

**T.C.**

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİNDE BAKIM**

**KLİNİK UYGULAMA REHBERİ**

**ÖĞRENCİ AD SOYAD:**

**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 görünüme uyulmadığı takdirde öğrenci uygulamaya alınmayacaktır.**
19. Öğrenciler uygulama formasıyla hastane/kurum dışına çıkamaz.

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri** | | | | | | | |
| ***Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi Örüntüsü****:* | | | | | | | |
| Sağlığını nasıl tanımlar? | | | | ⁭ İyi ⁭ Orta ⁭ Kötü | | | |
| Düzenli olarak sağlık kontrolleri yaptırır mı? | | | | ⁭ Hayır ⁭ Evet | | | |
| Kontrol randevularını takip eder mi/uyar mı? | | | | ⁭ Hayır ⁭ Evet | | | |
| İlaçlarını düzenli olarak kullanır mı? | | | | ⁭ Evet ⁭ Hayır (nedeni)………………………….. | | | |
| Egzersiz yapar mı? Ara sıra/sürekli egzersiz yapıyor ise tipini, sıklığını, süresini açıklayınız:  ⁭ Evet …………………………………………………………………………………………………..  ⁭ Ara sıra ……………………………………………………………………………………………….  ⁭ Hayır (nedeni)………………………………………………………………………………………... | | | | | | | |
| Tütün/sigara içiyor mu?  ⁭ Hayır ⁭ Bıraktı ……… gün/ay/yıl önce bıraktı ve ……………… paket/yıl içti.  ⁭ Evet .……... paket/gün içiyor ve ………………. ay/yıldır içiyor. | | | | | | | |
| Alkol/Madde kullanıyor musunuz?  ⁭ Hayır ⁭ Bıraktı ……… gün/ay/yıl önce bıraktı ve ……………… miktar/kadeh/gün içti.  ⁭ Evet .……... miktar/ kadeh/gün içiyor ve ………………. ay/yıldır içiyor. | | | | | | | |
| Sigara/alkol kullanıyorsa bırakmak ister mi? | | | | ⁭ Hayır ⁭ Evet | | | |
| Daha önce alkol/tütün/sigara bırakmayı denedi mi?  ⁭ Hayır  ⁭ Evet (hangi yöntem kullanıldı?)………........................................................................................... | | | | | | | |
| Sosyal olarak alkol/tütün/sigara tüketiyor mu? ⁭ Hayır ⁭ Evet | | | | | | | |
| Pasif içicilik (2.elden ve 3.elden) var mı? ⁭ Hayır ⁭ Evet | | | | | | | |
| ***Beslenme-Metabolik Örüntüsü****:* | | | | | | | |
| Boy: …………… | | ⁭ < 18.5 kg/m2 (Zayıf) | | | | ⁭ 30-34.9 kg/m2 (I. Derece Obez) | |
| Kilo: …………… | | ⁭ 18.5-24.9 kg/m2 (Normal Kilolu) | | | | ⁭ 35-39.9 kg/m2 (II. Derece Obez) | |
| BKİ ⁭ 25-29.9 kg/m2  (Fazla Kilolu) ⁭ >40 kg/m2 (III. Derece Morbid Obez)  [Ağırlık / (boy)2]: …….  Bel Çevresi……… cm  Kalça çevresi……..cm  Bel/Kalça oranı:…./….. | | | | | | | |
| Herhangi bir beslenme tedavisi var mı? ⁭ Yok ⁭ Var  Beslenme tedavisi şekli nedir?  ⁭ Tuzsuz ⁭ Diyabetik ⁭ Kardiyak ⁭ Proteinden fakir ⁭ K+’ dan fakir  ⁭ Diğer : …………………………………………………………………………….. | | | | | | | |
| Tıbbi sıvı kısıtlaması: ⁭ Yok ⁭ Var Açıklayınız……………………………………………. | | | | | | | |
| Beslenme şekli: ⁭ Oral ⁭ Nazogastrik ⁭ Gastrostomi ⁭ Total Parenteral | | | | | | | |
| İştah: ⁭ Normal ⁭ Artmış ⁭ Azalmış  Sebebi: ⁭ Bulantı ⁭ Kusma ⁭ İştahsızlık ⁭ Tat değişikliği  ⁭ Diğer………………………………………………………………………….. | | | | | | | |
| Son 1 ayda kilo değişimi: ⁭ Yok  ⁭ Var (nasıl bir kilo kaybı ve miktarını belirtiniz)  ⁭ İstemli kilo artışı …… kg ⁭ İstemsiz kilo artışı…… kg  ⁭ İstemli kilo kaybı …… kg ⁭ İstemsiz kilo kaybı…… kg | | | | | | | |
| ***Boşaltım Örüntüsü****:* | | | | | | | |
| **Bağırsak Boşaltımı** | | | **İdrar Boşaltımı** | | | | |
| En son bağırsak boşaltım tarihi: ………... | | | İdrara çıkma sıklığı: …………….. kez/günde | | | | |
| Bağırsak boşaltımı ile ilgili sorunlar:  ⁭ Melena ⁭ Fekal inkontinans  ⁭ Diyare : …… kez/günde  ⁭ Konstipasyon : …… kez/haftada  ⁭ Diğer……………………………… | | | İdrar boşaltımı ile ilgili sorunlar:  ⁭ Oligüri ⁭ Poliüri ⁭ Dizüri Hematüri  ⁭ Anüri ⁭ Pollaküri ⁭ İdrar inkontinansı  ⁭ Noktüri ⁭ Diğer……………………………………… | | | | |
| Bağırsak boşaltımında kullanılan yöntemler  ⁭ Lavman ⁭ Laksatif kullanma  ⁭ Diğer………………………………….. | | | İdrar boşaltımında kullanılan yöntemler  ⁭ Ürostomi ⁭ Kalıcı kateter ⁭Aralıklı kateter  ⁭ Diğer……………………………………………………  ⁭ Üriner kateteri-Kaçıncı günü:………………………….. | | | | |
| **Derinin İşlevleri** Terlemede Artış⁭ Yok ⁭ Var Açıklayınız: ……………………………… | | | | | | | |
| ***Aktivite-Egzersiz Örüntüsü****:* | | | | | | | |
| **Günlük Yaşam Aktiviteleri** | | | | | | | |
| **Etkinlikler** | **Puan** | | | | **Bağımsız (1 Puan)** | | **Bağımlı (0 Puan)** |
| Banyo yapma | *…………………………………………………* | | | | Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor. | | Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor. |
| Giyinme | *…………………………………………………* | | | | Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir). | | Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor. |
| Tuvalet yapma | *………………………………………………* | | | | Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor. | | Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor. |
| Transfer | *…………………………………………………* | | | | Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor. | | Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor. |
| Kontinans | *…………………………………………………* | | | | Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut. | | Kısmi veya tam mesane veya bağırsak  inkontinansı mevcut |
| Beslenme | *…………………………………………………* | | | | Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor (Yemeği başkası hazırlayabilir). | | Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç |
| *GYA sürdürmede enerji düzeyi*  ⁭ Yeterli ⁭ Yetersiz  *Aktivite sırasında yaşanılan şikayetler*  ⁭ Dispne ⁭ Çarpıntı⁭ Göğüs Ağrısı ⁭ Yorgunluk  ⁭ Diğer ………………………………  *Kullanılan yardımcı araçlar*  ⁭ Baston ⁭ Walker ⁭ Tekerlekli Sandalye ⁭Diğer………………………………………… | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Uyku-Dinlenme Örüntüsü****:* | | | | | | | | | | | | |
| Gece uyku süresi ……..saat | | | | *Uyku düzenini bozan faktörler:* | | | | | | | | |
| ⁭ Uykuya dalmada zorluk | | | | ⁭ Psikolojik sorunlar | | | | | | ⁭ Rüya (kabus) görme | | |
| ⁭ Gece sık uyanma | | | | ⁭ Gece sık idrara çıkma | | | | | | ⁭ Nefes darlığı yaşama | | |
| ⁭ Erken Uyanma | | | | ⁭ Gündüz uyuma | | | | | | | | |
| ⁭ Uykudan sonra dinlenmiş hissetmeme | | | | ⁭ Diğer ……………………………………………………. | | | | | | | | |
| ⁭ Diğer ……………………………  Uyku/dinlenme örüntüsünü düzenlemeye/ kolaylaştırmaya yönelik yapılan uygulamalar  Yok Var  Banyo /ılık duş Çift yastık İlaç Kitap okuma  Sıcak içecek Diğer................................................................................................ | | | | | | | | | | | | |
| ***Bilişsel – Algısal Örüntü:*** | | | | | | | | | | | | |
| ⁭ Görme yetersizliği | | ⁭ Miyop | | ⁭ Hipermetrop | | | | ⁭ Astigmatizm | | | ⁭ Gözlük | |
|  | | ⁭ Şaşılık | | ⁭ Katarakt | | | | ⁭ Glokom | | | ⁭ Lens | |
| ⁭ İşitme Yetersizliği | | ⁭ Sağ ⁭ Kısmi  ⁭ Tam | | | ⁭ Sol ⁭ Kısmi  ⁭ Tam | | | | ⁭ İşitme cihazı | | | |
| ⁭ Konuşma yetersizliği  ⁭ Kekeme ⁭ Anlamsız kelimeler ⁭ Tercüman gereksinimi  ⁭ Hallüsinasyon/İllüzyon (Açıklayınız)…………………………….  ⁭Konsantrasyon bozukluğu / dikkat eksikliği (Açıklayınız)…………………………….  ⁭Öğrenmede zorluk (Açıklayınız…………………………….  ⁭Amnezi ⁭retrograd amnezi ⁭anterograd amnezi | | | | | | | | | | | | |
| **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 |
| \* Hastanın Bilinç düzeyini Glaskow Koma Skalası ile her üç alanı ayrı ayrı inceleyip hastanın cevabına karşılık gelen puanı yuvarlak içine alarak ve toplam puan üzerinden değerlendiriniz. | | | | | | | | | | | | |
| ***Ağrı*** ⁭ Yok ⁭ Var ⁭ Yeri ……………….. ⁭ Tipi…………………. ⁭ Derecesi …………    ağrı skalası ile ilgili görsel sonucu  \*İletişim kurulamayan hastalar için Yüz Skalasını kullanınız.  **Ağrıyı Azaltan Faktörler:**  Ortam değişikliği Hareket Pozisyon Masaj İlaç Diğer………………………………..  **Ağrıyı Arttıran Faktörler:**  Oturma Masaj Hareket Pozisyon Diğer……..  Hastanın ağrıyı azaltmak için yaptığı herhangi bir uygulama.  Var: Açıklayınız…………………………………………………Yok  Ağrının yaşam kalitesine etkisi:  *Eşlik eden bulgular:*  Bulantı-kusma Uykusuzluk İştahsızlık Fiziksel aktivitede azalma-artma Sosyal aktivitede Terleme Diğer…………………………………………. | | | | | | | | | | | | |
| ***Kendini Algılama – Benlik Kavramı Örüntüsü****:* | | | | | | | | | | | | |
| Emosyonel Durumu ⁭ Sakin ⁭ Endişeli ⁭ Sinirli ⁭ İçine kapanık | | | | | | | | | | | | |
| Genel görünümü ⁭ Bakımlı ⁭ Bakımsız | | | | | | | | | | | | |
| Hastalığınız nedeniyle kendiniz ile ilgili düşüncelerinizde değişim oldu mu? ⁭ Hayır ⁭ Evet | | | | | | | | | | | | |
| Açıklayınız: …………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |
| Hastalığınız nedeniyle kendinize olan saygınızda değişim oldu mu? ⁭ Hayır ⁭ Evet | | | | | | | | | | | | |
| Açıklayınız: …………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |
| Hastalığınız nedeniyle bedeniniz hakkındaki düşüncelerinizde değişim oldu mu? ⁭ Hayır ⁭ Evet | | | | | | | | | | | | |
| Açıklayınız: …………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Rol-İlişki Örüntüsü:*** | |
| Aile tipi ⁭ Çekirdek Aile ⁭ Geniş Aile | |
| Birlikte yaşadığı kişiler ⁭ Yalnız ⁭ Eş ⁭ Eş ve çocuklar ⁭ Diğer…………………... | |
| Aile içindeki rol/rolleriniz nelerdir? | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Hastalığınız nedeniyle aile içindeki rolleri üstlenmekte sorun yaşıyor musunuz?  ⁭ Hayır ⁭ Evet | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Hastalığınız aile içi ilişkilerinizi/iletişiminizi etkilendi mi?  ⁭ Hayır ⁭ Evet | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Hastalığınız iş hayatınızı etkiledi mi?  ⁭ Hayır ⁭ Evet | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Hastalığınız arkadaş/komşu/akrabalar ile ilişkilerinizi/ iletişiminizi etkiledi mi?  ⁭ Hayır ⁭ Evet | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Yardıma ihtiyacınız olduğunda size destek olabilecek kişiler var mı?  ⁭ Hayır ⁭ Evet | Açıklayınız:……………………………………………... |
| ***Cinsellik – Üreme Örüntüsü:*** | |
| ⁭ Normal ⁭ İmpotans ⁭ İnfertilite ⁭ Cinsel yolla bulaşan hastalık  ⁭ Libidoda azalma ⁭ Vajinal kuruluk ⁭ Cinsel aktivitede ağrı ⁭ Aşırı kanama | |
| Menstrual siklusta değişim oldu mu? Açıklayınız:……………………………………………...  ⁭ Hayır ⁭ Evet | |
| Hastalığınız/tedaviniz cinsel yaşamınızı etkiledi mi? ⁭ Hayır ⁭ Evet | Açıklayınız:……………………………………………... |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Başetme-Stres Toleransı Örüntüsü:*** | |
| Hastalığınızın ortaya çıkmasına neden olan bir olay/durum yaşadınız mı?  ⁭ Hayır ⁭ Evet | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Stresli olduğunuzda sakinleşmek için ne yaparsınız? Açıklayınız……………………………………  Hastalık veya hastaneye yatmaya ilişkin endişeleri (Parasal, özbakım..)  Yok Var Açıklayınız ……………………………………………………………….. | |
| ***Değer-İnanç Örüntüsü:*** | |
| Hastalığınızın tedavisini etkileyen dinsel/kültürel inançlarınız var mı?  ⁭ Hayır ⁭ Evet | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Hastalığınız değer ve inançlarınızı etkiledi mi?  ⁭ Hayır ⁭ Evet | Açıklayınız:……………………………………………... |
| Geleceğe ilişkin hedefleriniz nelerdir? | Açıklayınız:……………………………………………... |
|  |  |

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

**FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ VE FİZİKSEL DEĞERLENDİRME ÖZET TABLOSU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri** | **Hemşirelik Tanısı/Tipi** |
| **1. Sağlığı algılama ve sağlığın** **yönetim biçimi** (bireyin sağlığı ve iyilik halini nasıl algıladığını ve nasıl yönettiğini tanımlar) |  |
| **2. Beslenme-metabolik durum**  (metabolik gereksinimine göre yeme-içme tüketimini tanımlar) |  |
| **3. Boşaltım örüntüsü**  (barsaklar, mesane ve cilt yoluyla sekresyon biçimini ve boşaltılmasını tanımlar) |  |
| **4. Aktivite- egzersiz**  (bireyin uyku durumu ile aktiviteleri, yaptığı egzersiz, boş vakitlerini değerlendirme ve eğlence biçimini tanımlar) |  |
| **5.Uyku- dinlenme** |  |
| **6.Bilişsel algılama**  (bireyin duyuşsal algılama ve biliş durumunu tanımlar) |  |
| **7.Kendini algılama ve benlik kavramı**  (bireyin kendini rahatlatma, beden bilinci ve duygusal durumunu tanımlar) |  |
| **8.Rol ve ilişki şekli**  (toplumda ve aile içinde üstlendiği rol ve ilişkileri tanımlar) |  |
| **9.Cinsellik ve üreme şekli**  (cinselliğini ve üreme şeklini tanımlar) |  |
| **10.Başetme-stresi tolere etme şekli**  (genelde stres ile başetme ve stresi tolere etmedeki etkinliği tanımlar) |  |
| **11.Değer ve inançlar**  (bireyin değerleri, inançları, kararları ve seçeneklerine yön veren amaçları tanımlar) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laboratuvar Çalışmaları** | **Referans aralığı** | **Tarih……………**  **Hastanın Sonuçları** | **\*Yorumunuz** |
| **Hemogram** | | | |
| WBC |  |  |  |
| RBC |  |  |  |
| HGB |  |  |  |
| HCT |  |  |  |
| PLT |  |  |  |
| MCV |  |  |  |
| MCH |  |  |  |
| MCHC |  |  |  |
| **Biyokimya** | | | |
| Klor |  |  |  |
| Kalsiyum |  |  |  |
| Sodyum |  |  |  |
| Potasyum |  |  |  |
| Fosfor |  |  |  |
| Demir |  |  |  |
| Demir bağlama |  |  |  |
| Total demir bağlama kapasitesi |  |  |  |
| AST |  |  |  |
| ALT |  |  |  |
| ALP |  |  |  |
| GGT |  |  |  |
| LDH |  |  |  |
| Açlık kan şekeri |  |  |  |
| Tokluk kan şekeri |  |  |  |
| Albumin |  |  |  |
| Total Protein |  |  |  |
| Total Bilirubin |  |  |  |
| Direkt Bilirubin |  |  |  |
| BUN |  |  |  |
| Kreatinin |  |  |  |
| Üre |  |  |  |
| Ürik asit |  |  |  |
| CRP |  |  |  |
| Aptt |  |  |  |
| INR |  |  |  |
| Pt |  |  |  |
| CK-MB |  |  |  |
| Troponin |  |  |  |
| Sedimentasyon |  |  |  |
| **İdrar Analizi** | | | |
| Dansite |  |  |  |
| pH |  |  |  |
| Glukoz |  |  |  |
| Keton |  |  |  |
| Protein |  |  |  |
| Lökosit |  |  |  |
| Bilirubin |  |  |  |
| Blood |  |  |  |
| **Diğer Analiz Sonuçları (Bu Tabloda Yer Almayan Hastanın Başka Laboratuvar Sonuçları Varsa Lütfen Buraya Yazınız** | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| \***Sadece normalden yüksek ya da düşük olan değerlerin nedenlerini ve sonuçlarını hastanın tıbbi durumu ile ilişkilendirerek yorumlayınız.** | | | |

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

|  |
| --- |
| **İlaçlar** |
| **İlacın adı** | **Dozu ve sıklığı** | **Veriliş yolu** | **Etkisi** | **İlaç verilmedi ise nedeni** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

**PLANLAMA AŞAMASI**

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

**UYGULAMA AŞAMASI**

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

**TANILAMA**

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

**DEĞERLENDİRME AŞAMASI**

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

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