AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ BÖLÜMÜ
KLİNİK UYGULAMA DERSİ
HASTA TANILAMA FORMU

Öğrencinin Adı-Soyadı:

Öğrenci Numarası :

Bölümü :

Klinik/Ünite :

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KLİNİK UYGULAMA DERSLERİ DÖNEM İÇİ UYGULAMA İLKELERİ

⇧ Dönem içinde kurum ve servis rotasyon değişikliği yapılmayacaktır. Gerekli görülen birimlerde sorumlu yürütücüsünün kontrolü dahilinde değişim yapılabilecektir

- Birimin uygulamasından sorumlu öğretim elemanının ve sorumlu hemşirenin bilgisi olmadan **kesinlikle** görev yerinden ayrılmayacaklardır.
- Öğrenci, öğretim elemanının kendisini görevlendirdiği yer dışında çalışmayacaktır.
- Uygulama süresince tüm öğrenciler belirlenen servislerinde bulunmak ve bu servisin yönetimsel işleyişine hâkim olmak durumundadır.
- Ayrıca öğrenciler, servisin ihtiyacına göre takip ve bakım sürecine yardımcı olmak durumundadır.
- İnvaziv işlemler kesinlikle yapılmayacaktır.
- Öğrenciler uygulama rotasyonu tarihleri içerisinde sorumlu öğretim elemanına 1 tane bakım planı verecektir. Bakım planları sorumlu öğretim elemanlarının belirlediği tarihe göre teslim edilecek, gününde verilmeyen bakım planları değerlendirmeye alınmayacaktır.

BAKIM PLANLARI SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANLARININ BELİRLEDİĞİ TARİHLERDE TESLİM EDİLECEKTİR.

- Yoğun bakım servislerinde uygulamaya çıkan öğrenciler "HASTA TANILAMA FORMU" ile ilgili bilgileri hastaların hemodinamik durumlarından dolayı hastalardan değil, hastanın ***yatak başı dosyasından*** alacaklardır.
- Uygulamaya çıkılan birimlerde hastaların mahremiyetine özen gösterilmelidir. Fotoğraf çekimi/ hasta dosyasının görüntülenmesi ***kesinlikle*** yasaktır.

⇧ "**KLİNİK UYGULAMA PORTFOLYO DOSYASI**" bölümüne, uygulama süresince yaptığınız uygulamalar (tüm birimleri için geçerli) günlük olarak kaydedilecek ve servis sorumlu hemşiresi tarafından imzalatılacaktır. İmzalatılmayan uygulamalar göz önüne alınmayacaktır. Bakım uygulama portfolyo'su, **BAKIM PLANI** ile birlikte sorumlu öğretim elemanına teslim edilecek ve uygulama notuna eklenecektir.

⇧ Öğrencilerden uygulama günlerinde imza alınacaktır. Toplam **2 (iki)** gün staj devamsızlığınız bulunmaktadır. Belirtilen günden fazla devamsızlığı öğrenciler uygulama dersinden **"devamsız"** olarak kabul edileceklerdir.

⇧ Öğrenciler, saat **08:30-12:00** ve **13.00-16.30** arasında uygulama yerinde olacaklardır. Geç kalan öğrenci uygulamaya alınmayacaktır. Yarım gün staj devamsızlığı kabul edilmeyecektir.

⇧ Öğrenciler uygulamaya çıktıkları gün ***yaka kartı*** takacaklardır.

⇧ Hastaların vital bulgularda kullanmak üzere ***kol saati ve steteskop (varsa)*** getirilecektir (Yoğun bakımlar ve huzurevleri hariç).

⇧ Uygulama alanlarında cep telefonu sessiz konumda olmalıdır. Acil durumlarda öğretim elemanının bilgisi dahilinde telefon görüşmesi yapılabilecektir.

⇧ Uygulama alanında **forma** giyilecektir. Forma bütünlüğü açısından üst beyaz, alt lacivert olacaktır.

⇧ Forma bütünlüğü ve fiziki görünümü uygun olmayan öğrenci staja **alınmayacaktır.**

⇧ Kız öğrencilerin saçları **toplanmış ve bağlı şekilde**, erkek öğrenciler ise saç– sakal traşlarının özenle yapılmış olması zorunludur. Tırnaklar **KESİNLİKLE** kısa ve ojesiz olmalıdır (parlatıcı kullanılabilir). Ayakkabılar topuksuz olacaktır. Bakıma olumsuz yansıyacak takı ve kıyafetler kullanılmayacaktır.

⇧ Uygulama notu; birimdeki **servis sorumlu hemşirenin/sorumlu öğretim elemanının** değerlendirmesinden, Klinik Vizit Formu ve **Hasta Tanılama Formu**, **Klinik Uygulama Portfolyo Dosyası** değerlendirmesinden oluşacaktır.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ BÖLÜMÜ
HASTA TANILAMA FORMU

Görüşmenin yapıldığı tarih:

Hastanın yatış tarihi:

Görüşmenin yapıldığı yer: Klinik: **Oda no:** **Yatak no:**

Görüşmenin yapıldığı kişi (hasta birey, yakını):

Hastanın TIBBİ TANISI: ……

I- BİREYE ÖZEL TANITICI BİLGİLER

Hasta Adı Soyadı:
Yaşı:
Yaşadığı Yer:
Cinsiyet:
Eğitim durumu:
Medeni Durumu (evli, bekar):
Meslek (memur, işçi, ev hanımı):
Çocuk sayısı:
Sosyal güvence: Var Yok
Başvuru şekli: Poliklinik/isteyerek Başka bir klinik Başka bir hastane Acil

Geliş şekli: Ayaktan Sedye Tekerlekli sandalye

Evden getirdiği/kullandığı tıbbi araç-gereçler:
İlaç İşitme cihazı Takma diş Gözlük Diğer.....

Notlar:.....
.....
.....
.....
.....

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

II- BİREYİN SAĞLIK/HASTALIK ÖYKÜSÜ

a) <u>SAĞLIĞIN ALGILANMASI VE SAĞLIĞIN YÖNETİMİ:</u>

Sağlık durumunu algılama-başlıca yakınması:

Sağlık-hastalık öyküsü:

Soygeçmiş:

Önceden geçirdiği hastalıklar ya da ameliyatlar:

Geçmişte ve halen sağlık arayış davranışları:

Önerilen tedavilere bağlılığı ve uyumu:

Yaralanmaya neden olacak risk faktörü var mı?

Risk Faktörleri:
Sigara/Alkol/ Madde bağımlılığı (miktar/gün olarak belirtiniz):

Allerjileri (ilaç, besin, flaster, boya vb.):

DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ			**SKOR**
1	**MİNÖR RİSK FAKTÖRLERİ**	65 Yaş ve üzeri	**1**
2		Bilinç kapalı	**1**
3		Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	**1**
4		Kronik hastalık öyküsü var.**	**1**
5		Ayakta veya yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği gibi) gereksinimi var.	**1**
6		Üriner-fekal inkontinası var.	**1**
7		Görme durumu zayıf	**1**
8		Günlük 4'ten fazla ilaç kullanımı var.	**1**
		Hastaya bağlı 1 veya 2 adet bakım ekipmanı var.***	**1**
10		Yatak korkulukları bulunmuyor veya çalışmıyor	**1**
11		Yürüme alanında fiziksel engel(ler) var.	**1**
12	**MAJÖR RİSK FAKTÖRLERİ**	Bilinç açık koopere değil	**5**
13		Ayakta veya yürürken denge problemi var.	**5**
14		Baş dönmesi var.	**5**
15		Ortostatik hipotansiyonu var.	**5**
16		Görme engeli var.	**5**
17		Bedensel engeli var.	**5**
18		Sakine bağlı 3 ve üzerinde bakım ekipmanı var.***	**5**
19		Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var. ****	**5**
TOPLAM SKOR = **Listede yuvarlak içine alınarak işaretlenen skorların* toplamı**			
** **Kronik Hastalık:** Hipertansiyon, Artrit, Depresyon, Diyabetes mellitus, Paralizi, Diğer nörolojik hst., Dolaşım sistemi hst., Sindirim sistemi hst., (hst: hastalıkları)			
*** **Hasta bakım ekipmanları:** IV infüzyon seti, Göğüs tüpü, Pacemaker, Solunum destek cihazı, Dren, Kalıcı katater, Perfüzatör vb			
**** **Riskli ilaçlar :** Psikotroplar, Nöroleptikler, Diüretik/laksatifler, Santral venöz sistem ilaçları, Narkolitikler, Antikoagülanlar, Antidiyabetikler, Benzodiyazepinler, Kan basıncını düzenleyici ilaçlar, Narkotik analjezikler			
DÜŞÜK RİSK => Toplam skor 1-4 arasında **YÜKSEK RİSK => Toplam skor 5 ve üzerinde** ***Yüksek Riskte => Dört yapraklı yonca figürü asılır.**			

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KISITLAMA (Tespit) İHTİYACI		
Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	☐ Evet ☐ Hayır	(Evet ise *Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü* uygulanır.)
İzolasyon gereksinimi var mı? ☐ Yok ☐ Var		
İzolasyon gereksinimi varsa Şekli	☐ Temas ☐ Sıkı temas ☐ Damlacık ☐ Solunum ☐ Diğer……**……..**	

Örnek Bakım Tanıları*:* 1) Risk/Sedanter Yaşam Biçimi; **2)** Risk/Riskli Sağlık Davranışı Eğilimi; **3)** Risk/Etkisiz Sağlık Yönetimi **4)** Risk/Sağlık Yönetimini Geliştirme İsteği; **5)** Düşme Riski; **6)**Diğer:……..

b) <u>BESLENME VE METABOLİK DURUM:</u>

Beslenme şekli: Normal Yardımla besleniyor Parenteral
Enteral Gastrostomi

Diyeti var mı? Hayır Evet…….....

İştah durumu nasıl? Normal Artmış Azalmış Bulantı Kusma

Yeme/yutma güçlüğü var mı? Yok Katı besin Sıvı besin

Ağız mukozasının durumu: Normal Stomatit Hiperemik
Kanama Moniliazis

Ağız kokusu var mı? Hayır Evet/özellik:.....

Tırnaklar: Renk…….Şekil……..……..Durum…….……Diğer …….....

Cilt durumu: Ilık Soğuk Kuru Terli /Soğuk ve Nemli Tam Diğer……. .....

Ödem varlığı:.....

Kilo:..... **Boy:**..... **BKİ:**.....

Son 1 yılda kilo alma/ kilo kaybı var mı?.....Varsa ne kadar?.....

Drenaj: Yok Var.....
Nazogastrik Foley Hemovak Nelaton Göğüs Tüpü Penrose Diğer:.....

IV / IA Kateter: Yok Var.....

Yara Bakımı: Yok Var.....

ALDIĞI	Saat/ Tarih	Saat/ Tarih	ÇIKARDIĞI	Saat/ Tarih	Saat/ Tarih
ORAL			İDRAR		
TÜPLE BESLENME			NG/DREN		
IV			KUSMA		
			DIŞKI		
DİĞER			DİĞER		
8 /24 SAAT TOPLAM			**8 / 24 SAAT TOPLAM**		
DEĞERLENDİRME					

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

BASI YARASI RİSKİNİ ÖLÇME (Norton Bası Skalası)										
Fiziksel Durum	**Puan**	**Mental Durum**	**Puan**	**Aktivite**	**Puan**	**Mobilite**	**Puan**	**İnkontinans**	**Puan**	**Toplam**
İyi	4	Açık	4	Yürüyor	4	Tam	4	Yok	4	
Orta	3	Apatik	3	Yardımla Yürüyor	3	Hafif kısıtlı	3	Bazen	3	
Zayıf	2	Konfüze	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok kısıtlı	2	Genellikle idrar	2	
Çok Kötü	1	Stupor	1	Stupor	1	İmmobil	1	İdrar ve gaita	1	
TOPLAM PUAN										

RİSK ÖLÇÜMÜ	**PUANLAMA**	**YAPILMASI GEREKEN FAALİYET**
Risk YOK	12 ve ↑	**Haftada bir kez** bası yarası riskini yeniden ölç + Bası Yarası **Oluşumunu Önleme** Talimatını uygula.
YÜKSEK risk	1-11	**Her gün** bası yarası riskini yeniden ölç + Bası Yarası **Pansumanı ve Bakımı** Talimatını uygula.

Örnek Bakım Tanıları*:* **1)** Risk/Sıvı Volüm Defisiti; **2)** Risk/Sıvı Volüm Fazlalığı; **3)** Risk/Sıvı Volüm Dengesiz Risk/Kusma; **4)** Risk/Beslenme: Gereksinimden Az; **5)** Risk/Beslenme: Gereksinimden Çok; **6)** Risk/Yutma Güçlüğü; **7)** Risk/Oral Mukoz Membranlarda Bozulma; **8)** Risk/Doku Bütünlüğünde Bozulma; **9)** Risk/Cilt Bütünlüğünde Bozulma; **10)** Diğer:……..

c) <u>BOŞALTIM ŞEKLİ:</u>

Son defekasyon tarihi:.....

Defekasyon durumu:

Normal Konstipasyon Diyare İnkontinans Ostomi Enkoprezis

Defekasyon gereksinimini karşılama biçimi: Normal Sürgü Alt bezi

Laksatif kullanma durumu: .....

Bağırsak sesi:.....

Mesane Alışkanlıkları: Normal ise sıklığı:…….....

Üriner inkontinans: Yok Var

Üriner inkontinans var ise:

Gündüz Gece Nadiren İşemeyi ertelemede güçlük Tuvalete ulaşmada güçlük

Yardımcı Araç: Gereksinimi yok Aralıklı kateterizasyon

Kalıcı kateter/yeri..... Eksternal kateter/yeri .....

İdrar yapma gereksinimini karşılama şekli:

Normal Sürgü/ördek Üriner kateter Alt bezi

Terleme /koku sorunu var mı?.....

Ostomi: Var Yok

Ostomi var ise: Kolostomi Ileostomi Ürostomi

Diğer:.....

Örnek Bakım Tanıları*:* **1)** Risk/Konstipasyon; **2)** Risk/Diyare; **3)** Risk/Gaita inkontinansı; **4)** Risk/İdrar inkontinansı; **5)** Risk/Üriner boşaltım yetmezliği; **6)** Risk/Üriner retansiyon; **7)** Diğer;……

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

d) <u>UYKU /İSTİRAHAT ŞEKLİ:</u>

Normalde/şimdi gecede kaç saat uyuyor?

Uykuyu kesintiye uğratan bir durum var mı? Yok Var.....

Uykuya başlamada bir problem var mı? Yok Var.....

Rahat uyumak/gevşemek için kullandığı bir yöntem var mı? Yok Var.....

Gündüz uyuma/şekerleme alışkanlığı var mı? Evet..... Hayır Bazen.....

Uykudan dinlenmiş olarak kalkıyor mu? Evet Hayır.....

Örnek BakımTanıları*: 1)* Risk/Uyku Örüntüsünde Bozulma; **2)** Diğer: ……..……

e) <u>AKTİVİTE/EGZERSİZ:</u>

Oksijen Kullanımı: Yok Var

Oksijen kullanımı var ise: Nazal Kanül /L/min …..……, Maske O2 .....

Solunum: Düzenli Güçlükle

Solunumda Zorluk: Hayır Evet .....

Solunum sayısı ve tipi:

Solunumda zorluk var ise: Dinlenmekle Çabayla.....

Öksürük: Hayır Evet

Öksürük var ise: Balgamsız Balgam → Renk ……., Yoğunluk……., Miktar……

Spirometri: Ulaştığı Seviye……hangi sıklıkla kullanıldığı…….....

Aspirasyon: Hayır Evet → Hangi sıklıkta……,Renk/Miktar…….....

Yapay Havayolu: Hayır Evet → Tipi……., Yeri…….....

İstenilen/gereken aktiviteleri tamamlamak için yeterli enerji…….....

Egzersiz tipi, düzenliliği…….....

Boş zamanlarda yapılan aktiviteler…….....

Vital Bulgular

Tarih		**Saat**	**Ateş**	**Nabız**	**Solunum**	**Kan basıncı**
	Sabah					
	Öğleden sonra					
	Diğer					
	Sabah					
	Öğleden sonra					
	Diğer					
	Sabah					
	Öğleden sonra					
	Diğer					

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

BARTHEL GÜNLÜK TEMEL YAŞAM AKTİVİTELERİ SKALASı (GYA).			
Beslenme	Tam Bağımsız yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir	10
	Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar	5
	Tam bağımlıdır	0
Yıkanma	Hasta yardımsız banyo yapabilir	5
	Yardıma ihtiyacı vardır	0
Kendine bakım	Elini yüzünü yıkayabilir, dişini fırçalayabilir, traş olabilir, Makyaj yapabilir	5
	Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar	0
Giyinip soyunma	Hasta giyinip soyunabilir, ayakkabı bağlarını çözebilir.	10
	Hasta giyinme esnasında yardıma ihtiyaç duyar (işin en az % 50 sini kendisi yapabilmelidir.)	5
	Tam bağımlıdır.	0
Bağırsak bakımı	Suppozutuar kullanabilir ya da gerekirse lavman yapabilir.	10
	Hasta belirtilen aktiviteler için yardıma gereksinim duyar	5
	İnkontinansı mevcuttur.	0
Mesane Bakımı	Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendi yapabilmelidir.	10
	Bazen tuvalete yetişemez ya da sürgüyü bekleyemez altına kaçırır.	5
	İnkontinandır veya kataterlidir ve mesanesini kontrol edemez.	0
Tuvalet Kullanımı	Duvardan veya tutunma barından destek alabilir. Tuvalet kağıdını kendi kullanabilir.	10
	Elbiselerini giyinip çıkarmak, tuvalet kağıdını kullanmak için bir miktar yardım ihytiyacı vardır.	5
	Tam bağımlıdır.	0
Tekerlekli Sandalyeden yatağa Transfer ve tersi transfer	Tam bağımsızdır	15
	Geçişler sırasında minimal yardım alabilir (sözel veya fiziksel)	10
	Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama sandalyeye geçiş için yardım alır.	5
	Tam bağımlıdır	0
Mobilite	Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Bireys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir (bireys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir)	15
	Hasta bir kişinin sözel veya fiziksel yardımıyla 45 metre yürüyebilir.	10
	Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir, hasta köşeleri dönebilir, yatağa tuvalete yanaşabilir.	5
	Hasta tekerlekli sandalyeye oturabilir ancak kullanamaz.	0
Merdiven inip çıkma	Bağımsız inip çıkabilir ancak destek de kullanabilir (tırabzan, koltuk değneği, baston vs…..)	10
	Hasta yukarıdaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar	5
	Tam bağımlıdır, yapamaz	0
Toplam puan		

0-20 Tam Bağımlı	**21-61 İleri Derece Bağımlı**	**62-90 Orta Derece Bağımlı**	**91-99 Hafif Derece Bağımlı**	**100 Tam Bağımsız**

Örnek Bakım Tanıları: 1) Risk/Aktivite intoleransı; **2)** Risk/Güçsüzlük; **3)** Risk/Fiziksel harekette bozulma; **4)** Risk/Öz-bakım defisiti: banyo, hijyen, giyinme/beslenme, tuvalet; **5)** Düşme riski; **6)** Risk/Hava yolu açıklığında yetersizlik; **7)** Risk/Doku perfüzyonunda bozulma; **8)** Risk/Gaz değişiminde bozulma; **9)** Risk/Kardiyak out-putta bozulma; **10)** Diğer:……..

f) <u>BİLİŞSEL ALGILAMA BİÇİMİ:</u>

İşitme güçlüğü: Yok Var…….....

İşitme cihazı kullanıyor mu? Hayır Evet…….....

Görme bozukluğu var mı? Yok Var…….....

Gözlük/lens kullanıyor mu? Hayır Evet…….....

Dokunma/hissetme kaybı var mı? Yok Var…….....

Koku alma yetisi: Normal Normal değil…….....

Tat alma yetisi: Normal Normal değil…….....

Hallüsinasyon/İllüzyon: Yok Var…….....

Konsantre olma/dikkatini toplama yeteneği:……..…….....

Son zamanlarda hatırlamada sorun yaşıyor mu? (yakın ve uzak zamana ilişkin olayları hatırlıyor mu?)…….....

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilinç Düzeyini Değerlendirme(Glasgow Koma Skalası)

Glasgow Koma Skalası		
	Yanıt Düzeyi	**Puan**
Göz Açma	Yok	1
	Ağrılı uyarılara yanıt olarak	2
	Konuşmaya yanıt olarak	3
	Kendiliğinden	4
Motor Yanıt	Yok	1
	Ektensör yanıt	2
	Fleksör	3
	Geri çekme şeklinde	4
	Lokalize edici	5
	İstemli	6
Sözel Yanıt	Yok	1
	Anlaşılmaz sesler	2
	Uygun olmayan yanıt	3
	Dağınık, konfüze yanıt	4
	Orayante yanıt	5
Bireyin/ hastanın toplam Puanı		

- Toplam Puan 13-15 Uyanık
- Toplam Puan 8 -12 Prekoma
- Toplam Puan 7 ve Koma
- GKS'ından 12 ve daha altı puan alan hastalar riskli olup takip ve tedavileri için hospitalizasyona ihtiyaç vardır

Ağrı Değerlendirme/Yönetimi: Ağrı var Ağrı yok





Ağrı Değerlendirme	**Tarih /Saat**				
Ağrı skoru (0-10)					
Ağrı niteliği					
Farmakolojik tedavi					
Nonfarmakolojik tedavi					
Yan etkiler					

Nitelik	**Farmakolojik tedavi**	**Non-farmakolojik tedavi**	**Yan etkiler**
1. İğneleyici 2. Yanıcı 3. Kramp 4. Kesici 5. Yanıcı 6. Batıcı 7. Spazmkasılma 8. Zonklayıcı 9. Diğer…	1. IV Non-Steroid AntiEnflamatuar (NSAID) 2. Oral Non-Steroid AntiEnflamatuar 3. IM İlaç 4. Hasta Kontrollü Analjezi (PCA) 5. Opoidler 6. Diğer ……	1. Masaj 2. Dikkati dağıtma 3. Müzik 4. Pozisyon 5. Sıcak/soğuk uygulama 6. Diğer ……	1. Sedasyon 2. Konstipasyon 3. Hipotansiyon 4. Bulantı - Kusma 5. Kaşıntı 6. Üriner retansiyon 7. Uyuşukluk/karıncalanma 8. Diğer

Ağrıyı Arttıran Faktörler: …….....

Ağrıyı Azaltan Faktörler: …….....

Örnek Bakım Tanıları: **1)** Risk/Bilgi Eksikliği **2)** Risk/Akut Ağrı; **3)** Risk/Kronik Ağrı; **4)** Risk/Duyusal Algılamada Bozulma; **5)** Risk/Düşünce Sürecinde-Hatırlamada Bozulma; **6)** Diğer:……

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

g) <u>KENDİNİ ALGILAMA/ KAVRAMA BİÇİMİ:</u>

Algıladığı herhangi bir tehlike/korku var mı? Yok Var.....

Endişe /Gerginlik /Huzursuzluk var mı? Yok Var.....

Yapılan cerrahi uygulamanın bedeninde yarattığı değişim: Yok Var.....

Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendine saygı, güven duyma ve kendine değer verme duygularında bir değişme var mı?

Yok Var.....

Örnek Bakım Tanıları: **1)** Risk/Korku **2)** Risk/Ümitsizlik **3)** Risk/Anksiyete; **4)** Risk/Benlik Saygısında Bozulma; **5)** Diğer:……..

h) <u>ROL İLİŞKİ ŞEKLİ:</u>

Yakın çevre ve arkadaşlarıyla ilişkilerinde bir zorluk yaşıyor mu? Hayır Evet.....

Sağlık personeli ile iletişimde bulunuyor mu? Evet Hayır.....

Diğer hastalarla iletişimde bulunuyor mu? Evet Hayır.....

Konuşma biçimi: Normal (Düzenli, mantıklı) Bozuk (hızlı, yavaş, küfürlü, alaycı gibi)

Sözlü ve sözsüz iletişimi arasında uyumsuzluk var mı? Yok Var .....

Dinlemede güçlük çekiyor mu? Hayır Evet.....

Örnek Bakım Tanıları: **1)** Risk/Sosyal İlişkilerde Bozulma; **2)** Risk/Aile Süreçlerinde Değişim; **3)** Risk/Sözel İletişimde Bozulma; **4)** Risk/Sosyal İzolasyon; **5)** Risk/Kederlenme; **6)** Risk/Etkisiz Rol Performansı; **7)** Diğer:……..

i) <u>CİNSELLİK VE ÜREME:</u>

Cinsel yaşamında değişiklik var mı? Yok Var…….....

Örnek Bakım Tanıları: **1)** Risk/Seksuel Disfonksiyon; **2)** Risk/Etkisiz Seksuel Kalıplar; **3)** Risk/Etkisiz Sağlık Yönetimi; **4)** Diğer: ……

j) <u>STRES İLE BAŞETME/ TOLERE ETME DURUMU:</u>

Yaşadığı güçlük, sıkıntı ve engeller var mı? Yok Var…….....

Bu güçlük ve engellerle nasıl baş edebiliyor?.....

Yaşadığı sıkıntılı durumlarla baş etmede ailesinin verdiği desteği yeterli buluyor mu?

Yeterli Kısmen yeterli Yetersiz

Son bir yıl içinde yaşadığı önemli yaşam değişiklikleri var mı? Yok Var…….....

Örnek Bakım Tanıları: **1)** Risk/Adaptasyonda Bozulma; **2)** Risk/Etkisiz Başetme; **3)** Risk/Etkisiz İnkar: **4)** Diğer:……

j) İNANÇ VE DEĞERLER ŞEKLI

Yaşamınızdaki en önemli şey nedir? …….....

Dinle ilgili yakın ilişkileriniz var mı? …….....

Sağlık bakımı verenlerin bilmesini istediğiniz herhangi bir özel isteğiniz var mı? …….....

Bakımınız karşılanırken sağlık bakımı veren kişinin göz önünde bulundurması gereken değer ve inançlarınız var mı?

.....

Örnek Bakım Tanıları: **1)** Risk/Dinsel Kurallara Uymada Bozulma **2)** Risk/ Spiritüel Distress Riski; **3)** Diğer:……

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

LABORATUVAR BULGULARI

KAN BİYOKİMYASI			
Testler	**Referans aralığı**	**Tarih**	1. Bu test bu hasta için neden istenmiş açıklayın 2. Anormal bulguların hastanın durumuyla ilişkisi
WBC (Lökosit)	4,800-10,800 bin/mm3		
RBC (Eritrosit)	4- 6 milyon/mm3		
PLT (Trombosit)	150-450 bin/µl		
Hemoglobin	12-16 g/dL		
Hematokrit	35-52 %		
AKŞ TKŞ	74-106 mg/Dl 80-140 mg/dL		
Na+ K+ Ca	136 -145 mEq/L 3,5-5,1 mEq/L 8,4- 10,2 mg/dL		
SGPT (ALT) SGOT (AST) ALP GGT	0-41 U/L 0-40 U/L 20-130 IU/L 0-45 U/L Kadın 0-55 U/L Erkek		
T.Bil D.Bil	0.1-1.2 mg/dL 0-0.2 mg/dL		
Albumin	3,97- 4,94 g/dL		
BUN KREATİN	6-20 mg/dL 0,7-1,2 mg/dL		
HDL LDL Total kolesterol Trigliserid	35-75 mg/dL 60-130 mg/dL 40-129 U/L 50-200 mg/dL		
T3 T4 TSH	2,5-3,9 pg/ml 6,1-11,2 pg/ml 0,34-5,6 mU/L		
ANA ASO RF CRP ESH	<1/40 <200 IU/mL <200 U/mL <3,0 mg/L 0-15 mm/saat Erkek 0-20 mm/saat Kadın		
Troponin CPK CK-MB LDH	0,00-0,04 mg/L 22-200 IU/L 0-4,94 ng/mL 135-214 U/L		
PT INR	10,4-14 sn 0,85-1,15		
İDRAR BİYOKİMYASI			
İdrar dansitesi PH Keton Glikoz Bilirubin Lökosit Eritrosit Kültür	1.001-1.035 4.5-7.5 0-15 0-50 Negatif 1-2 0-1		
ARTERİYEL KAN GAZLARI			
PH PaO2 PaCO2 SpO2 HCO3	7.35-7.45 90-100 mm/Hg 35-45 mm/Hg 95-97 % 22-26 mEq/L		

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KULLANILAN İLAÇLAR VE IV SIVILAR

İlacın Adı, Etken maddesi ve grubu	İlacın veriliş yolu	İlacın dozu	İlacın kullanım sıklığı	İlacın endikasyonu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

HASTALIĞIN ADI:	
HASTALIĞIN TANIMI:	
HASTALIĞIN ETİYOLOJİ/PATOFİZYOLOJİ:	
HASTALIK SÜRECİ	**HASTAYA İLİŞKİN HASTALIK SÜRECİ**
HASTALIKTA KULLANILAN TANI YÖNTEMLERİ	**SİZİN HASTAYA YAPILAN TANI YÖNTEMLERİ**
HASTALIĞIN KLİNİK BELİRTİ VE BULGULARI	**SİZİN HASTADA GÖRÜLEN KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR**
HASTALIĞIN TIBBI ve BAKIM YÖNETİMİ	**SİZİN HASTAYA YAPILAN TIBBI ve BAKIM YÖNETİMİ**

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

HASTA TABURCU VE EĞİTİM FORMU (Gerekli ise kullanınız ve ekleyiniz)	
Hastanın Mevcut Yaşam Koşulları	☐ Yalnız yaşıyor
	☐ Eşi ile yaşıyor
	☐ Diğer (Açıklayınız)
Evde Bakımına Yardımcı Kimse Var Mı?	☐ Hayır
	☐ Evet Evet ise kim?
Hastanın Taburculuktan Sonra Gideceği Yer	
Hasta/Yakınına Taburcu Olacağının Bildirilmesi	Tarih/ Saat Hemşire /İmza
□ Hastanın hazırlanmasına yardım edilmesi □ Varsa eşyasının teslimi	

TABURCULUK PLANINDA ELE ALINACAK KONULAR

İlaç:

Diyet:

Egzersiz:

Özbakımının Desteklenmesi (banyo yapma, yemek yeme, giyinme, merdiven çıkma, araba kullanma gibi):

Sağlık Kontrolü:

Yardımcı Araç Gereçler:

Yara Bakımı:

Hastalığın Komplikasyonlarına Yönelik Eğitim:

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bakım planı hazırlanırken dikkat edilecek hususlar:

1. Veri toplama aşamasında dikkatli olunmalı hastanın tüm problemlerini kapsayan ayrıntılı veri toplama yapılmalıdır.
2. Veriler toplanırken belirlenen problemlerin tamamına bakım planının "bakım tanıları" bölümünde mutlaka yer verilmelidir.
3. Laboratuvar verilerinin normal olanları da dâhil olmak üzere hepsi yazılmalı, değerler analiz edilerek gerekli tanılar oluşturulmalıdır.
4. Hastanın ilaçları 7 ve daha az ise tamamı daha fazla ise en önemli 7 tanesi ayrıntılı olarak incelenmelidir.
5. Bakım tanılarını, NANDA da ifade edilen şekliyle ve mutlaka nedeni ile birlikte yazınız.
6. Hastanın tıbbi tanısını bakım tanısına "neden" olarak yazmayınız.
7. Bakım planlarında ortak bir dil kullanılması gerektiğinden, AMAÇ bölümünde mek-mak eklerini kullanınız. Amacınızı yazarken, genel olarak tanıda belirtilen problemi ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek anlamına gelen basit ve net ifadeler kullanınız.
8. Beklenen hasta sonuçları, siz planladığınız uygulamaları gerçekleştirdiğinizde hastanızda ne tür gelişmeler olmasını bekliyorsunuz? Sorusuna vereceğiniz yanıtları içerir. Yine ortak dil kullanılması açısından mesi-ması eki ile biten net ifadeler kullanınız Örneğin kanama riski tanısı ile ilgili olarak, BHS: kanama belirtilerinin gözlenmemesi, hastanın vital bulgularının normal olması vb. gibi.
9. Planlanan bakım girişimleri bölümüne henüz plan aşamasındaki bilgilerinizi yazmanız gerektiğinden ifadeler ecek-acak eki ile bitirilmelidir. Bu bölüm hastaya özel olarak bireyselleştirilmelidir. Kitaplarda yer alan bakım planı örneklerinden faydalanılmalı ancak sadece bakım verdiğiniz hastada var olan gerçek durumlara yönelik çözüm önerilerine yer verilmelidir. Bu bölüm mümkün olduğunca ayrıntılı olarak hazırlanmalıdır. İfadeler somut olmalı öneriler açıkça yazılmalıdır. Örneğin bol sıvı alınması ifadesinde "bol" un ne kadar olduğu açıkça belirtilmelidir. Sık sık ağız bakımı verilecek ifadesinde ne kadar sık olduğu belli değildir. 2x1 denilebilir. Uygun pozisyon verilecek ifadesinde hangi pozisyonun uygun olduğu bilinmemektedir. Diğer bir örnekte "hastaya lifli gıdalar önerilecek" ifadesinde bunların neler olduğu belli değildir. Hastalara yapılacak önerilerde herkesin anlayabileceği ifadelerden yararlanılmalıdır. Örneğin "2000 cc sıvı alımı önerilecek" ifadesinde "cc" herkesçe anlaşılamayabilir. En iyisi bardak hesabı ile belirtilmesidir.
10. Uygulama basamağında; planlanan uygulama yapılabildi ise +, yapılamadı ise – işareti her madde için işaretlenmelidir.
11. Değerlendirme basamağında "Tanı ile ilgili son durum nedir? Hastanın son durumunu ortaya koyan objektif veriler nelerdir? Sorularına yanıt verilmelidir.

Bakım Planını Değerlendirme

1. Klinik Uygulama I Dersi Ölçme ve Değerlendirmesi: Uygulama bakım planı içeriği ve Vizit formu (% 80), Portfolyo Dosyası (% 10), Performans (%10) oraninda değerlendirelecektir.

2. Bir öğrencinin uygulama dersi devamsızlığının olmaması koşulunu sağlaması halinde 100 puan üzerinde değerlendirilen performan yüzdeliğinden tam puan alırken, 1 devamsızlık yapan öğrenci 90 puan üzerinden, 2 devamsızlık yapan öğrenci 80 puan üzerinden performans yüzdeliği hesaplanacaktır. 2 den fazla devamsızlık yapan öğrenci dersen devamsız sayılacaktır.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ NAZİLLİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
Bakım Uygulamaları Portfolyo Dosyası

Öğrencinin Adı Soyadı:
Okul No:

Sıra No	Tarih	Yapılan BakımUygulaması	Servisi	Sorumlu Hemşire (İmza Ve Kaşesi)

Not: Her bir bakım uygulaması 1 puandır. Toplam 10 puan üzerinden değerlendirme yapılacaktır.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

BAKIM SÜRECİ

Hastanın Adı-Soyadı:

Hastanın Tıbbi Tanısı:

TANILAMA			PLANLAMA		UYGULAMA (+,−)	DEĞERLENDİRME
SEMPTOM	ETYOLOJİ	BAKIM TANISI	AMAÇ	GİRİŞİMLER		

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

TANILAMA			PLANLAMA		UYGULAMA (+,−)	DEĞERLENDİRME
SEMPTOM	ETYOLOJİ	BAKIM TANISI	AMAÇ	GİRİŞİMLER		

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

TANILAMA			PLANLAMA		UYGULAMA (+,−)	DEĞERLENDİRME
SEMPTOM	ETYOLOJİ	BAKIM TANISI	AMAÇ	GİRİŞİMLER		

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.