandığı ilaçlar var mı? ⁭ Hayır ⁭ Evet | İlacın adı |  Dozu /Sıklığı | Yolu  | Etkisi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Soy-Geçmişi** |
| Ailede genetik hastalık var mı? ⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız: |
| Ailede kronik fiziksel hastalık var mı? ⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız: |
| Ailede psikiyatrik hastalık var mı? ⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız: |
| **Hastaneye Yatış Öyküsü** |
| Hastaneye/servise nereden geldi? | ⁭ Evinden ⁭ Bakımevinden ⁭ Acil odasından ⁭ Yoğun bakımdan ⁭ Başka servisten:………………… ⁭ Diğer: ……………………... |
| Hastaneye/servise kiminle geldi? | ⁭ Kendisi ⁭ Aile Üyesi ⁭ Arkadaş/Komşu ⁭ Ambulans |
| Hastaneye/servise nasıl geldi? | ⁭ Yürüyerek ⁭ Tekerlekli Sandalye ⁭ Sedye ⁭ Diğer: ………… |
| Hastanın yakınmaları nedir? |  |
| Hastaneye gelmeden önce yapılan uygulamalar nelerdir? |
| Ön tanı/tanılar: |
| **Risk Değerlendirme** |
| Geçmişte İntihar Girişimi ⁭ Hayır ⁭ Evet  | Düşünce ve plan: |
| Geçmişte Homoisid Girişimi⁭ Hayır ⁭ Evet | Düşünce ve plan: |
| Geçmişte İstismara Maruz Kalma ⁭ Yok ⁭ Var  | Öyküsü: |
| Geçmişte Şiddete Maruz Kalma ⁭ Yok ⁭ Var  | Öyküsü: |
| Geçmişte Şiddet Uygulama ⁭ Yok ⁭ Var  | Öyküsü: |
| **Mevcut Durum** | ⁭ Hayır  | ⁭ Evet | Açıklayınız |
| Kanama Riski |  |  |  |
| Düşme Riski |  |  |  |
| Bulaşıcı Hastalık Riski |  |  |  |
| İntihar Riski |  |  |  |
| Saldırganlık Riski |  |  |  |
| Füg riski |  |  |  |
| Adli Durum |  |  |  |
| Travma Riski |  |  |  |
| Nöbet Geçirme Riski |  |  |  |
| Mental Retardasyon |  |  |  |
| Hastanın Görüşmeye Yönelik Tutumu ve İşbirliği | Açıklayınız |

|  |
| --- |
| **Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri** |
| ***Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi Örüntüsü****:* |
| Sağlığını nasıl tanımlar? | ⁭ İyi ⁭ Orta ⁭ Kötü |
| Düzenli olarak sağlık kontrolleri yaptırır mı? | ⁭ Hayır ⁭ Evet |
| Kontrol randevularını takip eder mi/uyar mı? | ⁭ Hayır ⁭ Evet |
| İlaçlarını düzenli olarak kullanır mı? | ⁭ Hayır ⁭ Evet |
| Egzersiz yapar mı? Ara sıra/sürekli egzersiz yapıyor ise tipini, sıklığını, süresini açıklayınız:⁭ Hayır ⁭ Ara sıra  ⁭ Evet  |
| Tütün/sigara içer mi?⁭ Hayır ⁭ Bıraktı ……… gün/ay/yıl önce bıraktı ve ……………… paket/yıl içti.  ⁭ Evet .……... paket/gün içiyor ve ………………. ay/yıldır içiyor. |
| Alkol/madde kullanır mı?⁭ Hayır ⁭ Bıraktı ……… gün/ay/yıl önce bıraktı ve ……………… miktar/kadeh/gün içti.  ⁭ Evet .……... miktar/ kadeh/gün içiyor ve ………………. ay/yıldır içiyor. |
| Sigara/alkol kullanıyorsa bırakmak ister mi? | ⁭ Hayır ⁭ Evet |
| Hastalığına yüklediği anlam nedir? (Zarar veren / tehdit eden / kayıp / mücadele gerektiren / ceza) |
| Hastalığının yaşamı üzerine etkisi nasıldır?  |
| Hastalığın nedeni hakkında ne düşünmektedir? (Kalıtım / şans / kader / üzüntü-stres / enfeksiyon vb) |
| Hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi ihtiyacı var mı? |
| Geçmiş ve şu andaki sağlık sorunları ile ilgili yardım arama davranışları nelerdir? |
| Hastalık tanısı aldıktan sonra yaşamında nasıl değişiklikler olmuştur?  |
| Bu değişiklik yaşamını nasıl etkilemiştir?  |
| Taburculuk planında ele alınacak konular: |
| ***Beslenme-Metabolik Örüntüsü****:* |
| Boy: ……………  | ⁭ < 18.5 kg/m2 (Zayıf) | ⁭ 30-34.9 kg/m2 (I. Derece Obez) |
| Kilo: ……………  | ⁭ 18.5-24.9 kg/m2 (Normal Kilolu) | ⁭ 35-39.9 kg/m2 (II. Derece Obez) |
| BKİ [Ağırlık / (boy)2]: ……  | ⁭ 25-29.9 kg/m2  (Fazla Kilolu) | ⁭ >40 kg/m2 (III. Derece Morbid Obez) |
| Diyet kısıtlaması: ⁭ Yok ⁭ Tuzsuz ⁭ Diyabetik ⁭ Kardiyak ⁭ Proteinden fakir ⁭ K+’ dan fakir ⁭ Diğer : …………………………………………………………………………….. |
| Sıvı kısıtlaması: ⁭ Yok ⁭ Var Açıklayınız: ……………………………………………………........ |
| Beslenme şekli: ⁭ Oral ⁭ Nazogastrik ⁭ Gastrostomi ⁭ Total Parenteral |
| İştah: ⁭ Normal ⁭ Artmış ⁭ Azalmış  ⁭ Bulantı ⁭ Kusma ⁭ İştahsızlık ⁭ Tat değişikliği |
| Son 1 ayda kilo değişimi: ⁭ Yok ⁭ Artmış ………. ⁭ Azalmış ………… |
| ***Boşaltım Örüntüsü****:* |
| **Bağırsak Boşaltımı** | **İdrar Boşaltımı** |
| En son bağırsak boşaltım tarihi: ………... | İdrara çıkma sıklığı: …………….. kez/günde |
| ⁭ Diyare : …… kez/günde⁭ Konstipasyon : …… kez/haftada | ⁭ Oligüri  | ⁭ Anüri |
| ⁭ Poliüri  | ⁭ Pollaküri |
| ⁭ Yanma  | ⁭ İdrar inkontinansı |
| ⁭ Lavman ⁭ Laksatif kullanma | ⁭ Dizüri | ⁭ Hematüri  |
| ⁭ Melena ⁭ Fekal inkontinans  | ⁭ Ürostomi  | ⁭ Noktüri |
|  | ⁭ İdrar sondası-Kaçıncı günü:…………………………… |
| **Derinin İşlevleri** Terlemede Artış⁭ Yok ⁭ Var Açıklayınız: ………………………………  |
| ***Aktivite-Egzersiz Örüntüsü****:* |
| **Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri** | **Bağımsız**  | **Yarı Bağımlı**  | **Bağımlı**  | *GYA sürdürmede enerji düzeyi* ⁭ Yeterli ⁭ Yetersiz |
| Düzgün yüzeyde yürüme |  |  |  | *Aktivite sırasında yaşanılan şikayetler* |
| Merdiven inip çıkma |  |  |  |  ⁭ Dispne  | ⁭ Çarpıntı |
| Beslenme  |  |  |  |  ⁭ Göğüs Ağrısı | ⁭ Yorgunluk |
| Giyinme |  |  |  |  ⁭ Diğer ……………………………… |
| Kendine bakım |  |  |  | *Kullanılan yardımcı araçlar* |
| Banyo yapma |  |  |  | ⁭ Baston  |
| Tuvaleti kullanma |  |  |  | ⁭ Walker  |
| İdrar boşaltımı |  |  |  | ⁭ Tekerlekli Sandalye  |
| Bağırsak boşaltımı |  |  |  | ⁭ Diğer ……………………………..  |
| **İlgi duydunuz alanlarınız, hobileriniz** *(El İşi, Seramik, Tavla Okey, Zekâ Oyunları, Resim, Dikiş, Yemek Yapma, Bahçe İşleri, Müzik, Spor, Takı, Okuma, Bilgisayar, Ev İşleri, Diğer)* **nelerdir?** |
| **Boş vakitlerinizi nasıl değerlendirirsiniz?** |

|  |
| --- |
| ***Uyku-Dinlenme Örüntüsü****:* |
| Gece uyku süresi ……..saat | *Uyku düzenini bozan faktörler:* |
| ⁭ Uykuya dalmada zorluk | ⁭ Psikolojik sorunlar | ⁭ Rüya (kabus) görme |
| ⁭ Gece sık uyanma | ⁭ Gece sık idrara çıkma | ⁭ Nefes darlığı yaşama |
| ⁭ Erken Uyanma | ⁭ Gündüz uyuma |
| ⁭ Uykudan sonra dinlenmiş hissetme | ⁭ Diğer ……………………………………………. |
| ⁭ Diğer …………………………… |  |
| ***Bilişsel – Algısal Örüntü:*** |
| ⁭ Görme yetersizliği  | ⁭ Miyop | ⁭ Hipermetrop | ⁭ Astigmatizm | ⁭ Gözlük |
|  | ⁭ Şaşılık  | ⁭ Katarakt  | ⁭ Glokom | ⁭ Lens |
| ⁭ İşitme yetersizliği  | ⁭ Sağ ⁭ Kısmi  ⁭ Tam |  ⁭ Sol ⁭ Kısmi  ⁭ Tam | ⁭ İşitme cihazı |
| ⁭ Konuşma biçimi  | *(Açık, anlaşılır, tutarlı-Ayrıntılı-Fakir-Yavaş-Hızlı-Aleksitimik-Afazik-Disartrik-Persevere-Teğetsel-Mutizm-Ekolali-Lögore-Basınçlı konuşma-Neolojizm-Klang çağrışım-Kekemelik… vb.)* Açıklayınız. |
| ⁭ Tercüman gereksinimi | ⁭ Yok ⁭ Var |
| **Glaskow Koma Skalası** |
| **En iyi göz açma**  | **Puan**  | **En iyi sözlü cevap** | **Puan** | **En iyi motor yanıt** | **Puan** |
| Amaçlı ve spontan | 4 | Oryante  | 5 | Emirlere uyuyor | 6 |
| Sese | 3 | Oryantasyon bozuk | 4 | Ağrının yerini belirtme | 5 |
| Ağrıya  | 2 | Tutarsız kelimeler | 3 | Ağrıya çekerek cevap verme | 4 |
| Cevap yok | 1 | Anlamsız sözler | 2 | Ağrıya fleksiyonla cevap verme | 3 |
|  |  | Cevap yok | 1 | Ağrıya ekstansiyonla cevap verme | 2 |
|  |  |  |  | Cevap yok | 1 |
| \* Hastanın Bilinç düzeyini Glaskow Koma Skalası ile her üç alanı ayrı ayrı inceleyip hastanın cevabına karşılık gelen puanı yuvarlak içine alarak ve toplam puan üzerinden değerlendiriniz. |
| ***Ağrı*** ⁭ Yok ⁭ Var ⁭ Yeri ……………….. ⁭ Tipi…………………. ⁭ Derecesi ………… [ağrı skalası ile ilgili görsel sonucu](https://www.google.com.tr/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi4xq34w5bQAhXFExoKHZlfDvoQjRwIBw&url=https://acilbook.com/2015/08/18/renal-kolikte-hematuri-siddeti-ile-analjezi-iliskisi/&psig=AFQjCNFYHoenCQIMowDyKJ2EqkMuNc-RqQ&ust=1478603777714006) \*İletişim kurulamayan hastalar için Yüz Skalasını kullanınız. |
| **Oryantasyon** | **Zaman**⁭ Yok ⁭ Var | **Yer**⁭ Yok ⁭ Var | **Kişi**⁭ Yok ⁭ Var |
| **Bellek** | **Anlık** | **Yakın** | **Uzak** |
| **Dikkat ve Konsantrasyon** |  |
| **Soyut Düşünme** |  |
| **İçgörü ve Yargı** |  |
| **Düşünce Biçimi** | *(Normal, amaca yönelik-Çağrışım gevşekliği-Fikir uçuşması-Çevresel-Somut-Sözcük salatası-Persevere… vb)* Açıklayınız. |
| **Düşünce İçeriği** | *(Kaygılı-Karamsar-Obsesyonlar-Kompulsiyonlar-Sanrılar-Preoküpasyonlar-Aşırı değer verilmiş düşünceler-Suisidal fikirler-Homisidal fikirler-Ölümle meşgul-Büyüsel-Fobiler-Aşırı dindarlık-Paranoid…vb)* Açıklayınız. |
| **Algı** | (*Gerçekçi-Felaketçi-Depersonalizasyon-Derealizasyon-İlüzyon-Halüsinasyon…vb)* Açıklayınız. |
| ***Kendini Algılama – Benlik Kavramı Örüntüsü****:* |
| **Genel görünüm**  |  |
| **Duygudurumu (Mood)** | *(Ötimik-Yükselmiş (eleve), öforik-Çökkün, umutsuz-İritabl-Anksiyöz-Sinirli, öfkeli-Korkulu-Suçluluk hissi-Labil vb..)* Açıklayınız. |
| **Duygulanımı (Affekt)** | *(Duygudurumla uyumlu-Kısıtlı/künt/yüzeyel-Düz-Duruma uygun-Duruma uygun değil vb…)* Açıklayınız. |
| Hastalığınız nedeniyle kendiniz ile ilgili düşüncelerinizde değişim oldu mu? ⁭ Hayır ⁭ Evet  |
| Açıklayınız: …………………………………………………………………………………………… |
| Hastalığınız nedeniyle kendinize olan saygınızda değişim oldu mu? ⁭ Hayır ⁭ Evet  |
|  Açıklayınız: …………………………………………………………………………………………… |
| Hastalığınız nedeniyle bedeniniz hakkındaki düşüncelerinizde değişim oldu mu? ⁭ Hayır ⁭ Evet  |
|  Açıklayınız: …………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| ***Rol-İlişki Örüntüsü:*** |
| Aile tipi ⁭ Çekirdek Aile ⁭ Geniş Aile  |
| Birlikte yaşadığı kişiler ⁭ Yalnız ⁭ Eş ⁭ Eş ve çocuklar ⁭ Diğer…………………... |
| Aile ve yakın çevrenizle ilişkinizi nasıl tanımlarsınız? Açıklayınız. |
| Yardıma ihtiyacınız olduğunda size destek olabilecek kişiler var mı? ⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız:……………………………………………...  |
| Rolleriniz (eş, ebeveyn, mesleki/iş vb.) nelerdir? | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Hastalık sürecinde aile ve yakın çevrenizle ilişkiniz etkilendi mi? ⁭ Hayır ⁭ Evet  | Nasıl? Açıklayınız. |
| Hastalık sürecinde rolleriniz (eş, ebeveyn, mesleki/iş vb.) etkilendi mi? ⁭ Hayır ⁭ Evet  | Nasıl? Açıklayınız. |
| Ailenin ve ona yakın olan kişilerin hastalığa karşı tutumu nasıl? | Açıklayınız |
| ***Cinsellik – Üreme Örüntüsü:*** |
| ⁭ Normal ⁭ İmpotans ⁭ İnfertilite ⁭ Cinsel yolla bulaşan hastalık⁭ Libidoda azalma ⁭ Vajinal kuruluk ⁭ Cinsel aktivitede ağrı ⁭ Aşırı kanama  |
| Kullandığı sile planlaması yöntemi:………………………. |
| Menstrual siklusta değişim oldu mu? Açıklayınız:……………………………………………...⁭ Hayır ⁭ Evet  |
| Hastalığınız/tedaviniz cinsel yaşamınızı etkiledi mi? ⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız:……………………………………………... |
| ***Başetme-Stres Toleransı Örüntüsü:*** |
| Yaşadığı güçlük, sıkıntı ve engeller var mı?⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Son bir yıl içinde yaşadığı önemli yaşam değişiklikleri (taşınma, iş değişikliği, evlilik, çocuk sahibi olma vb…) var mı?⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Bunlarla veya diğer stres yaratan durumlarla nasıl başa çıkarsınız? Açıklayınız. |
| Hastalık ve tedavi sürecinde yaşadığınız kayıp/güçlük/engel/stresli durumları anlatır mısınız? |
| Hastalık ve tedavi sürecinde yaşadığınız kayıp/güçlük/engel/stresli durumlarla nasıl baş ediyorsunuz?  |
| Hastalık ve tedavi sürecinde destek sistemlerinizden yaralanabildiniz mi? |
| İhtiyaç duyduğunda bakım verebilecek biri var mı?⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız:……………………………………………... |
| ***Değer-İnanç Örüntüsü:*** |
| Yaşam/Ölüm hakkındaki inanç ve değerlerinizden söz eder misiniz? | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Hastalığınızın tedavisini etkileyen dinsel/kültürel inançlarınız var mı?⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Hastalığınız değer ve inançlarınızı etkiledi mi? ⁭ Hayır ⁭ Evet  | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Geleceğe ilişkin hedefleriniz nelerdir? | Açıklayınız:……………………………………………... |

|  |
| --- |
| **Fiziksel Değerlendirme Bulguları** |
| ***Baş-Boyun:*** | ***Solunum Sistemi:*** |
| ⁭ Normal ⁭ Kuruluk ⁭ Aşırı yağlanma ⁭ Lezyon ⁭ Saç derisinde pullanma ⁭ Saç kaybı | ⁭ Normal ⁭ Göğüs ağrısı ⁭ Hemoptizi⁭ Dispne ⁭ Öksürük ⁭ Balgam  |
| ⁭ Maske yüz ⁭ Aydede yüz ⁭ Fasial paralizi | ⁭ Raller ⁭ Stridor ⁭ Wheezing |
| ⁭ Pitozis ⁭ Egzoftalmus ⁭ Diplopi ⁭ Konjonktivada solukluk ⁭ Fotofobi⁭ Pupiller refleks ⁭ Sağ ⁭ Sol ⁭ Anizokori | ⁭ Fıçı göğüs ⁭ İnterkostal retraksiyon ⁭ Takipne ⁭ Bradipne ⁭ Apne ⁭ Oksijen kullanma ⁭ İnhaler kullanma |
| ⁭ Kulak Akıntısı ⁭ Kulak çınlaması  | ***Kardiyovasküler Sistem:*** |
| ⁭ Burun tıkanıklığı ⁭ Burun akıntısı ⁭ Burun kanaması | ⁭ Normal ⁭ Hipotansiyon ⁭ Hipertansiyon⁭ Taşikardi ⁭ Bradikardi ⁭ Aritmi  |
| ⁭ Dudaklarda siyanoz ⁭ Dil üzerinde plak⁭ Ağız içi mukozada solukluk ⁭ Lezyon | ⁭ Boyun venlerinde dolgunluk ⁭ Üfürüm ⁭ Uzamış kapiller geri dolum ⁭ Varis  |
| ⁭ Ağız içi mukozada kuruluk ⁭ Halitozis | ⁭ İntermittent klaudikasyon |
| ⁭ Kötü ağız hijyeni ⁭ Fetor Hepatikus | ⁭ Sağ dorsal ayak nabzı ⁭ Güçlü ⁭ Zayıf |
| ⁭ Diş kaybı ⁭ Diş çürüğü ⁭ Protez diş  | ⁭ Sol dorsal ayak nabzı ⁭ Güçlü ⁭ Zayıf |
| ⁭ Diş etinde ödem ⁭ Diş etinde kanama | ***Abdomen:***  |
| ⁭ Diş etinde çekilme ⁭ Yutma güçlüğü | ⁭ Normal ⁭ Stria ⁭ Herni ⁭ Assit  |
| ⁭ Hipertroid ⁭ Lenf nodlarında büyüme | ⁭ Distansiyon ⁭ Kolostomi ⁭ İleostomi |
| ⁭ Boyun eklem hareketi kısıtlılığı | Bağırsak sesleri:…./dk ⁭ Hipoaktif ⁭ Hiperaktif |
| ***Kas-İskelet Sistemi:*** | ***Nörolojik Değerlendirme:*** |
| ⁭ Normal ⁭ Kifoz ⁭ Skolyoz ⁭ Lordoz | ⁭ Normal ⁭ Denge Kaybı  |
| ⁭ Spastisite ⁭ Rijidite ⁭ Fasikülasyon | ⁭ Ellerde uyuşma ⁭ Ayaklarda uyuşma |
| ⁭ El/ayak parmaklarında deformiteler | ⁭ Hemipleji ⁭ Parapleji ⁭ Kas atrofisi |
| ⁭ El/ayak parmaklarında nodüller | ⁭ Tremor ⁭ Nöropati ⁭ Apati  |
| ⁭ Elem hareket açıklığında kısıtlılık | ⁭ Ataksi ⁭ Baş ağrısı ⁭ Vertigo |
| ⁭ Hipotonisite |  |
| ***Deri ve Ekleri:*** | ***Psikomotor Aktivite:*** |
| ⁭ Normal ⁭ Soğuk ⁭ Sıcak ⁭ Lezyon ⁭ Soluk ⁭ Kızarıklık ⁭ Siyanoz ⁭ Sarılık⁭ Kuru ⁭ Nemli ⁭ Ödem ⁭ Kaşıntı⁭Peteşi ⁭ Purpura ⁭ Ekimoz⁭ Çomak parmak ⁭ Kaşık tırnak⁭ Tüp/Dren/katater | ⁭ Doğal ⁭Retarde ⁭Ajite ⁭Eksite ⁭Diğer |
| Fiziksel değerlendirmeniz sırasında gözlemlediğiniz bulguların yerini ve özelliklerini açıklayınız. |
|  Örneğin; hastanızın pupilleri ışığa tepki olarak küçülüyor ve çapı 3 mm ise 3+ olarak belirtiniz. |
| [**capillary refill**](https://kuro92.files.wordpress.com/2013/11/capillary-refill.jpg)Kapiller geri dolumu değerlendiriniz (Tırnak yatağındaki renk değişimi 3 sn’den uzun olmamalı). Ödemin derecesini resimde gösterildiği gibi belirleyiniz.  |

**ETKİLEŞİM RAPORU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Görüşme Tarihi ve Süresi** | : …. /…. /…. , …..dak. | **Görüşmenin Yeri** | **:** |
| **Görüşme Amacı** | **:** |
| **Hemşirenin Sözel ve Sözel Olmayan İfadesi** | **Bireyin Sözel ve Sözel Olmayan İfadesi** | **Etkileşimin Değerlendirmesi** |
|  |  |  |

**HASTA GÖZLEM ve İZLEM RAPORU (Günlük Olarak Yazılacak)**

**Hastanın Adı Soyadı:………………………………………………………………Hastanın yatış tarihi:…………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Beslenme özellikleri* | *Uyku özellikleri* | *Aktivite özellikleri* | *Davranış* |
| *Öz-bakım yönetimi* | *Mood* | *Affekt* | *İletişim, ilişki biçimi* |
| *Düşünce içeriği, biçimi* | *Algılama*  | *Kurallara uyumu* | *Konuşma*  |
| *Tedaviye uyum*  |  |  |  |
| **…../…../………** |
| **…../…../………** |
| **…../…../………** |

**TABURCULUK PLANI**

|  |
| --- |
| Hastanın hastalık öncesi gelecek planları: |
| Hastanın şimdiki gelecek planları: |
| UYGULADIKLARI | TABURCULUK SONRASI |
|  |  |

**PLANLAMA AŞAMASI**

(Hemşirelik tanıları, öncelik sırasına göre sıralanarak bu forma yazılır. Her bir hemşirelik tanısı için amaç ve beklenen sonuç kriterlerine karar verilir. Hasta hemşirelik tanısına yönelik yapılması gereken tüm hemşirelik girişimlerine karar verilir)

**TANILAMA**

(Veri toplama şamasından sonra verilerin analizi ile NANDA tanı listesi kullanılarak hemşirelik tanıları belirlenir. Tanılar NANDA formatına göre yazılır)

**UYGULAMA AŞAMASI**

(Planlanan girişim uygulandı ise Evet (+) uygulanmadı ise Hayır (-) şeklinde belirtilir)

**DEĞERLENDİRME AŞAMASI**

(Belirlenen beklenen sonuç kriterleri değerlendirilerek amaca ulaşılıp ulaşılmadığına ilişkin karar verilir)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih** | **Etiyolojik Faktör/Neden** | **Tanı** | **Tanımlayıcı Özellikler** | **Amaç:****Beklenen Sonuç Kriterleri:** | **Girişimler** | **Evet (+) / Hayır (-) ise nedeni açıkla** | **Değerlendirme** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |