

T.C.

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ



CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ STAJI

HASTA DEĞERLENDİRME DOSYASI

Öğrencinin Adı-Soyadı:	
Staj Yapılan Hastane:	
Staj Yapılan Bölüm:	
Tarih:	
Staj Türü:	<input type="checkbox"/> 2. Sınıf Cerrahi Hemşireliği Stajı <input type="checkbox"/> Cerrahi Hemşireliği İntörnlük Stajı <input type="checkbox"/> Cerrahi Hemşireliği Yaz Stajı

**T.C. BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

STAJ RAPOR DOSYASI

Stajın Adı:	Öğretim Yılı :
Öğrencinin Adı ve Soyadı :	Okul No:
Bölümü :	Dönemi:
Staj Yapacağı Dersin Adı:	
Üniversite Adresi: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Gölköy Kampüsü –BOLU Tel: 0374 254 10 00 web: www.ibu.edu.tr	

STAJ YAPILAN KURUM/ KURULUŞUN

Adı :
Adresi :
Telefonu:
İletişim Kurulacak Yetkilinin Adı ve Soyadı:

Hasta değerlendirme formu ile eklerinden oluşan toplam 27 sayfalık bu Staj Rapor Dosyası, öğrenciniz.....tarafından Kurum/ Kuruluşumuzdaki çalışma süresi içerisinde hazırlanmıştır.

KURUM YETKİLİSİ

Adı ve Soyadı :	Tarih :
Unvanı :	İmza :
	Mühür

STAJ DEĞERLENDİRME FORMU

ÖĞRENCİNİN Adı ve Soyadı:	Fotoğraf (Zorunlu)
Okul No:	
Dönemi:	
Stajın Adı:	

Staj Yapılan Kurum/Kuruluşun Adı:		
<u>Çalıştığı Birim/ Servis(ler):</u>	<u>Tarih</u>	<u>Süresi (iş günü)</u>

DEĞERLENDİRME		
	NOT	Düşünceler
Görünüm ve genel davranışı		
Dakikliği		
Sorumluluk alması		
Yeterli teorik bilgiye sahip olması		
Teorik bilgiyi uygulamada kullanması		
Tanı işlemleri öncesi ve sonrası hastasına bakım vermesi		
Hastasına ameliyat öncesi ve sonrası bakım vermesi		
Sıvı-elektrolit dengesine yönelik uygulamaları: <ul style="list-style-type: none"> IV sıvıları başlatma ve sonlandırması Doğru AÇT yapması ve dren takibi 		
Asepsi kurallarına uyarak bakım vermesi		
Hastanın tedavisini bilme ve doğru uygulaması		
Acil durumlarda gösterdiği performans		
Hasta ve ailesine taburculuk eğitimi verme		
Hastayı uygun teslim alıp-verme		
Sağlık ekibi ile iletişimi		
Kayıt tutması		
Öğrenme isteği		
NOT ORTALAMASI:		
Staj yürütücüsünün Adı ve Soyadı:	İmza:	Tarih:

*Notlar, 100 puan üzerinden verilecektir.

T.C. BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Tarihi:	Değerlendiren Öğrenci Hemşire:
Hastanın Adı Soyadı:	Servisi:
Yaşı:	Hastanın Servise Kabul Tarihi:
Cinsiyeti:	Yatak No:
Medeni Durumu:	Klinik Tanı:
Eğitim Durumu:	Cerrahi Girişim Tarihi:
Mesleği:	Uygulanan Cerrahi Girişim:
Ev Adresi:	Uygulanan anestezi:
Tel. No:	Kan Grubu:
Birlikte Yaşadığı Kişiler:	Bilgi Kaynağı:

Hastanın Hastaneye Başvurmasına Neden Olan Şikayetleri ve Hastalık Hikayesi:

Hastanın Şimdiki Sağlık Durumunu Algılayışı:

Hastalıktan ve tedavi sürecinden kaynaklanan yaşam biçimi değişiklikleri:

Hastalıktan ve tedavi sürecinden kaynaklanan yetersizlik (fiziksel, psikolojik, sosyal) durumunu algılayışı:

Ailedeki rolü ve yeterliliği:

Sosyal ilişkilerindeki etkinlik durumu:

Hastanın Soygeçmişi:

Hastanın Özgeçmişi:

Allerjileri:

Kullanmakta Olduğu İlaçlar (Evde Kullandıkları ve Halen Kullanmakta Oldukları):

Kronik Hastalık:

Geçirilmiş Cerrahi Girişim/Hastalık/Kaza/Yaralanma vb.:

En son sağlık kuruluşuna başvurma zamanı ve başvuru nedeni (diş, göz, işitme, pap-smear, mamografi, kolesterol, EKG....v.b) :

Hastanın Alışkanlıkları:

Sigara/Alkol/Madde Kullanımı:

Beslenme Alışkanlıkları:

Boşaltım Alışkanlıkları:

Uyku Alışkanlıkları:

Hastanın Bağımsız Olarak Yaptığı ve Yapamadığı Aktiviteler:**Hastanın Eğitim Gereksinimi:**

FİZİKSEL DEĞERLENDİRME

Nörolojik	Solunum	Beslenme
Mental Durum <input type="checkbox"/> Şuur:..... <input type="checkbox"/> Kooperasyon:..... <input type="checkbox"/> Oryantasyon: Yer:..... Kişi:..... Zaman:..... <input type="checkbox"/> Uykulu:..... <input type="checkbox"/> Konfüze:..... <input type="checkbox"/> Huzursuz/Ajite:..... <input type="checkbox"/> Halüsinasyon:..... <input type="checkbox"/> GKS puanı:..... Pupiller <input type="checkbox"/> İzokorik <input type="checkbox"/> Anizokorik <input type="checkbox"/> Işığa yanıt:..... <input type="checkbox"/> Boyut: <i>Normal</i> <i>Miyotik</i> <i>Midriyatik</i> Nörolojik Öykü: <input type="checkbox"/> Epilepsi:..... <input type="checkbox"/> İnme/felç:..... <input type="checkbox"/> Motor kayıp:..... <i>Pleji (Yeri):.....</i> <i>Parazi (Yeri):.....</i> <input type="checkbox"/> Duyu kaybı:..... <input type="checkbox"/> Refleks bozuklukları:..... <input type="checkbox"/> Diğer:.....	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Solunum sayısı:...../dk <input type="checkbox"/> Solunumun niteliği:..... <input type="checkbox"/> Öksürük:..... <input type="checkbox"/> Balgam:..... <i>Rengi:.....</i> <i>Miktarı:.....</i> <input type="checkbox"/> Hemoptizi:..... <input type="checkbox"/> Dispne:..... <input type="checkbox"/> Siyanoz :..... <input type="checkbox"/> Oksijen tedavisi:..... <input type="checkbox"/> Trakeostomi:..... <input type="checkbox"/> Entübasyon:..... <input type="checkbox"/> Mekanik ventilasyon:..... <input type="checkbox"/> Postüral drenaj:..... <input type="checkbox"/> Derin solunum/öksürük egzersizi:..... <input type="checkbox"/> Triflo kullanımı:..... <input type="checkbox"/> Diğer:..... Kardiyovasküler <input type="checkbox"/> Göğüs ağrısı:..... <input type="checkbox"/> Çarpıntı:..... <input type="checkbox"/> Nabız:..... <input type="checkbox"/> Kan basıncı:..... – <i>Düşük</i> – <i>Normal</i> – <i>Yüksek</i> Periferel Damarlar <input type="checkbox"/> Periferel nabızlar alınıyor mu? – <i>Popliteal nabız:.....</i> – <i>Tibialis posterior:.....</i> – <i>Dorsalis pedis.....</i> – <i>Radyal nabız:.....</i> – <i>Brakial nabız:.....</i> Ekstremiteler <input type="checkbox"/> Ağrı:..... <input type="checkbox"/> Ödem:..... <input type="checkbox"/> Soğukluk/solukluk:..... <input type="checkbox"/> Uyuşma:..... <input type="checkbox"/> Renk değişikliği:..... <input type="checkbox"/> Siyanoz:..... <input type="checkbox"/> Varis:..... – <i>Hangi bacak:.....</i> – <i>Derecesi:.....</i> – <i>Varis çorabı kullanımı:.....</i>	<input type="checkbox"/> Hastanın kilosu:..... <input type="checkbox"/> BKİ:..... <input type="checkbox"/> BKİ'ne göre vücut yapısı: – <i>Zayıf</i> – <i>Normal</i> – <i>Obez</i> <input type="checkbox"/> Son 6 aydaki kilo kaybı:..... <input type="checkbox"/> Öğün sayısı:...../gün <input type="checkbox"/> Öğünlerini bitiriyor mu?..... <input type="checkbox"/> Özel diyet:..... <input type="checkbox"/> Diyetini algılayışı:..... <input type="checkbox"/> Diyeti hakkında bilgi gereksinimi:..... <input type="checkbox"/> Sevdiği besinler:..... <input type="checkbox"/> Sevmediği besinler:..... <input type="checkbox"/> Yeme-içme alışkanlığında değişiklik:..... <input type="checkbox"/> Takma diş varlığı <input type="checkbox"/> Oral müköz membranın durumu: <input type="checkbox"/> Tat duyusunda değişiklik:..... <input type="checkbox"/> Ağızda hassasiyet:..... <input type="checkbox"/> Dişeti kanaması:..... <input type="checkbox"/> Stomatit:..... <input type="checkbox"/> Disfaji:..... <input type="checkbox"/> Özofajit:..... <input type="checkbox"/> Hazımsızlık:..... <input type="checkbox"/> Bulantı-kusma:..... <input type="checkbox"/> Abdominal gerginlik:..... <input type="checkbox"/> Abdominal ağrı:..... <input type="checkbox"/> Epigastrik ağrı:..... <i>Yemek öncesi:.....</i> <i>Yemek sonrası:.....</i> <input type="checkbox"/> Hematemez:..... <input type="checkbox"/> Dehidrasyon:..... Beslenme şekli: – Enteral • <i>Oral</i> • <i>NG</i> • <i>Gastrostomi(PEG)</i> • <i>Jejunostomi(PEJ)</i> – Parenteral • <i>Periferel</i> • <i>Santral</i> <input type="checkbox"/> Total protein ve albümin değerleri:..... <input type="checkbox"/> Elektrolit Değerleri:
Konuşma <input type="checkbox"/> Anlaşılır:..... <input type="checkbox"/> Disfazik:..... <input type="checkbox"/> Boğuk:..... <input type="checkbox"/> Kekeleyerek:..... <input type="checkbox"/> Konuşma isteği:..... <input type="checkbox"/> Konuştuğu dil:.....		
Uyku <input type="checkbox"/> Süresi:.....st/gün <input type="checkbox"/> Sıklığı:...../gün <input type="checkbox"/> Dalma güçlüğü:..... <input type="checkbox"/> Sık uyanma:..... <input type="checkbox"/> Uykusuzluk:..... <input type="checkbox"/> Erken uyanma:..... <input type="checkbox"/> Dinlenememe:..... <input type="checkbox"/> Rahat uyuduğu pozisyon:.....		

Boşaltım		Kas-İskelet
<input type="checkbox"/> Günlük dışkılama sayısı:..... <input type="checkbox"/> Barsak sesleri:...../dk – <i>Hipoaktif</i> – <i>Normal</i> – <i>Hiperaktif</i> <input type="checkbox"/> Diyare:..... <input type="checkbox"/> Konstipasyon:..... <input type="checkbox"/> Enkoprezis:..... <input type="checkbox"/> Dışkılama sırasında ağrı:..... <input type="checkbox"/> Hemoroid varlığı:..... <input type="checkbox"/> Dışkıda taze kan:..... <input type="checkbox"/> Melena:..... <input type="checkbox"/> Gaz şikayeti:..... <input type="checkbox"/> Kolostomi:..... <input type="checkbox"/> Eski alışkanlığı	<input type="checkbox"/> İdrar yapma sıklığı:..... <input type="checkbox"/> Dizüri:..... <input type="checkbox"/> Noktüri..... <input type="checkbox"/> Hematüri..... <input type="checkbox"/> Oligüri..... <input type="checkbox"/> Anüri:..... <input type="checkbox"/> Retansiyon:..... <input type="checkbox"/> İnkontinans:..... <input type="checkbox"/> Hapşırırken/öksürürken idrar kaçırma:..... <input type="checkbox"/> İdrarın rengi:..... <input type="checkbox"/> İdrarın kokusu:..... <input type="checkbox"/> İdrarın dansitesi:..... <input type="checkbox"/> İdrar sondasının varlığı:..... <input type="checkbox"/> Ürostomi:.....	<input type="checkbox"/> Vücut postürü:..... <input type="checkbox"/> Kas tonüsü:..... <input type="checkbox"/> Kas spazmı:..... <input type="checkbox"/> Kaslarda atrofi:..... <input type="checkbox"/> Hareket kısıtlılığı:..... <input type="checkbox"/> Topallama:..... <input type="checkbox"/> Merdiven çıkarken zorlanma:..... <input type="checkbox"/> Yürürken zorlanma:..... <input type="checkbox"/> Bel/sırt ağrısı:..... <input type="checkbox"/> Tremor:..... <input type="checkbox"/> Artrit:..... <input type="checkbox"/> Ankilozan Spondilit:..... <input type="checkbox"/> Protez varlığı:..... <i>Hareket düzeyi</i> <input type="checkbox"/> Yatak istirahati:..... <input type="checkbox"/> Tuvalete gider:..... <input type="checkbox"/> Serbest dolaşır:..... <input type="checkbox"/> Hareketine yardımcı araç-gereçler – <i>Baston</i> – <i>Koltuk değneği</i> :..... – <i>Tekerlekli sandalye</i> :..... – <i>Birinin desteği</i> :.....
Reprodüktif Sistem		
BAYAN <input type="checkbox"/> Son adet tarihi:..... <input type="checkbox"/> Adet düzeni:..... <input type="checkbox"/> Dismenore:..... <input type="checkbox"/> Adet dışında kanama:..... <input type="checkbox"/> Cinsel ilişki sırasında ağrı: <input type="checkbox"/> Kullandığı doğum kontrol yöntemleri:..... – OKS kullandı ise süresi:..... <input type="checkbox"/> Vajinal Akıntı:..... – <i>Rengi</i> – <i>Kokusu</i> :..... <input type="checkbox"/> Menapoz:..... • <i>Kendiliğinden</i> • <i>Cerrahi</i> :..... ✓ <i>Histerektomi</i> :..... – <i>Menapoz yaşı</i> – <i>HRT</i> :.....	Memeler <input type="checkbox"/> Fibrokistik hastalık:..... <input type="checkbox"/> Ağrı/Hassasiyet:..... <input type="checkbox"/> Renk değişikliği:..... <input type="checkbox"/> Akıntı:..... <input type="checkbox"/> KKMM – <i>Yapıyor</i> – <i>Yapmıyor</i> :..... <input type="checkbox"/> Mamografi – <i>Çektirmiş</i> – <i>Çektirmemiş</i> :..... <input type="checkbox"/> Meme cerrahisi:..... – <i>Mastektomi</i> :..... – BAY <input type="checkbox"/> Prostat varlığı:..... <input type="checkbox"/> Lezyon varlığı:..... <input type="checkbox"/> İmpotans:..... <input type="checkbox"/> Diğer:.....	

Cilt-Saç-Tırnaklar		Gözler
<p>Deri</p> <input type="checkbox"/> Turgor:..... <input type="checkbox"/> Tonüs:..... <input type="checkbox"/> Isı: <input type="checkbox"/> Renk:..... <input type="checkbox"/> Yapı:..... <input type="checkbox"/> Pruritis:..... <input type="checkbox"/> Sarılık:..... <input type="checkbox"/> Egzama:..... <input type="checkbox"/> Peteşi:..... <input type="checkbox"/> Hematom:..... <input type="checkbox"/> Yanık:..... <input type="checkbox"/> Skar:..... <input type="checkbox"/> Laserasyon:..... <input type="checkbox"/> İnsizyon yarasının yeri/durumu:..... <input type="checkbox"/> Dren:..... <input type="checkbox"/> SVK:..... <input type="checkbox"/> PVK:..... <input type="checkbox"/> Cilt bakımında /temizliğinde kullandığı ürünler :.....	<input type="checkbox"/> Aşırı terleme:..... <p>Tırnaklar</p> <input type="checkbox"/> Kısa/Uzun:..... <input type="checkbox"/> Kırılma/Yarılma/Çatlama:..... <input type="checkbox"/> Leke:..... <input type="checkbox"/> Mantar:..... <input type="checkbox"/> Tırnak dibi/Pulpa Durumu:..... <input type="checkbox"/> Tırnak yeme alışkanlığı:..... <p>Saç</p> <input type="checkbox"/> Yapı:..... <input type="checkbox"/> Saç boyası/Perma:..... <input type="checkbox"/> Alopesi:..... <input type="checkbox"/> Kepek varlığı:..... <input type="checkbox"/> Bit varlığı:.....	<input type="checkbox"/> Görme Yeteneği: <input type="checkbox"/> Görme kaybı:..... <input type="checkbox"/> Gözlük:..... <input type="checkbox"/> Lens:..... <input type="checkbox"/> Sklera rengi:..... <input type="checkbox"/> Miyopi: <input type="checkbox"/> Hipermetropi: <input type="checkbox"/> Strabismus:..... <input type="checkbox"/> Katarakt:..... <input type="checkbox"/> Arpacık:..... <input type="checkbox"/> Şalazyon:..... <input type="checkbox"/> Diplopi:..... <input type="checkbox"/> Bulanık görme:..... <input type="checkbox"/> Kızarıklık:..... <input type="checkbox"/> Akıntı:..... <input type="checkbox"/> Yanma/Ağrı:..... <input type="checkbox"/> Kuruluk:..... <input type="checkbox"/> Sulanma:..... <input type="checkbox"/> Çapaklanma:..... <input type="checkbox"/> Diğer:..... <input type="checkbox"/> En son göz muayene zamanı :.....
Kulaklar	Burun ve Sinüsler	Boyun
<input type="checkbox"/> İşitme yeteneği:..... <input type="checkbox"/> İşitme kaybı:..... <input type="checkbox"/> İşitme cihazı:..... <input type="checkbox"/> Tinnitus:..... <input type="checkbox"/> Akıntı:..... <input type="checkbox"/> Ağrı:..... <input type="checkbox"/> Kaşıntı:..... <input type="checkbox"/> Kulakta dolgunluk hissi:..... <input type="checkbox"/> Kulakta Aşırı Serumen:..... <input type="checkbox"/> Diğer:..... <input type="checkbox"/> Kulak temizliğini ne ile/ nasıl yapıyor: <input type="checkbox"/> En son kulak muayene zamanı :.....	<input type="checkbox"/> Burun tıkanıklığı:..... <input type="checkbox"/> Burun kaşıntısı:..... <input type="checkbox"/> Burun akıntısı:..... <input type="checkbox"/> Geniz akıntısı:..... <input type="checkbox"/> Burun yoluyla nefes alırken zorlanma:..... <input type="checkbox"/> Rinit:..... <input type="checkbox"/> Koku alma duyusunda değişiklik:..... <input type="checkbox"/> Sık nazal sprey kullanımı:..... <input type="checkbox"/> Sinüsler üzerinde ağrı:.....	<input type="checkbox"/> Guatr:..... <input type="checkbox"/> Boyunda ağrı:..... <input type="checkbox"/> Boyunda hareket kısıtlılığı :... <input type="checkbox"/> Parotis ve Submandibular bezlerde şişlik:.....

Öz bakım Aktiviteleri

El yıkama alışkanlığı/ Ellerini ne zaman yıkıyor:.....

Tuvalet hijyeni:

Saç bakımı

Tarama sıklığı:.....

Yıkama sıklığı:.....

Saç bakımında /temizliğinde kullandığı ürünler :

Diş fırçalama alışkanlığı

Sıklığı: /gün

Süresi:/dk

Banyo alışkanlığı

Banyo yapma sıklığı:...../hafta

Banyoda kullandığı ürünler :.....

Ayak bakımı:.....

Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirme Durumu	0 (Kendi Kendine Tam Bakıyor)	1 (Araç Gerece Gereksinim Duyuyor)	2 (Bir Başka Kişinin Denetiminde Yapıyor)	3 (Bağımlı)
Giyinme, Kendine Çeki Düzen Verme Giysisini Giyme Düğmelerini İlikleyebilme Saçını Tarayabilme / Yıkayabilme Benzer Aktiviteler				
Yerinden Kalkma Sandalyeden Ayağa Kalkma Yatağa Girip Çıkma Benzer Aktiviteler				
Yemek Yeme Çatal- Kaşık Kullanabilme Bardağı Kaldırıp Ağzına Götürebilme Benzer Aktiviteler				
Yürüme Düz Yolda Yürüebilme Merdiven İnip Çıkabilme Benzer Aktiviteler				
Hijyen Vücudunu Yıkayıp Kurulama Tuvalete Oturup Kalkabilme Diş Fırçalayabilme Tırnak Bakımı Benzer Aktiviteler				

AĞRI TANILAMA FORMUAĞRI: Var Yok**Lokalizasyonu:**

Ağrı nerede?

Ağrı tek tarafta mı; her iki tarafta mı?

Süresi:

Bu ağrı ne zamandan beri var?

Bu ağrı ani ve şiddetli bir şekilde mi yoksa yavaş ve hafif olarak mı başladı?

Ağrı tekrarlıyor mu?

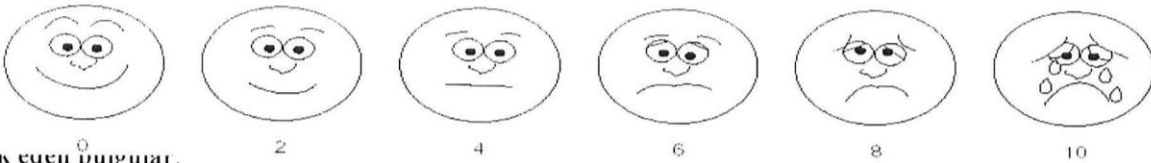
Gittikçe şiddetleniyor mu?

Ağrı ısrarla devam ediyor mu yoksa gidip geliyor mu?

Niteliği:
 Zonklayıcı Yanıcı Batıcı Yangı
 Künt Bıçak saplanır tarzda Diğer-----
Şiddeti:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

Ağrı Yüz Skalası**Eşlik eden bulgular:**
 Bulantı-kusma Uykusuzluk İştahsızlık Terleme
 Fizik aktivitede azalma Sosyal aktivitede azalma Diğer-----

Ağrıyı başlatan nedir?

Ağrıyı kötüleştiren durumlar nelerdir? Oturma Masaj Hareket Pozisyon Diğer-----**Hafifleten Faktörler:**Ağrınızı neler azaltır? Ortam değişikliği Hareket Pozisyon Masaj İlaç Diğer----

Ağrıyı azaltmak için istirahat ettiriyor musunuz?

Rahat ettiğiniz pozisyonlar var mı?

İlaçlar ağrınızı azaltıyor mu?

Ağrıyı azaltmada sıcak / soğuk uygulama yardımcı oluyor mu?

Kullandığınız ağrı kesici ilaçlar nelerdir? Lütfen belirtiniz.....

Son 24 saat içinde verilen tedaviler veya ilaçlar ağrınızı ne kadar geçirdi/iyileştirdi? Lütfen size en uygun yüzdeyi işaretleyiniz

Ağrı hiç %0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100 Ağrı tümüyle
dinmedi dindi

Size yapılan ağrı tedavisinden ne kadar memnun oldunuz?

Hiç memnun değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok memnunum

T.C. BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ	Hastanın Adı-Soyadı:
	Bölümü:
HEMŞİRE GÖZLEM FORMU	Tanı:
	Oda No:
	Yaşı:

<i>YAŞAM BULGULARI</i>						<i>ALDIĞI İLAÇLAR</i>		
TARİH	SAAT	ATEŞ	NABİZ	KAN BASINCI	SOLUNUM	VERİLEN DİYET İLAÇ VE NOTLAR	HEMŞİRE İMZA	
İLAÇIN VERİLMEME NEDENİ		TARİH/SAAT				ENJEKSİYON YERİ		TARİH/SAAT
<input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Hemodiyaliz <input type="checkbox"/> Tetkik için <input type="checkbox"/> Dr. Orderi beklettiği için <input type="checkbox"/> Hasta red ettiği için <input type="checkbox"/> Hasta izinli <input type="checkbox"/> Hasta ameliyatta <input type="checkbox"/> Diğer özel nedenler						<input type="checkbox"/> Sağ Deltoid <input type="checkbox"/> Sol Deltoid <input type="checkbox"/> Sağ Femoral <input type="checkbox"/> Sol Femoral <input type="checkbox"/> Sağ Abdomen <input type="checkbox"/> Sol Abdomen <input type="checkbox"/> Sağ Gluteus <input type="checkbox"/> Sol Gluteus <input type="checkbox"/> Diğer		

YARA DEĞERLENDİRME FORMU

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

TEDAVİ PLANI

PARENTERAL TEDAVİ			ORAL TEDAVİ		
Baş. Tarihi	Adı ve sıklığı	Saat	Baş. Tarihi	Adı ve sıklığı	Saat

İlaçların Etkisi/Yan etkileri (Kısaca açıklayınız):

T.C. BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ				Hastanın Adı-Soyadı:		
				Bölümü:		
SIVI İZLEM FORMU				Tanı :		
				Yaş :	Kilo:	Boy:
Dakikada Total sıvı miktarı x 20 Damla Sayısı = _____ (D.D.S.) 60 dakika x24				Saatte D.D.S.x 60 Gidecek = _____ =D.D.S. x 3 Sıvı 20		
SAAT	I. SIVI CİNSİ D.D.S	ŞİŞE SEVİYESİ	GİDEN MİKTAR	II. SIVI CİNSİ D.D.S	ŞİŞE SEVİYESİ	GİDEN MİKTAR

ALDIĞI-ÇIKARDIĞI İZLEMİ:

TARİH	ALDIĞI SIVI				ÇIKARDIĞI SIVI				
	ORAL		PARENTERAL		İdrar	Kusma	NGT	Dren	Diğer
Saat	Miktar	İçerik	Miktar	İçerik					
08-16									
16-24									
24-08									
Toplam									
Denge									

GLASKOW KOMA SKALASI			
		PUAN	
Göz hareketleri	Gözleri spontan açık	4	
	Sesli uyarıyla açıyor	3	
	Ağrılı uyaranlara yanıt yok	2	
	Cevap yok	1	
Motor Cevap	Sözel uyarıya cevap var	6	
	Lokal ağrıya cevap	5	
	Fleksiyon geri çekilme	4	
	Fleksiyon anormal	3	
	Ekstansiyon anormal	2	
	Cevap yok	1	
Sözel Cevap	Uyumlu	5	
	Konfüze	4	
	Saçma konuşma	3	
	Anlaşılmaz sesler	2	
	Cevap yok	1	
	TOPLAM PUAN	15	
DEĞERLENDİRME	13-15: Tamamen uyanık, oryante 8-12: Uyanıklılık ve oryantasyonda sorun var 8 ve altı: Koma		

NORTON BASI SKALASI			
		PUAN	
Fiziksel Durum	İyi	4	
	Orta	3	
	Zayıf	2	
	Çok Kötü	1	
Mental Durum	Açık	4	
	Apatik	3	
	Kofüze	2	
	Stupor	1	
Aktivite	Yürüyor	4	
	Yardımla Yürüyor	3	
	Sandalyeye Bağımlı	2	
	Stupor	1	
Mobilite	Tam	4	
	Hafif Kısıtlı	3	
	Çok Kısıtlı	2	
	İmmobil	1	
İnkontinas	Yok	4	
	Bazen	3	
	Genellikle/İdrar	2	
	İdrar ve Gaita	1	
	TOPLAM PUAN	20	
DEĞERLENDİRME	12 ve Üzeri: Risk Yok 11 ve Altı: Risk Grubunda		

KAN TETKİKLERİ (*Anormal değerlerin nedenini, hastalığı, tedavi ve bakım sürecini düşünerek kısaca açıklayınız.*)

BİYOKİMYA:

Tarih	Tetkik	Normal Değerler	Sonuçlar

HEMOGRAM:

Tarih	Tetkik	Normal Değerler	Sonuçlar

HEMOSTAZ:

Tarih	Tetkik	Normal Değerler	Sonuçlar

HEPATİT MARKERLARI:

Tarih	Tetkik	Normal Değerler	Sonuçlar

DİĞER KAN TETKİKLERİ (lipit paneli, tiroid paneli, sedim, CRP, kültür sonuçları vb.)

İDRAR TETKİKLERİ (*Anormal değerlerin nedenini, hastalığı, tedavi ve bakım sürecini düşünerek kısaca açıklayınız.*)

Tetkik	Tarih	Normal Değerler	Sonuçlar

DİĞER TETKİKLER ve SONUÇLARI (P.Akciğer, EKG, Tomografi, MR, USG vb.)

AMELİYAT RAPORU:

İTAKİ DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRİLMESİ VE TAKİP FORMU

Hastanın Adı Soyadı
Doğum Tarihi
Çinliği/Birimi

Risk değerlendirme tarihi			
A. İlk değerlendirme	B. Post-Op dönem	C. Hasta Düşmesi	D. Bölüm Değişmesi	E. Durum Değişmesi
1	65 yaş vfr. üstü				1	1	1	1
2	Bilişim kapalı				1	1	1	1
3	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.				1	1	1	1
4	Kronik hastalık öyküsü var.* (Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Artrit, Paraliz, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar)				1	1	1	1
5	Ayaktayırken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.				1	1	1	1
6	Üriner/Eskal kontinans bozukluğu var.				1	1	1	1
7	Görme durumu zayıf.				1	1	1	1
8	4'den fazla ilaç kullanımı var.				1	1	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	1	1
10	Yatak korulukları bulunuyor/çalışmıyor.				1	1	1	1
11	Yürüme alanında fiziksel engel(ler) var.				5	5	5	5
12	Bilinç açık-koopere değil.				5	5	5	5
13	Ayaktayırken denge problemi var.				5	5	5	5
14	Baş dönmesi var.				5	5	5	5
15	Ortostatik hipotansiyonu var.				5	5	5	5
16	Görme engeli var.				5	5	5	5
17	Bedensel engeli var.				5	5	5	5
18	Hastaya bağlı 3 veyeva üstü bakım ekipmanı var.** (IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren, Perfüzör, Pacemaker vb.)				5	5	5	5
19	Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.** Psikotropolar, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiyabetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları(Digoksin vb.), Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar				5	5	5	5
Toplam Puan								
Değerlendirmeyi yapan Hemşire Ad Soyad İmza								
RİSK YOK								
YÜKSEK RİSK								
Toplam Puanı 5'in altında								
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



Hastanın Adı Soyadı
Ameliyat/Bölgesi
Ameliyat Tarihi

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

- Hastanın;
 - Kimlik bilgileri
 - Ameliyath
 - Ameliyat bölgesi doğrulandı.
- Hastanın rızası kontrol edildi mi?
 - Evet
 - Hayır.....
- Hasta aç mı?
 - Evet
 - Hayır.....
- Ameliyat bölgesi traş yapıldı mı?
 - Evet
 - Hayır.....
- Hastada makyaj/öje, profez, değerli eşya var mı?
 - Evet.....
 - Hayır
- Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirdi mi?
 - Evet
 - Hayır.....
- Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?
 - Lavman
 - Mesane Kateterizasyonu
 - Varies Çorabı
 - Özel Tedavi protokolü
 - Diğer
 - Hayır
- Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?
 - Evet
 - Hayır
- Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?
 - Evet
 - Hayır

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

II. Anestezi Verilmeden Önce

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

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

III. Ameliyat Kesisinden Önce

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

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

IV. Ameliyattan Çıkımdan Önce

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

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

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

AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIK VE AMELİYAT SONRASI TAKİP FORMU

Hasta bilgileri

Hasta bilgileri	Saat	Hemşire	AMELİYAT GÜNÜ SABAHİ	Saat	Hemşire
AMELİYATTAN ÖNCESİ BAKIM					
Planlanmış ameliyat gününün hasta ile teyit edilmesi			İştime cihazının çıkarılması / bırakıldığında ameliyathane hemşiresine haber verilmesi		
Ameliyat öncesi eğitim verilmesi			Ameliyat bölgesinin kontrol edilmesi		
Soluk alma, öksürme ve yatak içinde dönme egzersizleri öğretilmesi			Aç olup olmadığının kontrol edilmesi		
İnsizyon ve pansuman yeri anlatılması			Mesanelerin boşaltılması		
Dişler hakkında bilgi verilmesi			AMELİYAT YATAĞI HAZIRLANMASI		
Foley sonda NG sonda hakkında bilgi verilmesi			Hastanın yatak takımlarının kontrol edilmesi, odanın havalandırılması		
Ameliyathane ve yoğun bakım ortamı hakkında bilgi verilmesi			Ameliyat bölgesine uygun arai çarşafın hazırlanması		
Ameliyat sonrası ağrı/ayağa kaldırma/beslenme hakkında bilgi verilmesi			Acil arabası/tepsisi O ₂ manometresi ve kantülün kontrol edilmesi		
Çerrahi izin belgesinin / rıza formunun kontrol edilmesi			İdrar askısı, şişesi, süngü, ördek, mayı askısı ve böbrek küvetin temini		
Ameliyat bölgesinin tıraş edilmesi			AMELİYAT SONRASI (ERKEN DÖNEM)		
Fam kan sayımı - Biyokimya tetkikleri - Akciğer grafisi- İdrar tetkikleri			Ameliyatın özelliğine ve kateterine uygun şekilde yatağına alınması		
Kan bankası ile kanların hazırlığı hakkında görüşme			Solumun yollarının açıklığının sağlanması		
Kan cross kartı kontrolü			Durumuna uygun pozisyon verilmesi		
Anestezi konsültasyonu			Damar yolunun ve Yaşam bulgularının takip edilmesi		
İlkekim istemine göre sedatif			saatle bir alınarak hemşire		
Hastanın yeterli süre aç bırakılması			Hastanın güyendirilmesi ve ısıtılması		
Makyaj ve ojenin temizlenmesi /Şu anda menstruasyon var mı?			Kateterlerinin kontrol edilerek seviyelerinin not edilmesi		
Normal banyo/Povidon iyot ile banyo			Bilinç durumunun kontrol edilmesi(ameliyatı, durumu, nerede olduğu) hakkında bilgi verilmesi		
Protez, tiki ve değerli eşyaların "Hasta Eşyaları Teslim Formu" ile teslimi			AMELİYAT SONRASI GEÇ DÖNEM		
Hekim istemine göre boşaltıcı lavman			Mobilizasyon sağlanması		
			Kanamama kontrolü ve tromboemboli izlemi		
			İsteme ve hastaya uygun beslenmenin sağlanması		

HEMŞİRELİK RAPORU

Tarih	Saat	Rapor/Hemşirelik Girişimleri	İmza

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

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

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Tarih	Hemşirelik Tanısı (Etyoloji ve Tanımlayıcı Özelliklerle Birlikte)	Amaç ve Hedefler	Planlama	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Tarih	Hemşirelik Tanısı (Etyoloji ve Tanımlayıcı Özelliklerle Birlikte)	Amaç ve Hedefler	Planlama	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Tarih	Hemşirelik Tanısı (Etyoloji ve Tanımlayıcı Özelliklerle Birlikte)	Amaç ve Hedefler	Planlama	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Tarih	Hemşirelik Tanısı (Etyoloji ve Tanımlayıcı Özelliklerle Birlikte)	Amaç ve Hedefler	Planlama	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme

NANDA 2009 HEMŞİRELİK TANI LİSTESİ
(FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ ALTINDA GRUPLANMIŞ
HEMŞİRELİK TANILARI)

1. SAĞLIĞIN ALGILANMASI	
Beslenmede Güçlenmeye Hazır Oluş Evin Bakımını Sağlamada Yetersizlik Sağlığı Geliştirme Davranışları Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik Terapötik Rejimi Etkili Yönetme Rahatta Bozulma Akut Ağrı Kronik Ağrı	Bulantı Sosyal İzolasyon Terapötik Rejimi Etkisiz Yönetme Terapötik Rejimi Etkisiz Yönetme: Aile Terapötik Rejimi Etkisiz Yönetme: Toplumsal Terapötik Rejimi Yönetmede Güçlenmeye Hazır Oluş
2. BESLENME METABOLİK DURUM	
Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Az Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Fazla Dentisyonda Bozulma Bebeğin Beslenme Örüntüsünde Etkisizlik Yutma Bozukluğu	Gereksinimden Fazla Beslenme Potansiyel Sıvı Volüm Eksikliği Sıvı Volüm Eksikliği Riski Sıvı Volüm Dengesizliği Riski Sıvı Volüm Fazlalığı Sıvı Dengesini Güçlendirmeye Hazır
3. BOŞALTIM BİÇİMİ	
Barsak İnkontinansı Diyare Gaz Değişiminde Bozulma Konstipasyon Konstipasyon Riski Üriner Boşaltımda Bozulma Fonksiyonel İnkontinans İdrar Tutamama (Sıkışarak Kaçırma)	İdrar Tutamama Riski Matürasyonel Enürezis Refleks İnkontinansı Stres İnkontinansı Total İdrar İnkontinansı Üriner Retansiyonu Üriner Eliminasyonu Güçlendirmeye Hazır Oluş
4. AKTİVİTE EGZERSİZ BİÇİMİ	
Aktivite İntoleransı Aktivite İntoleransı Riski Cerrahi İyileşmede Gecikme Eğlence Aktivitelerinde Eksiklik Enerji Alanında Rahatsızlık Etkisiz Doku Perfüzyonu (Spesifik); (Serebral, Kardiyo-pulmoner, Renal, GİS, Periferal) Fiziksel Mobilitede Bozulma Yatak İçi Mobilitede Bozulma Sandalyede Transfer Yeteneğinde Bozulma	Kardiyak Out-put'ta Azalma Öz bakım Eksikliği Sendromu Solunum Fonksiyonunda Bozulma Riski Etkisiz Solunum Örüntüsü Spontane Ventilasyonu Sürdürmede Yetersizlik Uykuyu (kalitesini) Güçlendirmeye Hazır Oluş Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık Uyku Yoksunluğu Yorgunluk
5. UYKU DİNLENME BİÇİMİ	
Uyku biçiminde bozukluk	Uykusuzluk
6. BİLİŞSEL ALGILAMA BİÇİMİ	
Amaçsız Gezinme Bilgi Eksikliği Bilgi Düzeyini Güçlendirmeye Hazır Oluş Çevreyi Yorumlamada Bozulma Sendromu Duyusal Algılamada Bozulma	Düşünme Süreçlerinde Bozulma Bellekte Bozulma İletişimde Bozulma Sözel İletişimde Bozulma İletişimde Güçlenmeye Hazır Oluş Konfüzyon (Akut-Kronik) Unilateral (Bir Tarafı) İhmal Etme
7. KENDİNİ ALGILAMA- KAVRAMA BİÇİMİ	

Benlik Kavramını Güçlendirmeye Hazır Oluş Benlik Kavramında Rahatsızlık Beden İmgesinde Rahatsızlık Durumsal Düşük Benlik Saygısı Durumsal Düşük Benlik Saygısı Riski	Kronik Düşük Benlik Saygısı Bireysel Kimlik Tanımında BozulmaGüçsüzlük Güçsüzlük Riski Ümitsizlik Yalnızlık Riski
8. ROL- İLİŞKİ BİÇİMİ	
Bakım Verici Rolünde Zorlanma Bakım Verici Rolünde Zorlanma Riski Aile İçi Süreçlerde Güçlenmeye Hazır Oluş Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma Disfonksiyonel Aile İçi Süreçleri Alkolizm Ebeveynlikte Güçlenmeye Hazır Oluş Ebeveynlikte Yetersizlik Ebeveynlikte Yetersizlik Riski	Ebeveyn-Bebek-Çocuk bağlılığında Bozulma Riski Ebeveynlik-Rol Çatışması Emzirmenin Kesintiye Uğraması Etkili Emzirme Etkisiz Emzirme Rol Performansında Etkisizlik Sosyal Etkileşimde Bozulma
9. BAŞETME-STRESİ İLE BAŞETME BİÇİMİ	
Adaptik Kapasitede Azalma İntrakranial Acı Çekme Beklenen Acı Çekme Disfonksiyonel Acı Çekme Anksiyete Ölüm Anksiyetesi Etkisiz Bireysel Baş Etme Savunucu Baş Etme Etkisiz İnkâr Aile Baş Etmesini Güçlendirmeye Hazır Oluş Aile Baş Etmesi-Ödün Verme Aile Baş Etmesinde Yetersizlik Baş Etmede Güçlendirilmeye Hazır Oluş Etkisiz Toplumsal Baş Etme	Korku T oplumsal Baş Etmeyi Güçlendirmeye Hazır Oluş Bebek Davranışının Disorganizasyonu Bebek Davranışının Disorganizasyonu Riski Bebek Davranışının Organizasyonunu Güçlendirmeye Hazır Oluş Kronik Keder Otonomik Disrefleksiya Otonomik Disrefleksiya Riski Post-Travma Sendromu Post- Travma Sendromu Riski Tecavüz Travma Sendromu Relokasyon (Taşınma) Stresi Relokasyon Stresi Riski
10. CİNSELLİK ÜREME BİÇİMİ	
Cinsellik Örüntülerinde Etkisizlik Cinsel Disfonksiyon	
11. İNANÇ VE DEĞERLER BİÇİMİ	
Karar Vermede Çatışma Spritüel Distres Spritüel Distres Riski Spritüel İyilik Halini Güçlendirmeye	Hazır Oluş Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük/ Uyuumsuzluk