|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| simge, sembol, daire, yazı tipi, logo içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu | **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  **İŞLETMELERDE MESLEKİ EĞİTİM**  **ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  **KLİNİK UYGULAMA REHBERİ** | Doküman No : FR.250  İlk Yayın Tarihi : 2.5.2025  Revizyon Tarihi :  Revizyon No :  Sayfa No : |

**ÖĞRENCİ AD SOYAD:**

**KLİNİK/SAHA UYGULAMALARINA İLİŞKİN UYULMASI GEREKEN GENEL KURALLAR**

**Öğrenci;**

1. Uygulamaya çıktıkları kurumların kurallarına uymakla yükümlüdür.
2. Uygulamaya çıktıkları kurumlar tarafından istenen belgeleri zamanında tamamlayıp teslim etmekle yükümlüdür.
3. Sorumlu/klinik hemşirenin bilgisi ve gözetiminde uygulama yapabilir.
4. Delici-Kesici Alet Yaralanması durumunda kurumda yetkiliye haber vermek ile sorumludur.
5. Uygulama saatlerinde misafir kabul edemez.
6. Uygulama saatleri dışında öğrenci olarak hastanede bulunamaz.
7. Uygulama sırasında görüntü ve ses kaydı alamaz.\*
8. Edindiği hasta ve kurum/hastane bilgilerini eğitim dışında hiçbir platformda (asansör, kantin, ulaşım araçları, telefon, internet, sosyal medya vb.) kullanamaz ve açıklayamaz.\*
9. Hiçbir belge, araç ve gereci klinik/kurum dışına çıkaramaz.
10. Hastane/Kurum içinde ve çevresinde tütün ve alkol vb. tüketemez.\*\*
11. Giriş ve çıkış imzalarını/sisteme girişlerini uygulama yaptığı kurumun belirlediği yerde ve zamanında atmak zorundadır.
12. Bir başkasının yerine imza atamaz /giriş yapamaz ve kendi yerine başkasına imza attıramaz.
13. Uygulama saatleri içerisinde sorumlu/hemşirenin ve öğretim elemanının bilgisi olmadan kliniği/kurumu terk edemez.
14. Uygulamaya geç kalmasını ya da uygulama alanından erken ayrılmasını gerektiren olağanüstü bir durum yaşadığında sorumluya/hemşireye ve öğretim elemanına bilgi vermek zorundadır.
15. Uygulamasına ilişkin ders değerlendirmesinin yapılabilmesi için BAİBÜ eğitim-öğretim lisans yönetmeliğine göre uygulamanın %80’ine devam etmek zorundadır. Raporlu olduğu günler devamsızlığa dahildir.
16. Uygulamanın bütünlüğü açısından günü bölerek devamsızlık yapamaz.
17. Klinik/saha uygulaması boyunca öğrenci kimlik kartını görünür biçimde üzerinde taşımak zorundadır.
18. Öğrenci üniformasının altı lacivert, üstü beyaz renkte ve “Zarf “ yaka olacak şekilde olmalıdır. Ayakkabı olarak sadece beyaz/lacivert spor ayakkabı olması gerekmektedir. Üst formanın içine ihtiyaç halinde sadece uzun kollu body veya forma üstüne tek renk lacivert hırka giyilebilir. Eşarp kullanan öğrenciler beyaz/lacivert renk kullanmalıdır ve şal formunda olmamalıdır. Bone kullanıyor ise formaya uygun lacivert renkte olmalıdır. Öğretim elemanlarının uygun gördüğü alanlarda öğrenciler beyaz önlük giyebilir. **Belirtilen forma bütünlüğüne ve görünüme uyulmadığı takdirde öğrenci uygulamaya alınmayacaktır.**
19. Öğrenciler uygulama formasıyla hastane/kurum dışına çıkamaz.

*\*Türk Ceza Kanunu Madde 135 ve 136 (Okuyunuz.)*

*\*\*27(05/2008 tarih ve 26888 Sayılı Resmi Gazete (Okuyunuz.)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VERİ TOPLAMA** | | | | | | | | | | |
| **Sosyo-Demografik Özellikleri** | | | | | | | | | | |
| Hastanın Adı-Soyadı | : ………………………………….. | | | |  | | | Dosya No: …………….... | | |
| Yaşı (kronolojik yaş) | : ………………………………….. | | | |  | | | Oda No: ……………... | | |
| Cinsiyeti | :◻ Kadın ◻ Erkek | | |  | |  |  | |  |  |
| Eğitim durumu | :◻ Henüz okula gitmiyor ◻Ortaokul  :◻ İlkokul ◻ Lise | | | | |  |  | |  |  |
| Görüş yapan öğrenci hemşire | : |  |  |  | |  |  | |  |  |
| Hastanın Tıbbi Tanısı | : |  |  |  | |  |  | |  |  |
| **Geçmiş Tıbbi Öyküsü** | | | | | | | | | | |
| Ailede genetik hastalık var mı?  ◻ Hayır ◻ Evet Açıklayınız: | | | | | | | | | | |
| 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 hastalık var mı?  Ailede kronik ve genetik geçiş özelliği olan bir hastalık var mı? | | | * Hayır ◻ Evet * Hayır ◻ Evet | | Açıklayınız:  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 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| **Hastaneye Yatış Öyküsü** | | | | | | | | | | |
| Hastaneye/servise nereden geldi? | | | * Evinden ◻ Bakımevinden * Acil ünitesinde ◻ 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 şuanki yakınmaları nedir? | | | Ve ne zamandan beri var? | | |  |  | |  |  |
| Hastaneye gelmeden önce yapılan uygulamalar nelerdir? | | | | | |  |  | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri** |  |
| ***Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi Örüntüsü****:* |  |
| Sağlığını nasıl tanımlar? (Küçük yaş grubu için ebeveyni çocuğunun sağlığını nasıl tanımlıyor)  ◻ İyi ◻ Orta ◻ Kötü Nedenini açıklayanız? |  |
| Düzenli olarak sağlık kontrolleri yaptırılıyor mı?  ◻ Hayır ◻ Evet  Hayır ise nedenini açıklayınız |  |
| Çocuğunuzun sağlık ve aşı ile ilgili takipleri yaptırıyor musunuz?  ◻ Hayır ◻ Evet  Hayır ise nedenini açıklayınız |  |
| Aşıları yapıldı mı?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Aşı Adı** | **Tarih** | **Aşı Adı** | **Tarih** | | BCG |  | OPA (1) |  | | Hepatit B (1) |  | OPA (2) |  | | Hepatit B (2) |  | KKK (1) |  | | Hepatit B (3) |  | Td (1) |  | | DaBT- IPA- Hib (1) |  | Hepatit A (1) |  | | DaBT – IPA-Hib (2) |  | Hepatit A (2) |  | | DaBT- IPA- Hib (3) |  | Su Çiceği |  | | KPA (1) |  | DaBT- IPA-Hib (Rapel) |  | | KPA (2) |  | DaBT- IPA (Rapel) |  | | KPA (3) |  | KKK-Rapel |  | |  |  | KPA- Rapel |  |   Özel aşılar yapıldı mı?  ◻ Hayır ◻ Evet….. Hangi aşılar yapıldı yaznınız: |  |
| Çocuğun hareketlilik durumu veya egzersiz yapar yapma durumu?  ◻ Hareketli/egzersiz yapıyor ◻ Hareketsiz/egzersiz yapmıyor  ◻Ara sıra/sürekli egzersiz yapıyor ise tipini, sıklığını, süresini açıklayınız: |  |
| Tütün/sigara kullanımı? (Okul çağı ve Ergen grubu için çocuğa sorulacak. Daha küçük çocuklar için ebeveynlerin tütün kullanımı sorulacak)  ◻ Hayır ◻ Bıraktı  ◻ Evet .……... paket/gün içiyor ve evde nerede içiyor Sigara/alkol kullanıyorsa bırakmak ister mi? ◻ Hayır ◻ Evet |  |
| **Hijyen**  El hijyeni: Diş fırçalama:  Tırnak bakımı: Banyo alışkanlığı: |  |
| ***Beslenme-Metabolik Örüntüsü****:* |  |
| Boy: …………… (Persantil değeri de yazılmalıdır) Baş çevresi: (Persantil değeri de yazılmalıdır)  Kilo: …………… (Persantil değeri de yazılmalıdır) Göğüs çevresi:  BKİ (2 yaştan sonra)  [Ağırlık / (boy)2]: …… (Persantil değeri de yazılmalıdır  ◻ Aşırı zayıf: 5. Persantilin altı ◻ Normal ya da sağlıklı kiloda: 5.-85. Persantil arası  ◻ Aşırı kilolu: 85.-95.Persantilin arası ◻ Obezite: 95. Persantilin üstü |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beslenme şekli ( ) Oral ( ) Parenteral ( ) Enteral ( ) Gastrostomi  Anne sütü/ek besin:  İştah durumu: ◻ Normal ◻ Artmış ◻ Azalmış  ◻ Bulantı ◻ Kusma ◻ İştahsızlık ◻ Tat değişikliği Günlük alması gereken sıvı miktarı (m2 göre hesaplanacak):  Özel diyet: ◻ Yok ◻ Tuzsuz ◻ Diyabetik ◻ Proteinden fakir ◻ Diğer : …………… Son 1 ayda kilo değişimi: ◻ Yok ◻ Artmış ………. ◻ Azalmış ………… | | | | | | | | |  |
|  | ***Boşaltım Örüntüsü****:* |  | | | | | | |  |
| Tuvalet alışkanlığı kazanma durumu: ◻ Henüz kazanmamış ◻ Kazanmış(kaçıncı ayda tuvalet eğitimi verilmiş)  İdrara çıkma sıklığı kez/günde  İdranın özellikleri (rengi, koskusu, dansitesi):…………..   * Oligüri ◻ Anüri ◻ Poliüri ◻ Pollaküri * Yanma ◻ Dizüri ◻ Hematüri ◻ Noktüri   ◻ Enürezis ◻ İdrar inkontinansı   * Mesane Kataterizasyonu Kaçıncı günü:……………………………   Bağırsak Boşaltımı  En son bağırsak boşaltım tarihi: ………... Barsak sesleri /dk  Gaitanın özelliklerini (kokusu, rengi, kıvamı) yazınız:   * Diyare : …… kez/günde * Konstipasyon : …… kez/haftada * Lavman ◻ Laksatif kullanma ◻ Enkomprezis: * Melena ◻ Fekal inkontinans | | | | | | | | |  |
| ***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 | | |  |  |  |  |  | |  |
| Tuvaleti kullanma | | |  |  |  | ◻ Walker |  | |
| İdrar boşaltımı | | |  |  |  | ◻ Tekerlekli Sandalye | |  |
| Bağırsak boşaltımı | | |  |  |  | ◻ Diğer …………………………….. | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Uyku-Dinlenme Örüntüsü****:* | | | | | | |
| Gece uyku süresi saat   * Uykuya dalmada zorluk * Gece sık uyanma * Erken Uyanma * Uykudan sonra dinlenmiş hissetme * Diğer …………………………… | | | Uyku düzenini bozan faktörler:   * Psikolojik sorunlar ◻ Ağrı * Gece sık idrara çıkma ◻ Nefes darlığı yaşama * Gündüz uyuma ◻ Bulantı * Rüya (kabus) görme ◻ Gürültü * Diğer ……………………………………………. | | | |
| Gün boyunca yaşadığı yorgunluğun şiddeti:  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Hiç yorgun Çok  değilim yorgunum | | | | | | |
| ***Bilişsel – Algısal Örüntü:*** | | | | | | |
| * Görme yetersizliği ◻ Miyop ◻ Hipermetrop ◻ Astigmatizm ◻ Gözlük   ◻ Katarakt ◻ Glokom ◻ Lens ◻ Şaşılık   * İşitme Yetersizliği ◻ Sağ ◻ Kısmi ◻ Sol ◻ Kısmi ◻ İşitme cihazı   ◻ Tam ◻ Tam   * Konuşma yetersizliği ◻ Kekeme ◻ Anlamsız kelimeler ◻ Tercüman gereksinimi | | | | | | |
| **Oryantasyon** ◻ Zaman ◻ Yer ◻ Kişi ◻ Oryante Değil | | | | | | |
| **Glaskow Koma Skalası** | | | | | | |
| **En iyi göz açma** | **Pu an** | **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**.** | | | | | | |
| **Aktivite-Oyun**  Yaşına uygun oyun/aktivite durumu: | | | | | | |
| **Ağrının Değerlendirilmesi**  Ağrı :  Var  Yok Ağrının olduğu vücut bölümü:  Ağrının başlama zamanı ve süresi:  Ağrının niteliği: Zonklayıcı Yanıcı Batıcı  Yangı  Künt Bıçak saplanır tarzda  Diğer-------------------  Ağrının Şiddeti: (Ağrı Skalası): Yaşa uygun skala ile değerlendirilmelidir | | | | | | |
| **Skala** | | | **Yaş grubu** | | | |
| Yenidoğan Bebek Ağrı Skalası (NIPS) | | | Preterm ve term yenidoğanlar | | | |
| Yenidoğan Postoperatif Ağrı Skalası (CRIES) | | | Miadında doğmuş yenidoğanlar (32-60 gestasyon haftası) | | | |
| Yenidoğanın Postoperatif Davranışsal Ağrı Tanılama Skalası (FLACC) | | | 2 ay-7 yaş arası çocuklar | | | |
| Sözel derecelendirme ölçekleri | | | 4-17 yaş arasındaki çocuklar ve adölesanlar | | | |
| Yüz ağrı ölçekleri | | | 3 yaşından büyük çocuklar | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Sayısal ağrı ölçekleri | Genellikle 5 yaşından büyük çocuklar |
| Görsel analog skala | 7 yaş ve üzeri çocuklar |
| **Yüz ağrı ölçeği** | |
| **Sayısal ağrı ölçeği**  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Hiç Ağrı yok Dayanılmaz ağrı var | |
| Ağrıyı Azaltan Faktörler:  Ortam değişikliği  Hareket Pozisyon   Masaj  İlaç  Diğer---------  Ağrıyı Arttıran Faktörler: Oturma Masaj Hareket  Pozisyon  Diğer  Hastanın ağrıyı azaltmak için yapılanlar:  Ağrının yaşam kalitesine etkisi:  Eşlik eden bulgular*:*  Bulantı-kusma  Uykusuzluk İştahsızlık   Fizik aktivitede azalma  Sosyal aktivitede azalma Terleme | |
| ***Kendini Algılama – Benlik Kavramı Örüntüsü****:* | |
| Emosyonel Durumu ◻ Sakin ◻ Endişeli ◻ Sinirli ◻ İçine kapanık Genel görünümü ◻ Bakımlı ◻ Bakımsız  -Bu bölüm daha küçük çocuklar için ebeveynine şu sorular sorularak değerlendirilecektir;  \* Hastalık nedeniyle çocuğunuz huyunda değişim oldu mu? ◻ Hayır ◻ Evet  Açıklayınız: ……………………………………………………………………………………………  -Bu bölümde 6 yaşından sonraki çocukların değerlendirilmesi için hastane ve kendisi ile ilgili resim çizdirtilecektir ve bu resim veri toplama formuna eklenecektir.  -Aşağıda yer alan sorular sadece adölesanlara sorulacaktır.  \*Hastalık nedeniyle kendiniz ile ilgili düşüncelerinizde değişim oldu mu? ◻ Hayır ◻ Evet Açıklayınız: ……………………………………………………………………………………………  \*Hastalık nedeniyle kendinize olan saygınızda değişim oldu mu? ◻ Hayır ◻ Evet Açıklayınız: ……………………………………………………………………………………………  \*Hastalık nedeniyle bedeniniz hakkındaki düşüncelerinizde değişim oldu mu? ◻ Hayır ◻ Evet Açıklayınız: …………………………………………………………………………………………… | |
| Aile içindeki rol/rolleriniz nelerdir?  Hastalık nedeniyle aile içindeki rolleri üstlenmekte sorun yaşıyor musunuz?  ◻ Hayır ◻ Evet Açıklayınız…………. | |

|  |
| --- |
| Hastalık aile içi ilişkilerinizi/iletişiminizi etkilendi mi?   * Hayır ◻ Evet Açıklayınız………….   Hastalık sizin hayatınızı etkiledi mi?   * Hayır ◻ Evet Açıklayınız………….   Hastalık çocuğunuz hayatınızı etkiledi mi?   * Hayır ◻ Evet Açıklayınız………….   Hastalık arkadaş/komşu/akrabalar ile ilişkilerinizi/ iletişiminizi etkiledi mi?   * Hayır ◻ Evet Açıklayınız………….   Yardıma ihtiyacınız olduğunda size destek olabilecek kişiler var mı?   * Hayır ◻ Evet Açıklayınız…………. |
| ***Cinsellik – Üreme Örüntüsü:*** |
| Erkekler için;  Seste kalınlaşma var mı? ◻ Hayır ◻ Evet  Koltuk altı kıllanma var mı? ◻ Hayır ◻ Evet  Pubik kıllanma var mı? ◻ Hayır ◻ Evet  Skrotumda ağrı var mı? ◻ Hayır ◻ Evet  Kızlar için menarş oldu mu? ◻ Hayır ◻ Evet (Ne kadar süredir menstural siklus yaşanıyor )  Hastalık sürecinde menstrual siklusta değişim oldu mu? ◻ Hayır ◻ Evet Açıklayınız:………………………  Pubik kıllanma var mı? ◻ Hayır ◻ Evet  Koltukaltı kıllanma var mı? ◻ Hayır ◻ Evet Göğüslerde büyüme var mı? ◻ Hayır ◻ Evet  Vajinal akıntı var mı? ◻ Hayır ◻ Evet (Özelliklerini yazınız……………… |
| ***Başetme-Stres Toleransı Örüntüsü:*** |
| Hastalığın ortaya çıkmasına neden olan bir olay/durum yaşadınız mı? (yaşı uygun olan çocuklara sorulacak)   * Hayır ◻ Evet Açıklayınız………….   Stresli olduğunuzda sakinleşmek için ne yaparsınız? (yaşı uygun olan çocuklara sorulacak)  Çocuğunuz hastalığının ortaya çıkmasına neden olan bir olay/durum yaşadınız mı? (Ebeveyne sorulacak)   * Hayır ◻ Evet Açıklayınız………….   Çocuğunuz stresli olduğunuzda sakinleşmek için ne yaparsınız? (Ebeveyne sorulacak) |
| **Değer-İnanç Örüntüsü:** |
| Aşağıdaki sorular ebeveynlere yöneltilecektir. Çocuğun yaşı uygunsa (adölesanlar) çocuğa da sorulacak. Hastalık tedavisini etkileyen dinsel/kültürel inançlarınız var mı?   * Hayır ◻ Evet Açıklayınız………….   Hastalığınız değer ve inançlarınızı etkiledi mi?   * Hayır ◻ Evet Açıklayınız………….   Geleceğe ilişkin hedefleriniz nelerdir? |

|  |
| --- |
| **Büyüme- Gelişme Örüntüsü** |
| **Çocuk aşağıda yer alan gelişim alanları açısından yaşına uygun gelişim gösterip göstermedi açık bir şekilde yazılacak**  Motor gelişim (Yaşa uygun):  Sosyal gelişim (Yaşa uygun):  Bilişsel gelişim (Yaşa uygun):  Seksüel gelişim (Yaşa uygun):  Ahlak gelişimi (Yaşa uygun): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fiziksel Değerlendirme** | |
| **Derinin ve eklerinin değerlendirilmesi** | Kaşık tırnak: |
| Renk: | Çomak parmak: |
| Tonüs: | Siyanoz: |
| Lezyon: | Ödem: |
| Skar: | Peteşi: |
| Kuruluk: | Ekimoz: |
| Döküntü: | Aydede yüz |
| Kaşıntı: | Fasial paralizi |
| Sıcaklığı: | Tüp/Dren/katater: |
| Kızarıklık: | Diğer bulgular………………… |
| **Baş** | Fontaneller (büyüklükleri, çöküntü, pulsasyon veya |
| Saçlı deride kuruluk: | kabarıklık): |
| Saç dökülmesi: | Kraniotabes: |
| Saç tellerinde incelme | Kitle: |
| Saçlarda renk değişimi: | Baş şekli: |
| Hijyen durumu: | Ağrı: |
|  | Diğer bulgular………………… |
| **Gözler** | Egzoftalmus |
| Konjonktiva rengi: | Diplopi |
| Skleraların rengi: | Fotofobi |
| Strabismus: | Pupiller refleks: |
| Pitozis: | Anizokori: |
| Nistagmus: | İzokori: |
|  | Periorbital ödem: |
|  | Diğer bulgular………………… |
| **Kulaklar**  Akıntı:  Hassasiyet:  Kızarıklık: | Çınlama  Kulak düşüklüğü:  İşitme cihazı:  Hijyen durumu:  Diğer bulgular………………… |
| **Burun** Tıkanıklık: Akıntı: Kanama: | Burun kanadı solunumu: Koku alma fonksiyonu: Deformite:  Diğer bulgular………………… |
| **Boyun**  Yutma güçlüğü Tortikolis | Ense sertliği  Lenf nodu palpasyonu: Hipertroid  Diğer bulgular………………… |
| **Ağız**  Ağız hijyeni:  Ağız içi mukoza rengi: Kuruluk:  Lezyon:  Dil üzerinde plak: Halitozis: Dudaklarda siyanoz: Diş sayısı:  Diş çürüğü: Diş kaybı: | Diş etinde kanama:  Diş etinde ödem:  Diş etinde çekilme: Yarık damak:  Yarık dudak:  Dil kökü yapışıklığı: Peroral siyanoz:  Tonsil büyüklüğü ve rengi: Tonsiller üzerinde plak: Diğer bulgular……………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Solunum Sistemi** Solunum sayısı: Solunum tipi: Dispne:  Öksürük: Sekresyon: Raller:  Stridor: Wheezing:  İnterkostal retraksiyon: Takipne  Bradipne Apne  Raşitik rosary: | Egzersiz intoleransı Göğüs ağrısı: Hemoptizi:  Pektus ekscavatus:  Pectus carinatus: Göğüste asimetri:  Meme başında ödem: Meme başında akıntı: Meme başında asimetri:  Aksiller lenf nodu palpasyonu: İnhaler kullanma:  Oksijen kullanma:  Diğer bulgular………………… |
| **Kardiyovasküler Sistem**  Kalp atım hızı: Nabız özelliği: Taşikardi: Bradikardi: Aritmi: Üfürüm:  Kalp ritmi: | Sağ ve sol dorsal ayak nabzı: Kapiller dolum:  Boyun venlerinde dolgunluk: Kan basıncı:  Hipertansiyon: Hipotansiyon:  Varis:  Diğer bulgular………………… |
| **Abdomen** Asimetri: Distansiyon: Umblikall herni:  Umblikal bölgede akıntı:  Umblikal bölgede kızarıklık:  İnguinal Herni | Assit:  Hepatomegali Stria:  Kolostomi:  İleostomi:  Bağırsak sesleri:…./dk Hipoaktif: Hiperaktif:  Diğer bulgular………………… |
| **Genital Gölge** Genital hijyen: Anal anomali: Hemoroid: Fissür:  Fistül:  Vajinal enfeksiyon: Klitoriste ödem: | Labia majör ve minör ödem: Fimozis:  Hipospadis: Epispadias:  Hidrasel: Kriptorşitizm:  Sünnet olma durumu:  Diğer bulgular………………… |
| **Kas-İskelet Sistemi**  Kas tonüsü:  Ağrı:  Tibial ödem:  DKÇ:  Kollarda asimetri: Spastisite Rijidite:  Eklem hareket açıklığında kısıtlılık:  Eklemlerde kızarıklık:  Eklemlerde Şişlik: Eklemlerde Hassasiyet: Hemortraz:  Kitle: Ekstremitelerin ısısı: | Kontraktür Pes planus: Sindaktili: Polidaktili:  Adaktili:  Sandal açıklığı:  Simian çizgi:  Tırnak hijyeni:  Tırnaklarda beyaz çizgi: Skolyoz:  Kifoz:  Lordoz:  Spina bifida:  Diğer bulgular………………… |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nörolojik Değerlendirme***  Apati:  Ataksi:  Denge kaybı:  Tremor:  Nöropati:  Konuşma ve anlama fonksiyonu: | | | | Ellerde uyuşma: Ayaklarda uyuşma: Karıncalanma: Hafıza:  Vertigo:  Hemipleji:  Parapleji:  Diğer bulgular……………. | |
| **Reflekslerin Değerlendirilmesi**  Arama refleksi Emme refleksi Babinski refleksi Adımlama refleksi Yakalama refleksi | | | | Gövdenin içe eğilme refleksi Moro refleksi  Tonik boyun refleksi Göz kırpma refleksi  Aksırma ve öksürme refleksi Esneme ve hıçkırık refleksi  Diğer bulgular……………. | |
| **Değerlendirmeye ilişkin yukarıda yer alan bulgular dışında sizin gördüğünü ve ele aldığınız bulgu varsa lütfen bu alana açıklayıcı bir şekilde yazınız?** | | | | | |
| **Hastalığın ve hastanede yatmanın çocuk üzerindeki psikososyal etkileri nelerdir? (sizin değerlendirdiğiniz ve gözlemlediğiniz)** | | | | | |
| **Hastalığın ve hastanede yatmanın aile üzerindeki psikososyal etkilerini nelerdir? (sizin değerlendirdiğiniz ve gözlemlediğiniz)** | | | | | |
| **Aşağıda değerlendirmenize yardımcı olacak bazı görseller yer almaktadır.** | | | | | |
| Örneğin; hastanızın pupilleri ışığa tepki olarak küçülüyor ve çapı 3 mm | | | | | |
| Ödemin derecesini resimde gösterildiği gibi belirleyiniz. | | | | | |
| Kapiller geri dolumu değerlendiriniz (Tırnak yatağındaki renk değişimi değerlendirilir. Yenioğanlarda ise sternum üzerinden değerlendirilir) | | | | | |
| Deri turgorunun değerlendirilmesi | | | | | |
| **Laboratuvar Çalışmaları** | **Referans**  **aralığı** | **Tarih……………**  **Hastanın Sonuçları** | | **\*Yorumunuz** | |
| **Hemogram** | | | | | |
| WBC |  |  | |  | |
| RBC |  |  | |  | |
| HGB |  |  | |  | |
| HCT |  |  | |  | |
| PLT |  |  | |  | |
| MCV |  |  | |  | |
| MCH |  |  | |  | |
| MCHC |  |  | |  | |
| **Biyokimya** | | | | | |
|  |  |  | |  | |
| Klor |  |  | |  | |
| Kalsiyum |  |  | |  | |
| Sodyum |  |  | |  | |
| Potasyum |  |  | |  | |
| Fosfor |  |  | |  | |
| Demir |  |  | |  | |
| Demir bağlama |  |  | |  | |
| Total demir bağlama kapasitesi |  |  | |  | |
| AST |  |  | |  | |
| ALT |  |  | |  | |
| ALP |  |  | |  | |
| GGT |  |  | |  | |
| LDH |  |  | |  | |
| Açlık kan şekeri |  |  | |  | |
| Tokluk kan şekeri |  |  | |  | |
| Albumin |  |  | |  | |
| Total Protein |  |  | |  | |
| Total Bilirubin |  |  | |  | |
| Direkt Bilirubin |  |  | |  | |
| BUN |  |  | |  | |
| Kreatinin |  |  | |  | |
| Üre |  |  | |  | |
| Ürik asit |  |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CRP |  |  |  |
| Aptt |  |  |  |
| INR |  |  |  |
| Pt |  |  |  |
| CK-MB |  |  |  |
| Troponin |  |  |  |
| Sedimentasyon |  |  |  |
| **İdrar Analizi** | | | |
| Dansite |  |  |  |
| pH |  |  |  |
| Glukoz |  |  |  |
| Keton |  |  |  |
| Protein |  |  |  |
| Lökosit |  |  |  |
| Bilirubin |  |  |  |
| Blood |  |  |  |
| **Diğer Analiz Sonuçları (Bu Tabloda Yer Almayan Hastanın Başka Laboratuvar Sonuçları Varsa Lütfen**  **Buraya Yazınız** | | | |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| \***Sadece normalden yüksek ya da düşük olan değerlerin nedenlerini ve sonuçlarını hastanın tıbbi**  **durumu ile ilişkilendirerek yorumlayınız.** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yaşamsal Bulgular** | | | | | | |
| **Saat** | **Ateş** | **Nabız** | **Kan Basıncı** | **Solunum** | **O2**  **saturasyon** | **Ağrı Değerlendirme**  **Skalasına göre** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **İlacın adı** | **Dozu ve verilme saati** | **Veriliş yolu** | **Etkisi** | **İlaç verilmedi ise**  **nedeni** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıvı-İzlem Formu Tarih……** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | Saatte Gidecek Sıvı Miktarı= | | | | |
| **GİREN SIVILAR ÖNCEKİ TOPLAM:** | | | | | | | **ÇIKAN SIVILAR ÖNCEKİ TOPLAM:** | | | | |
| **SAAT** | **GİDEN SIVILAR** | | | | | | **ÇIKAN SIVILAR** | | | | |
| **Oral** | **Kan ve kan ürünü** | **IV sıvılar (cinsi)** | | | | **İdrar** | **Dışkı** | **Kusma** | **NG**  **Tüp** | **Dren (ler)** |
| **Şişe Seviyesi** | **Giden miktar** | **Şişe Seviyesi** | **Giden miktar** |
| 08.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 09.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ARA**  **TOPLAM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ARA**  **TOPLAM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 04.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 05.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 07.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 08.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ARA**  **TOPLAM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **GENEL TOPLAM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Total Alınan Sıvı : Total Çıkarılan sıvı: Balans :**

**TANILAMA**

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

**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)

**UYGULAMA AŞAMASI**

(Planlanan girişim uygulandıysa (+), uygulanmadıysa (-) 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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**BU FORM İŞLETMELERDE MESLEKİ EĞİTİM DERSİNİ ALAN ÖĞRENCİLER İÇİNDİR**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI HAFTALIK RAPOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Çalıştığı Birim/Servis :** | | **Tarih :** |
| **Hemşirelik Bakımı ve İlgili Hizmetler:** | | |
| **İntörnlük Stajı Yapan Öğrencinin İmzası:** | **Staj Yapılan Birimin Sorumlu Hemşiresini İmzası:** | |

**\*Ayaktan tedavi ünitesi, acil, kan alma gibi birimlerde bu form doldurulacaktır. Bu form haftalık doldurulacaktır ve haftanın son günü birimdeki sorumlu hemşireye onaylatılmalıdır.**