



T.C.  
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ  
FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
İŞLETMELERDE MESLEKİ EĞİTİM CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ  
KLİNİK UYGULAMA REHBERİ

Doküman No: RH.07 İlk Yayın Tarihi: 15.6.2024 Revizyon Tarihi: Revizyon No: Sayfa No: 15

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

İŞLETMELERDE MESLEKİ EĞİTİM  
CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ  
KLİNİK UYGULAMA REHBERİ

ÖĞRENCİ AD SOYAD:

KLİNİK UYGULAMA YAPTIĞI BÖLÜM:

BOLU

## 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. Öğrencilerin forması alt lacivert, üst beyaz olup yaka ve ceplerde üniversitemizin renkleri biye olarak işlenmiş olmalıdır. Üst forma cebinde üniversitenin amblemi ve öğrencinin adı-soyadı yer almalıdır. Forma üstüne ihtiyaç halinde sadece lacivert/beyaz hırka giyilebilir, ayakkabı olarak sadece beyaz/lacivert spor ayakkabı olması gerekmektedir. Üst formanın içine uzun kollu tişört/body giyilmemelidir. Kişisel hijyenine özen göstermelidir. Öğrencilerin saçları toplu olmalı ve koyu renk makyaj/oje olmamalı, tırnaklar kısa olmalı, saat ve alyans dışında takı ve piercing olmamalıdır. Eşarp kullanan öğrenciler beyaz/lacivert renk kullanmalı ve şal formunda olmamalıdır. Erkek öğrenciler sakalsız/kirli sakal olmalıdır. **Belirtilen forma bütünlüğüne ve görünümüne 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.)

| Sosyo-Demografik Özellikleri                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                        |               |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| Hastanın Adı-Soyadı : .....                                                                                                                                    |  | Dosya No: .....                                                                                                                                        |               |        |
| Yaşı : .....                                                                                                                                                   |  | Oda No: .....                                                                                                                                          |               |        |
| Cinsiyeti : <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek                                                                                      |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Eğitim durumu : <input type="checkbox"/> Okuryazar değil <input type="checkbox"/> Okuryazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| : <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisans Üstü                                                           |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Medeni durumu : <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Dul                                                      |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Çalışma durumu : <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Çalışıyor (Mesleği:.....)                                                        |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Geçmiş Tıbbi Öyküsü                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Ailede genetik hastalık var mı?<br><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:                                                   |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Bilinen alerjisi var mı?<br><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                       |  | Hangi semptomlar olur?<br><input type="checkbox"/> Hırıltılı solunum <input type="checkbox"/> Nefes darlığı <input type="checkbox"/> Karın ağrısı      |               |        |
| <input type="checkbox"/> Besin: .....                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Burun akıntısı <input type="checkbox"/> Hapşırma <input type="checkbox"/> Bulantı                                             |               |        |
| <input type="checkbox"/> İlaç : .....                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Gözlerde Kızarıklık <input type="checkbox"/> Öksürme <input type="checkbox"/> Kusma                                           |               |        |
| <input type="checkbox"/> Diğer: .....                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Yüzde ödem <input type="checkbox"/> Anafilaksi <input type="checkbox"/> İshal                                                 |               |        |
|                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Ciltte kızarıklık <input type="checkbox"/> Ürtiker <input type="checkbox"/> Kaşıntı                                           |               |        |
|                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Diğer:.....                                                                                                                   |               |        |
| Kronik/tanılanmış hastalık var mı?<br><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:                                                |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Daha önce hastanede yatmış mı?<br><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:                                                    |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Geçirilmiş ameliyatları var mı?<br><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:                                                   |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Evde kullandığı ilaçlar var mı?<br><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                |  | İlacın adı                                                                                                                                             | Dozu /Sıklığı | Yolu   |
|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                        |               | Etkisi |
|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                        |               |        |
|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                        |               |        |
|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                        |               |        |
|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                        |               |        |
|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                        |               |        |
|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                        |               |        |
|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Hastaneye Yatış Öyküsü                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Hastaneye/servise nereden geldi?                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> Evinden <input type="checkbox"/> Bakımevinden <input type="checkbox"/> Acil odasından <input type="checkbox"/> Yoğun bakımdan |               |        |
|                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Başka servisten:..... <input type="checkbox"/> Diğer: .....                                                                   |               |        |
| Hastaneye/servise kiminle geldi?                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> Kendisi <input type="checkbox"/> Aile Üyesi <input type="checkbox"/> Arkadaş/Komşu <input type="checkbox"/> Ambulans          |               |        |
| Hastaneye/servise nasıl geldi?                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye <input type="checkbox"/> Sedyeye <input type="checkbox"/> Diğer: ..... |               |        |
| Hastanın yakınmaları nedir?                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Hastaneye gelmeden önce yapılan uygulamalar nelerdir?                                                                                                          |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Doktor tarafından belirlenen ön tanı/tanılar nedir?                                                                                                            |  |                                                                                                                                                        |               |        |
| Planlanan/ Geçirilen Cerrahi girişim nedir?                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                        |               |        |

| Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi Örüntüsü:</b>                                                                                                                                                                                              |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| Sağlığını nasıl tanımlar?                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      | <input type="checkbox"/> İyi                                                   | <input type="checkbox"/> Orta                                 | <input type="checkbox"/> Kötü                                                                             |
| Düzenli olarak sağlık kontrolleri yaptırır mı?                                                                                                                                                                                                   |                                                                      | <input type="checkbox"/> Hayır                                                 | <input type="checkbox"/> Evet                                 |                                                                                                           |
| Kontrol randevularını takip eder mi/uyar mı?                                                                                                                                                                                                     |                                                                      | <input type="checkbox"/> Hayır                                                 | <input type="checkbox"/> Evet                                 |                                                                                                           |
| İlaçlarını düzenli olarak kullanır mı?                                                                                                                                                                                                           |                                                                      | <input type="checkbox"/> Hayır                                                 | <input type="checkbox"/> Evet                                 |                                                                                                           |
| Egzersiz yapar mı?                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      | Ara sıra/sürekli egzersiz yapıyor ise tipini, sıklığını, süresini açıklayınız: |                                                               |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Hayır                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      | <input type="checkbox"/> Ara sıra                                              | <input type="checkbox"/> Evet                                 |                                                                                                           |
| Tütün/sigara içiyor mu?                                                                                                                                                                                                                          |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Hayır                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      | <input type="checkbox"/> Bıraktı                                               | ..... gün/ay/yıl önce bıraktı ve ..... paket/yıl içti.        |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | ..... paket/gün içiyor ve ..... ay/yıldır içiyor.                              |                                                               |                                                                                                           |
| Alkol/Madde kullanıyor musunuz?                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Hayır                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      | <input type="checkbox"/> Bıraktı                                               | ..... gün/ay/yıl önce bıraktı ve ..... miktar/kadeh/gün içti. |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | ..... miktar/ kadeh/gün içiyor ve ..... ay/yıldır içiyor.                      |                                                               |                                                                                                           |
| Sigara/alkol kullanıyorsa bırakmak ister mi?                                                                                                                                                                                                     |                                                                      | <input type="checkbox"/> Hayır                                                 | <input type="checkbox"/> Evet                                 |                                                                                                           |
| <b>Beslenme-Metabolik Örüntüsü:</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| Boy: .....                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> < 18.5 kg/m <sup>2</sup> (Zayıf)            | <input type="checkbox"/> 30-34.9 kg/m <sup>2</sup> (I. Derece Obez)            |                                                               |                                                                                                           |
| Kilo: .....                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 18.5-24.9 kg/m <sup>2</sup> (Normal Kilolu) | <input type="checkbox"/> 35-39.9 kg/m <sup>2</sup> (II. Derece Obez)           |                                                               |                                                                                                           |
| BKİ [Ağırlık / (boy) <sup>2</sup> ]: .....                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 25-29.9 kg/m <sup>2</sup> (Fazla Kilolu)    | <input type="checkbox"/> >40 kg/m <sup>2</sup> (III. Derece Morbid Obez)       |                                                               |                                                                                                           |
| Diyet kısıtlaması: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Tuzsuz <input type="checkbox"/> Diyabetik <input type="checkbox"/> Kardiyak <input type="checkbox"/> Proteinden fakir <input type="checkbox"/> K <sup>+</sup> dan fakir |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Diğer : .....                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| Sıvı kısıtlaması: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Açıklayınız: .....                                                                                                                                                   |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| Beslenme şekli: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nazogastrik <input type="checkbox"/> Gastrostomi <input type="checkbox"/> Total Parenteral                                                                                |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| İştah: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış                                                                                                                                          |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> İştahsızlık <input type="checkbox"/> Tat değişikliği                                                                                                    |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| Son 1 ayda kilo değişimi: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Artmış ..... <input type="checkbox"/> Azalmış .....                                                                                                              |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| <b>Boşaltım Örüntüsü:</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| <b>Bağırsak Boşaltımı</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      | <b>İdrar Boşaltımı</b>                                                         |                                                               |                                                                                                           |
| En son bağırsak boşaltım tarihi: .....                                                                                                                                                                                                           |                                                                      | İdrara çıkma sıklığı: ..... kez/günde                                          |                                                               |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Diyare : ..... kez/günde                                                                                                                                                                                                |                                                                      | <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Anüri                |                                                               |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Konstipasyon : ..... kez/haftada                                                                                                                                                                                        |                                                                      | <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Pollaküri            |                                                               |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Laksatif kullanma                                                                                                                                                                       |                                                                      | <input type="checkbox"/> Yanma <input type="checkbox"/> İdrar inkontinansı     |                                                               |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Fekal inkontinans                                                                                                                                                                       |                                                                      | <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Hematüri              |                                                               |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      | <input type="checkbox"/> Ürostomi <input type="checkbox"/> Noktüri             |                                                               |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      | <input type="checkbox"/> İdrar sondası-Kaçıncı günü:.....                      |                                                               |                                                                                                           |
| <b>Aktivite-Egzersiz Örüntüsü:</b>                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |                                                                                |                                                               |                                                                                                           |
| <b>Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri</b>                                                                                                                                                                                                           | <b>Bağımsız</b>                                                      | <b>Yarı Bağımlı</b>                                                            | <b>Bağımlı</b>                                                | <b>GYA sürdürmede enerji düzeyi</b><br><input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz |
| Düzenli yürüyüş                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                |                                                               | <b>Aktivite sırasında yaşanan şikayetler</b>                                                              |
| Merdiven inip çıkma                                                                                                                                                                                                                              |                                                                      |                                                                                |                                                               | <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Çarpıntı                                         |
| Beslenme                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                      |                                                                                |                                                               | <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Yorgunluk                                  |
| Giyinme                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                      |                                                                                |                                                               | <input type="checkbox"/> Diğer .....                                                                      |
| Kendine bakım                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                |                                                               | <b>Kullanılan yardımcı araçlar</b>                                                                        |
| Banyo yapma                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                      |                                                                                |                                                               | <input type="checkbox"/> Baston                                                                           |
| Tuvaleti kullanma                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      |                                                                                |                                                               | <input type="checkbox"/> Walker                                                                           |
| İdrar boşaltımı                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                |                                                               | <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye                                                              |
| Bağırsak boşaltımı                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |                                                                                |                                                               | <input type="checkbox"/> 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  
☐ Gece sık idrara çıkma  
☐ Gündüz uyuma  
☐ Diğer .....  
☐ Rüya (kabus) görme  
☐ Nefes darlığı yaşama

**Bilişsel – Algısal Örüntü:**

- ☐ Görme yetersizliği  
☐ İşitme Yetersizliği  
☐ Konuşma yetersizliği  
☐ Miyop  
☐ Şaşılık  
☐ Sağ  
☐ Kısımlı  
☐ Tam  
☐ Hipermetrop  
☐ Katarakt  
☐ Sol  
☐ Kısımlı  
☐ Tam  
☐ Astigmatizm  
☐ Glokom  
☐ Tam  
☐ İritme cihazı  
☐ Tercüman gereksinimi

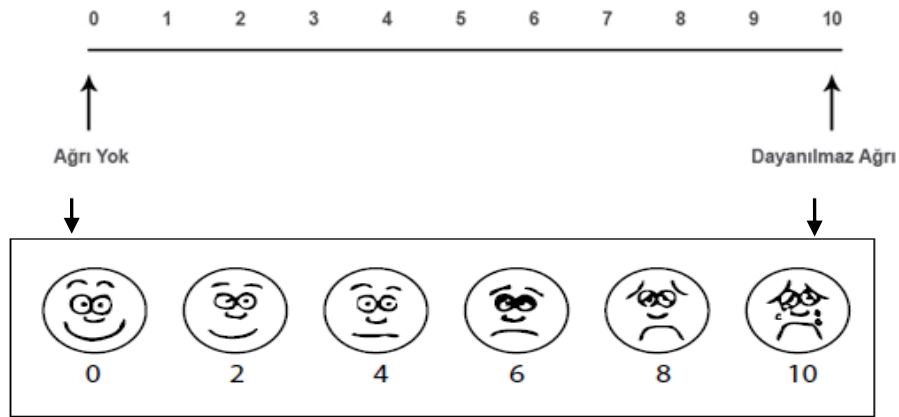
**Oryantasyon** ☐ Zaman ☐ Yer ☐ Kişi ☐ Oryante Değil**Glaskow Koma Skalası**

| 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    |

**Değerlendirme:** 13-15: Tamamen uyanık, oryante

8-12: Uyanıklılık ve oryantasyonda sorun var

8 ve altı: Koma

**Ağrı** ☐ Yok ☐ Var ☐ Yeri ..... ☐ Tipi..... ☐ Derecesi .....

\*İletişim kurulamayan hastalar için Yüz Skalasını kullanınız.

**Kendini Algılama – Benlik Kavramı Örüntüsü:**Emosyonel Durumu ☐ Sakin ☐ Endişeli ☐ Sinirli ☐ İçine kapanıkGenel görünümü ☐ Bakımlı ☐ BakımsızHastalığınız 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: .....

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Rol-İlişki Örüntüsü:</b>                                                                                                                                             |                                                                                                                                         |
| Aile tipi                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Çekirdek Aile <input type="checkbox"/> Geniş Aile                                                              |
| Birlikte yaşadığı kişiler                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Eş ve çocuklar <input type="checkbox"/> Diğer..... |
| Aile içindeki rol/rolleriniz nelerdir?                                                                                                                                  | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |
| Hastalığınız nedeniyle aile içindeki rolleri üstlenmekte sorun yaşıyor musunuz?                                                                                         | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                            |                                                                                                                                         |
| Hastalığınız aile içi ilişkilerinizi/iletişiminizi etkiledi mi?                                                                                                         | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                            |                                                                                                                                         |
| Hastalığınız iş hayatınızı etkiledi mi?                                                                                                                                 | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                            |                                                                                                                                         |
| Hastalığınız arkadaş/komşu/akrabalar ile ilişkilerinizi/iletişiminizi etkiledi mi?                                                                                      | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                            |                                                                                                                                         |
| Yardıma ihtiyacınız olduğunda size destek olabilecek kişiler var mı?                                                                                                    | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                            |                                                                                                                                         |
| <b>Cinsellik – Üreme Örüntüsü:</b>                                                                                                                                      |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> İmpotans <input type="checkbox"/> İnertilite <input type="checkbox"/> Cinsel yolla bulaşan hastalık            |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Libidoda azalma <input type="checkbox"/> Vajinal kuruluk <input type="checkbox"/> Cinsel aktivitede ağrı <input type="checkbox"/> Aşırı kanama |                                                                                                                                         |
| Menstrual siklusta değişim oldu mu?                                                                                                                                     | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                            |                                                                                                                                         |
| Hastalığınız/tedaviniz cinsel yaşamınızı etkiledi mi?                                                                                                                   | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                            |                                                                                                                                         |
| <b>Baş etme-Stres Toleransı Örüntüsü:</b>                                                                                                                               |                                                                                                                                         |
| Hastalığınızın ortaya çıkmasına neden olan bir olay/durum yaşadınız mı?                                                                                                 | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                            |                                                                                                                                         |
| Stresli olduğunuzda sakinleşmek için ne yaparsınız?                                                                                                                     | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |
| <b>Değer-İnanç Örüntüsü:</b>                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |
| Hastalığınızın tedavisini etkileyen dinsel/kültürel inançlarınız var mı?                                                                                                | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                            |                                                                                                                                         |
| Hastalığınız değer ve inançlarınızı etkiledi mi?                                                                                                                        | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet                                                                                                            |                                                                                                                                         |
| Geleceğe ilişkin hedefleriniz nelerdir?                                                                                                                                 | Açıklayınız:.....                                                                                                                       |

| Fiziksel Değerlendirme Bulguları                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Baş-Boyun:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Solunum Sistemi:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kuruluk <input type="checkbox"/> Aşırı yağlanma<br><input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Saç derisinde pullanma <input type="checkbox"/> Saç kaybı<br><input type="checkbox"/> Maske yüz <input type="checkbox"/> Aydede yüz <input type="checkbox"/> Fasial paralizi<br><input type="checkbox"/> Pitozis <input type="checkbox"/> Egzoftalmus <input type="checkbox"/> Diplopi<br><input type="checkbox"/> Konjonktivada solukluk <input type="checkbox"/> Fotofobi<br><input type="checkbox"/> Pupiller refleks <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Anizokori<br><input type="checkbox"/> Kulak Akıntısı <input type="checkbox"/> Kulak çınlaması<br><input type="checkbox"/> Burun tıkanıklığı <input type="checkbox"/> Burun akıntısı<br><input type="checkbox"/> Burun kanaması<br><input type="checkbox"/> Dudaklarda siyanoz <input type="checkbox"/> Dil üzerinde plak<br><input type="checkbox"/> Ağız içi mukozada solukluk <input type="checkbox"/> Lezyon<br><input type="checkbox"/> Ağız içi mukozada kuruluk <input type="checkbox"/> Halitozis<br><input type="checkbox"/> Kötü ağız hijyeni <input type="checkbox"/> Fetor Hepatikus<br><input type="checkbox"/> Diş kaybı <input type="checkbox"/> Diş çürüğü <input type="checkbox"/> Protez diş<br><input type="checkbox"/> Diş etinde ödem <input type="checkbox"/> Diş etinde kanama<br><input type="checkbox"/> Diş etinde çekilme <input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü<br><input type="checkbox"/> Hipertroid <input type="checkbox"/> Lenf nodlarında büyüme<br><input type="checkbox"/> Boyun eklem hareketi kısıtlılığı | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Göğüs ağrısı <input type="checkbox"/> Hemoptizi<br><input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Balgam<br><input type="checkbox"/> Raller <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Wheezing<br><input type="checkbox"/> Fıçı göğüs <input type="checkbox"/> İnterkostal retraksiyon<br><input type="checkbox"/> Takipne <input type="checkbox"/> Bradipne <input type="checkbox"/> Apne<br><input type="checkbox"/> Oksijen kullanma <input type="checkbox"/> İnhaler kullanma                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Kardiyovasküler Sistem:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipotansiyon <input type="checkbox"/> Hipertansiyon<br><input type="checkbox"/> Taşikardi <input type="checkbox"/> Bradikardi <input type="checkbox"/> Aritmi<br><input type="checkbox"/> Boyun venlerinde dolgunluk <input type="checkbox"/> Üfürüm<br><input type="checkbox"/> Uzamış kapiller geri dolum <input type="checkbox"/> Varis<br><input type="checkbox"/> İntermittent klaudikasyon<br><input type="checkbox"/> Sağ dorsal ayak nabızı <input type="checkbox"/> Güçlü <input type="checkbox"/> Zayıf<br><input type="checkbox"/> Sol dorsal ayak nabızı <input type="checkbox"/> Güçlü <input type="checkbox"/> Zayıf |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Abdomen:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Stria <input type="checkbox"/> Herni <input type="checkbox"/> Assit<br><input type="checkbox"/> Distansiyon <input type="checkbox"/> Kolostomi <input type="checkbox"/> İleostomi<br>Bağırsak sesleri:..../dk <input type="checkbox"/> Hipoaktif <input type="checkbox"/> Hiperaktif                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Kas-İskelet Sistemi:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Nörolojik Değerlendirme:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kifoz <input type="checkbox"/> Skolyoz <input type="checkbox"/> Lordoz<br><input type="checkbox"/> Spastisite <input type="checkbox"/> Rijidite <input type="checkbox"/> Fasikülasyon<br><input type="checkbox"/> El/ayak parmaklarında deformiteler<br><input type="checkbox"/> El/ayak parmaklarında nodüller<br><input type="checkbox"/> Elem hareket açıklığında kısıtlılık<br><input type="checkbox"/> Hipotonisite                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Denge Kaybı<br><input type="checkbox"/> Ellerde uyuşma <input type="checkbox"/> Ayaklarda uyuşma<br><input type="checkbox"/> Hemipleji <input type="checkbox"/> Parapleji <input type="checkbox"/> Kas atrofisi<br><input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Nöropati <input type="checkbox"/> Apati<br><input type="checkbox"/> Ataksi <input type="checkbox"/> Baş ağrısı <input type="checkbox"/> Vertigo                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Deri ve Ekleri:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Peteşi <input type="checkbox"/> Purpura <input type="checkbox"/> Ekimoz<br><input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Sarılık <input type="checkbox"/> Çomak parmak <input type="checkbox"/> Kaşık tırnak<br><input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Ödem <input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Tüp/Dren/katater <input type="checkbox"/> Terleme                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Fiziksel değerlendirmeniz sırasında gözlemlediğiniz bulguların yerini ve özelliklerini açıklayınız.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p>Örneğin; hastanızın pupilleri tepki olarak küçülüyor ve çapı 3 ise 3+ olarak belirtiniz.</p> </div> <div style="flex: 2; text-align: center;"> </div> <div style="flex: 0.5; text-align: right;"> <p>ışığa<br/>mm</p> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> </div> <div style="flex: 2;"> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>Kapiller geri dolumu değerlendiriniz (Tırnak yatağındaki renk değişimi 3 sn'den uzun olmamalı).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>Ödemin derecesini resimde gösterildiği gibi belirleyiniz.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

### YARA DEĞERLENDİRME FORMU

|                             | Yaranın özelliği<br>(abrazyon, kesi,<br>cerrahi, suture) | Yaranın<br>bulunduğu yer | Akıntı (özelliği,<br>rengi, kokusu) | Dren (tipi, gelen<br>miktar, çıkarılma<br>zamanı) | Pansuman özelliği ve<br>yapılma sıklığı |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Ameliyatın<br>hemen sonrası |                                                          |                          |                                     |                                                   |                                         |
| Ameliyat<br>sonrası 1. gün  |                                                          |                          |                                     |                                                   |                                         |
| Ameliyat<br>sonrası 2. gün  |                                                          |                          |                                     |                                                   |                                         |
| Taburculuk<br>durumu        |                                                          |                          |                                     |                                                   |                                         |
| Diğer                       |                                                          |                          |                                     |                                                   |                                         |

### BRADEN BASI YARASI RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

| Değerlendirme                | Puanlama                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                              |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2                                                                                                                                                                                                                                    | 3                                                                                                                                                                                           | 4                                                                                                                                                            |
| <b>Duyusal Algılama</b>      | <b>Tamamen Yetersiz</b><br>(Ağrılı uyarılara yanıt vermiyor.)                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Çok Yetersiz</b><br>(Yalnızca ağrılı uyarılara yanıt veriyor.)                                                                                                                                                                    | <b>Biraz Yeterli</b><br>(Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Sürekli iletişim kurulamıyor. Hastanın yatak içinde çevrilmesi gerekiyor.)                                                          | <b>Tamamen Yeterli</b><br>(Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Duyu kusuru yok.)                                                                                  |
| <b>Nemlilik</b>              | <b>Sürekli Islak</b><br>(Deri, ter, idrar, gaita ile sürekli ıslak, her çevrildiğinde ıslaklık hissediliyor.)                                                                                                                                                                                                        | <b>Çok Islak</b><br>(Deri çoğu zaman ıslak. Her vardiyada çarşafların bir kez değiştirilmesi gerekiyor.)                                                                                                                             | <b>Bazen Islak</b><br>(Deri bazen ıslak. Çarşafların ıslandıkça değiştirilmesi gerekiyor.)                                                                                                  | <b>Nadiren Islak</b><br>(Deri genellikle kuru, çarşafların rutin olarak değiştirilmesi gerekiyor.)                                                           |
| <b>Aktivite</b>              | <b>Yatağa Bağımlı</b><br>(Hertürlü bakım gereksinimi yatakta karşılanıyor.)                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Sandalyeye Bağımlı</b><br>(Çok az yürüyebiliyor. Sandalyeye oturabilmesi için yardım gerekiyor. Kendi ağırlığını kaldırmakta güçlük çekiyor.)                                                                                     | <b>Bazen Yürüyebiliyor</b><br>(Yardımla veya yardımsız kısa mesafede yürüyebiliyor. Her vardiyada çoğu zaman yatakta veya sandalyede oturuyor.)                                             | <b>Sık Sık Yürüyebiliyor</b><br>(Günde en az iki defa oda dışına çıkabiliyor. Oda içinde 2 saatte bir yürüyebiliyor.)                                        |
| <b>Hareket</b>               | <b>Tamamen Hareketsiz</b><br>(Yardımsız pozisyon değiştiremiyor.)                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Çok Hareketsiz</b><br>(Vücut ve ekstremiteler pozisyonunda hafif değişiklik yapabiliyor. Kendiliğinden pozisyonunu değiştiremiyor.)                                                                                               | <b>Az Hareketli</b><br>(Vücut ve ekstremitelerinde sık, ancak hafif değişiklik yapabiliyor.)                                                                                                | <b>Hareketli</b><br>(Pozisyonunu yardımsız sıklıkla değiştirebiliyor.)                                                                                       |
| <b>Beslenme</b>              | <b>Çok Yetersiz</b><br>(Asla öğününün tamamını yiyemiyor. Nadiren verilen yemeğin 1/3'ünü yiye biliyor. 2 öğün ya da daha az protein alabiliyor (Et ve süt ürünleri) Sıvı alımı az. Ağızdan sıvı desteği alamıyor. 5günden fazla süredir IV ve berrak diyet alıyor.)                                                 | <b>Yetersiz</b><br>(Verilen yemeğin yarısını, nadiren tamamını yiye biliyor. Günde 3 defa protein bazen destekleyici ek gıda alabiliyor. Uygun diyetin tüp ile verilen besinin birazını alabiliyor.)                                 | <b>Yeterli</b><br>(Öğünün yarısından fazlasını yiye biliyor. Günde 4 kez protein alabiliyor. Ara sıra öğünü reddediyor. Verilmişse ek diyeti ya da total parenteral beslenmeyi alabiliyor.) | <b>Çok İyi</b><br>(Her öğünü çoğunlukla yiyor, öğünleri reddetmiyor. Günde 4 defa protein alabiliyor. Genellikle öğün aralarında yiyor. Ek gıda gerekmiyor.) |
| <b>Sürtünme ve Yırtılma</b>  | <b>Sorun</b><br>(Hareket ederken çok fazla yardıma gereksinimi var. Çarşafta kaydırmaksızın tamamen kaldırılması olanaksız. Sıklıkla sandalyeden ya da yataktan aşağı kayıyor. Yeniden pozisyon vermede çok fazla yardıma gereksinimi var. Sertlik, kontraktür ya da huzursuzluk sürekli sürtünmeye yol açabiliyor.) | <b>Olası Sorun</b><br>(Çok az yardımla az ve güçsüz hareket yapabiliyor. Hareket sırasında deri, çarşafa sandalyeye ya da diğer malzemelere sürtünüyor. Genellikle yatak ve sandalyede pozisyonunu sürdürüyor, fakat bazen kayıyor.) | <b>Sorun Yok</b><br>(Yatak ve sandalyede bağımsız hareket edebiliyor. Kendini kaldırabilmek için, yeterli kas gücü var. Yatak ya da sandalyede her zaman uygun pozisyonda duruyor.)         |                                                                                                                                                              |
| Toplam puan >16 ise Risk Yok |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Toplam puan ≤ 16 ise Risk Var                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                              |

Toplam puan: .....

| İSTANBUL ADI SOYADI                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  | İTAKİ DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRİLMESİ VE TAKİP FORMU |                           |           |           |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|----------------------------------------------------|---------------------------|-----------|-----------|
| Doğum Tarihi                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                                                    |                           |           |           |
| İlinizi/Birimi                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                                                    |                           |           |           |
| A. İlk Değerlendirme                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                | B. Post-Op dönem | C. Hasta Düşmesi | D. Bölüm Değişmesi                                 | Risk değerlendirme tarihi |           |           |
|                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                                                    | E. Durum Değişmesi        | .../ Puan | .../ Puan |
| 1                                                                 | 65 yaş ve üstü                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                  |                                                    |                           | 1         | 1         |
| 2                                                                 | Bilinç kapalı                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                  |                                                    |                           | 1         | 1         |
| 3                                                                 | Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                  |                                                    |                           | 1         | 1         |
| 4                                                                 | Kronik hastalık öyküsü var.* (Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Artir, Paraliz, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar)                                                                                                           |                  |                  |                                                    |                           | 1         | 1         |
| 5                                                                 | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.                                                                                                                                                                                     |                  |                  |                                                    |                           | 1         | 1         |
| 6                                                                 | Üriner/Ekal kontinans bozukluğu var.                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                  |                                                    |                           | 1         | 1         |
| 7                                                                 | Görme durumu zayıf.                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                  |                                                    |                           | 1         | 1         |
| 8                                                                 | 4'den fazla ilaç kullanımı var.                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                                                    |                           | 1         | 1         |
| 9                                                                 | Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.** ( IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren, Perfüzör, Pacemaker vb.                                                                                                                                      |                  |                  |                                                    |                           | 1         | 1         |
| 10                                                                | Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                  |                                                    |                           | 1         | 1         |
| 11                                                                | Yürüme alanında fiziksel engel(ler) var                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                  |                                                    |                           | 5         | 5         |
| 12                                                                | Bilinç açık-koopere değil.                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                  |                                                    |                           | 5         | 5         |
| 13                                                                | Ayakta/yürürken denge problemi var.                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                  |                                                    |                           | 5         | 5         |
| 14                                                                | Baş dönmesi var                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                                                    |                           | 5         | 5         |
| 15                                                                | Ortostatik hipotansiyonu var.                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                  |                                                    |                           | 5         | 5         |
| 16                                                                | Görme engeli var.                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                  |                                                    |                           | 5         | 5         |
| 17                                                                | Bedensel engeli var.                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                  |                                                    |                           | 5         | 5         |
| 18                                                                | Hastaya bağlı 3 ve/veya üstü bakım ekipmanı var.** ( IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren, Perfüzör, Pacemaker vb.                                                                                                                                    |                  |                  |                                                    |                           | 5         | 5         |
| 19                                                                | Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.** Psikotropalar, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiyabetikler, Santral Venöz Sistem ilaçları(Digoksin vb.), Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar |                  |                  |                                                    |                           | 5         | 5         |
| Toplam Puan                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                                                    |                           |           |           |
| Değerlendirmeyi yapan Hemşire Ad Soyad İmza                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                                                    |                           |           |           |
| RİSK YOK                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                                                    |                           |           |           |
| Toplam Puanı 5'in altında                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                                                    |                           |           |           |
| YÜKSEK RİSK                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                                                    |                           |           |           |
| Toplam Puanı 5'in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır) |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                                                    |                           |           |           |

NOT:Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir. İtaki Düşme riski yalnızca yetişkin hastalarda kullanılır.



# GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

## I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hastanın;  
☐ Kimlik bilgileri  
☐ Ameliyath  
☐ Ameliyat bölgesi  
doğrulandı.
2. Hastanın rızası kontrol edildi mi?  
☐ Evet
3. Hasta aç mı?  
☐ Evet ☐ Hayır
4. Ameliyat bölgesi tıraş yapıldı mı?  
☐ Evet ☐ Hayır
5. Hastada makyaj/öje, profez, değerli eşya var mı?  
☐ Evet ☐ Hayır
6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat  
önlüğü ve binesi giydirildi mi?  
☐ Evet ☐ Hayır
7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?  
☐ Lavman ☐ Mesane Kateterizasyonu  
☐ Varis Çorabı ☐ Özel Tedavi protokolü  
☐ Diğer ☐ Hayır
8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme,  
implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?  
☐ Evet ☐ Hayır
9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri  
mevcut mu?  
☐ Evet

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

## II. Anestezi Verilmeden Önce

10. Hastanın kendisinden  
☐ Kimlik bilgileri  
☐ Ameliyath  
☐ Ameliyat bölgesi  
☐ Hastanın ameliyath ile ilgili rızası  
Doğrulandı.
11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?  
☐ Var ☐ İşaretleme  
uygulanamaz
12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi  
tamamlandı mı?  
☐ Evet
13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve  
çalışıyor mu?  
☐ Evet
14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?  
☐ Yok ☐ Var
15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?  
☐ Yok ☐ Var
16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan  
kayıbı riski var mı?  
☐ Yok
17. Var; uygun damar yolu erişimi ve  
sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

## III. Ameliyat Kesisinden Önce

17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve  
görevleri ile tanıttı mı?  
☐ Evet
18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini,  
yapılan ameliyath, ameliyat bölgesini teyit etti mi?  
☐ Evet
19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?  
☐ Tahmini ameliyat süresi  
☐ Beklenen kan kaybı  
☐ Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek  
beklenmedik olaylar  
☐ Olası anestezi riskleri  
☐ Hastanın pozisyonu
20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?  
☐ Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde  
uygulandı  
☐ Kullanılmaz
21. Kullanılacak malzemeler hazır mı?  
☐ Evet ☐ Hayır
22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?  
☐ Evet ☐ Hayır
23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?  
☐ Evet ☐ Hayır
24. Antikoagulan kullanımı var mı?  
☐ Evet ☐ Hayır
25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?  
☐ Evet ☐ Hayır

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

## IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü  
olarak  
☐ Hasta,  
☐ Yapılan ameliyat,  
☐ Ameliyat bölgesi,  
teyit edildi.
27. Alet, spanç/kompres ve iğne  
sayımları yapıldı mı?  
☐ Evet/Tam ☐ Hayır
28. Hastadan alınan numune etiketinde  
☐ Hastanın adı doğru yazılı  
☐ Numunenin alındığı bölge yazılı
29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler  
gözden geçirildi mi?  
☐ Anestezinin önerileri:
- ☐ Cerrahin önerileri:
30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği  
bölüm teyit edildi mi?  
☐ Evet

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

\* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

## AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIK VE AMELİYAT SONRASI TAKİP FORMU

| AMELİTTAN ÖNCESİ BAKIM                                                              | Saat | Hemşire | AMELİYAT GÜNÜ SABAHİ                                                                        | Saat | Hemşire |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|
| Planlanmış ameliyat gününün hasta ile teyit edilmesi                                |      |         | İşitme cihazının çıkarılması/ bırakıldığı anda ameliyathane hemşiresine haber verilmesi     |      |         |
| Ameliyat öncesi eğitim verilmesi                                                    |      |         | Amliyat bölgesinin kontrol edilmesi                                                         |      |         |
| Soluk alma, öksürme ve yatak içinde dönme egzersizlerinin öğretilmesi               |      |         | Aç olup olmadığının kontrol edilmesi                                                        |      |         |
| İnsizyon ve pansuman yerinin anlatılması                                            |      |         | Mesanein boşaltılması                                                                       |      |         |
| Drenler hakkında bilgi verilmesi                                                    |      |         | <b>AMELİYAT YATAĞI HAZIRLANMASI</b>                                                         |      |         |
| Foley sonda, NG sonda hakkında bilgi verimesi                                       |      |         | Hasatanın yatak takımlarının kontrol edilmesi, odanın havalandırılması                      |      |         |
| Ameliyathane ve yoğun bakım ortamı hakkında bilgi verilmesi                         |      |         | Ameliyat bölgesine uygun ara çarşafın hazırlanması                                          |      |         |
| Ameliyat sonrası ağrı/ ayağa kaldırma/ beslenme hakkında bilgi verilmesi            |      |         | Acil arabası/ tepsisi, O <sub>2</sub> manometresi ve kanülün kontrol edilmesi               |      |         |
| Cerrahi izn belgesinin/ rıza formunun kontrol edilmesi                              |      |         | İdrar askısı, şişesi, sürgü, ördek, mayi askısı ve böbrek küvetin temini                    |      |         |
| Ameliyat bölgesinin traş edilmesi                                                   |      |         | <b>AMELİYAT SONRASI (ERKEN DÖNEM)</b>                                                       |      |         |
| Tam kan sayımı-Biyokimya tetkikleri- Akciğer grafisi- İdrar tetkikleri              |      |         | Ameliyatın özelliğine ve kateterine uygun şekilde yatağına alınması                         |      |         |
| Kan bankası ile kan hazırlığı hakkında görüşme                                      |      |         | Solunum yollarının açıklığının sağlanması                                                   |      |         |
| Kan cross kartı kontrolü                                                            |      |         | Durumuna uygun pozisyon verilmesi                                                           |      |         |
| Anestezi konsültasyonu                                                              |      |         | Damar yolunun ve yaşam bulgularının takip edilmesi                                          |      |         |
| Hekim istemine göre sedative                                                        |      |         | Hastanın giydirilmesi ve ısıtılması                                                         |      |         |
| Hastanın yeterli süre aç bırakılması                                                |      |         | Kataterlerinin kontrol edilerek seviyelerinin not edilmesi                                  |      |         |
| Makyaj ve ojenin temizlenmesi/ Şu anda menstrüasyon var mı?                         |      |         | Bilnç durumunun kontrol edilmesi, ameliyatı, durumu, nerede olduğu hakkında bilgi verilmesi |      |         |
| Normal banyo/ Povidon iyot ile banyo                                                |      |         | <b>AMELİYAT SONRASI (GEÇ DÖNEM)</b>                                                         |      |         |
| Protez, takı ve değerli eşyaların “hasta eşyaları teslim formu” ile teslim alınması |      |         | Mobilizasyon sağlanması                                                                     |      |         |
| Hekim istemine göre boşaltıcı lavman                                                |      |         | Kanama kontrolü ve tromboemboli izlemi                                                      |      |         |
|                                                                                     |      |         | İsteme ve hastaya uygun beslenmenin sağlanması                                              |      |         |

## HEMŞİRELİK RAPORU

| Tarih | Saat | Rapor/Hemşirelik Girişimleri | İmza |
|-------|------|------------------------------|------|
|       |      |                              |      |

|                                                                                                                                                              |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>T.C. BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ</b><br><b>SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK</b><br><b>BÖLÜMÜ</b><br><b>CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ</b> | <b>Hastanın Adı-Soyadı:</b> |
|                                                                                                                                                              | <b>Bölümü:</b>              |
|                                                                                                                                                              | <b>Tanı:</b>                |
|                                                                                                                                                              | <b>Oda No:</b>              |
| <b>HASTA TABURCULUK VE EĞİTİM FORMU</b>                                                                                                                      | <b>Yaşı:</b>                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hastanın Mevcut Yaşam Koşulları                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor<br><input type="checkbox"/> Eşi ile yaşıyor<br><input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız) |
| Evde Bakımına Yardımcı Kimse Var Mı?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Hayır<br><input type="checkbox"/> Evet Evet ise kim?                                                       |
| Hastalığı ve Tedavisi Hakkında Bilgisi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Var<br><input type="checkbox"/> Yok                                                                        |
| Hastanın Taburculuktan Sonra Gideceği                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                     |
| Hasta/Yakınına Taburcu Olacağıının Bildirilmesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <u>Tarih/ Saat</u> <u>Hemşire /İmza</u>                                                                                             |
| ◇ Hastanın hazırlanmasına yardım edilmesi<br>◇ Varsa eşyasının teslimi<br>◇ Gerekirse dolaşım bozukluğu belirtilerinin öğretilmesi. Bu belirtiler görülürse hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi<br>◇ Gerekli ise hastanede yaptırılan egzersizlere evde de devam etmesinin söylenmesi<br>◇ Enfeksiyon belirtilerinin öğretilmesi. Bu belirtilerin görülmesi halinde hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi |                                                                                                                                     |
| <b>TEDAVİ</b><br><u>İLAÇ</u><br><u>ETKİLER</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <u>SAATİ</u> <u>OLABİLECEK YAN</u>                                                                                                  |
| <b>DİYET</b><br>KISITLAMALAR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                     |
| <b>BANYO YAPMA</b> :<br><b>MERDİVEN ÇIKMA</b> :<br><b>ARABA KULLANMA</b> :<br><b>CİNSEL YAŞAM</b> :<br><b>DİĞER</b> :                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                     |
| <b>KONTROL :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                     |
| YARA BAKIMI :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                     |
| YARDIMCI ARAÇ GEREÇLER :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                     |
| ÖZEL UYARILAR :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                     |
| TABURCU ÖZETİ :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                     |
| HEMŞİRENİN<br>ADI, SOYADI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | İMZASI:                                                                                                                             |

| Laboratuvar Çalışmaları        | Referans aralığı | Tarih..... Hastanın Sonuçları | *Yorumunuz |
|--------------------------------|------------------|-------------------------------|------------|
| <b>Hemogram</b>                |                  |                               |            |
| WBC                            |                  |                               |            |
| RBC                            |                  |                               |            |
| HGB                            |                  |                               |            |
| HCT                            |                  |                               |            |
| PLT                            |                  |                               |            |
| MCV                            |                  |                               |            |
| MCH                            |                  |                               |            |
| MCHC                           |                  |                               |            |
| <b>Biyokimya</b>               |                  |                               |            |
| 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                                                                                                                                   |  |  |  |
| <b>İdrar Analizi</b>                                                                                                                            |  |  |  |
| Dansite                                                                                                                                         |  |  |  |
| pH                                                                                                                                              |  |  |  |
| Glukoz                                                                                                                                          |  |  |  |
| Keton                                                                                                                                           |  |  |  |
| Protein                                                                                                                                         |  |  |  |
| Lökosit                                                                                                                                         |  |  |  |
| Bilirubin                                                                                                                                       |  |  |  |
| Blood                                                                                                                                           |  |  |  |
| <b>Hepatit Markerları</b>                                                                                                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                 |  |  |  |
| <b>Diğer Analiz Sonuçları (Bu Tabloda Yer Almayan Hastanın Başka Laboratuvar Sonuçları Varsa Lütfen Buraya Yazınız)</b>                         |  |  |  |
|                                                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                 |  |  |  |
| <b>*Sadece normalden yüksek ya da düşük olan değerlerin nedenlerini ve sonuçlarını hastanın tıbbi durumu ile ilişkilendirerek yorumlayınız.</b> |  |  |  |

|                         |
|-------------------------|
| <b>Ameliyat Raporu:</b> |
|                         |

|                          |
|--------------------------|
| <b>Yaşamsal Bulgular</b> |
|--------------------------|

[illegible]

|         |
|---------|
| İlaçlar |
|---------|

[illegible]

| Sıvı İzlem Formu                                                                                                            |               |                  |                    |               |              |  | Tarih.....                   |       |       |        |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|--------------------|---------------|--------------|--|------------------------------|-------|-------|--------|------------|
| $\text{Damla Sayısı (DDS)} = \frac{\text{Total Sıvı Miktarı} \times 20}{60 \text{ dk} \times \text{Verilecek Saat Süresi}}$ |               |                  |                    |               |              |  | 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

**UYGULAMA AŞAMASI**

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

**DEĞERLENDİRME AŞAMASI**

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

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

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

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

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