

KOD SHB.FR.02	YAYINTARİHİ 01.01.2017	REVİZYON TARİHİ ----	REVİZYON NO 0	SAYFA NO 1 / 2
------------------	---------------------------	-------------------------	------------------	-------------------

Adı Soyadı :	Oda No :
Bölümü :	Cinsiyeti :
Dosya /Bilgisayar No :	Ev Koşulları :
Ön Tanı/Tanı/Teşhis :	Çocuk Sayısı :
Tanı/Hastalık Kodu :	Eğitim Durumu :
Hastanın Yakınması :	Mesleği :

HASTANEYE GELİŞ ŞEKLİ	<input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Sedyeye <input type="checkbox"/> Diğer		HASTANIN SERVİSE KABULÜNDE AÇIKLAMA YAPILAN MADDELERİ İŞARETLEYİNİZ.										
GELDİĞİ YER	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Yemek saatleri <input type="checkbox"/> Sigara yasağı <input type="checkbox"/> Refakatçi kuralları <input type="checkbox"/> Ziyaret saati ve kuralları		<input type="checkbox"/> Tuvalet-banyo <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Servis tanıtımı <input type="checkbox"/> Diğer hastalarla tanıştırma								
	SİSTEM TANIMLAMA												
	FİZİKSEL GEREKSİNİMLERİ KARŞILAMA DURUMU	<input type="checkbox"/> Bağımlı <input type="checkbox"/> Yanı Bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımsız	DERİ	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Eritem <input type="checkbox"/> Peteşi <input type="checkbox"/> Scar <input type="checkbox"/> Ülserasyon <input type="checkbox"/> Ekimoz <input type="checkbox"/> Laserasyon <input type="checkbox"/> Döküntü <input type="checkbox"/> Yanık <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Terli <input type="checkbox"/> Diğer	GİS	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Kusma-Bulanti <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Distansiyon <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Diğer	SOLUNUM	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Öksürme <input type="checkbox"/> Solunum güçlüğü <input type="checkbox"/> Yüzeysel solunum <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Ortopne <input type="checkbox"/> Balgam <input type="checkbox"/> Hemoptizi <input type="checkbox"/> Diğer	EMOSYONEL	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Depresif <input type="checkbox"/> Ağlıyor <input type="checkbox"/> Heyecanlı <input type="checkbox"/> Anksiyöz <input type="checkbox"/> Huzursuz <input type="checkbox"/> Kızgın <input type="checkbox"/> Diğer			
BİLİNÇ DURUMU	<input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Konfüze <input type="checkbox"/> Kapalı <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz)	GÖRME		<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Görmüyor <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Şaşılık <input type="checkbox"/> Diğer		KONUŞMA / İŞİTME		<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Anlaşılmaz <input type="checkbox"/> Konuşamama <input type="checkbox"/> Duyuyor <input type="checkbox"/> Duyumuyor <input type="checkbox"/> İşitme Cihazı <input type="checkbox"/> Diğer		GENİTO ÜRİNER	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Vajinal kanama <input type="checkbox"/> İdrar retansiyonu <input type="checkbox"/> Diğer	KARDİO VASKÜLER SİSTEM	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Senkop <input type="checkbox"/> Çarpıntı <input type="checkbox"/> Pretibial Ödem <input type="checkbox"/> Varis <input type="checkbox"/> Diğer
HASTANEYE YATMA NEDENİ	<input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Tedavi <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz)			NÖROLOJİK				<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Baş dönmesi <input type="checkbox"/> Baş ağrısı <input type="checkbox"/> Halsizlik <input type="checkbox"/> Nöbet <input type="checkbox"/> Paralizi <input type="checkbox"/> Oryante <input type="checkbox"/> Bilinçsiz <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Hemiplejik <input type="checkbox"/> Pareplejik <input type="checkbox"/> Diğer			KAS - İSKELET		<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/> Artrit <input type="checkbox"/> Kemik deformitesi <input type="checkbox"/> Paralizi <input type="checkbox"/> Hemipleji <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> Baston <input type="checkbox"/> Protez <input type="checkbox"/> Diğer
DAHA ÖNCE HASTANEYE YATTI MI?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		DAHA ÖNCE AMELİYAT OLDU MU?		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır								
KULLANDIĞI PROTEZLER	<input type="checkbox"/> Diş <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Lens <input type="checkbox"/> Kalp pili <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz)												
DİĞER													
KRONİK HASTALIKLAR	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Diğer.....												
GEÇİRİLEN HASTALIKLAR	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz) :												
AİLESEL HASTALIKLAR	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz) :												
ALLERJİLERİ	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İlaç <input type="checkbox"/> Yiyecek <input type="checkbox"/> Flaster <input type="checkbox"/> Diğer :												
ALİŞKANLIKLARI (Sigara, Alkol, İlaç)	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz) :												
SÜREKLİ KULLANDIĞI	<input type="checkbox"/> Diş Protezi <input type="checkbox"/> Kalp Pili <input type="checkbox"/> Kalp Kapakçığı <input type="checkbox"/> Diğer.....												
UYKU DÜZENİ	<input type="checkbox"/> Günde.....saat uyur <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Uyuma Güçlüğü <input type="checkbox"/> Diğer												
KAN GRUBU													
DAHA ÖNCE KAN TRANSFÜZYONU	<input type="checkbox"/> Yapıldı <input type="checkbox"/> Yapılmadı	YAŞAM BULGULARI:											
KAN TRANSFÜZYONUNDA REAKSİYON	<input type="checkbox"/> Gelişti <input type="checkbox"/> Gelişmedi												
HBS :	<input type="checkbox"/> NEGATİF <input type="checkbox"/> POZİTİF	HCV : <input type="checkbox"/> NEGATİF <input type="checkbox"/> POZİTİF											

KOD SHB.FR.02	YAYINTARİHİ 01.01.2017	REVİZYON TARİHİ ----	REVİZYON NO 0	SAYFA NO 2 / 2
------------------	---------------------------	-------------------------	------------------	-------------------

TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

<input type="checkbox"/>	Hasta bilekliği takıldı (Alerjisi varsa kırmızı bileklik takıldı)	O2 sistemi	<input type="checkbox"/>	AÇIK	<input type="checkbox"/>	KAPALI
<input type="checkbox"/>	Hastaya servis tanıtıldı	Pencereler	<input type="checkbox"/>	AÇIK	<input type="checkbox"/>	KAPALI
<input type="checkbox"/>	Hasta odası tanıtıldı	Yatak frenleri	<input type="checkbox"/>	AÇIK	<input type="checkbox"/>	KAPALI
<input type="checkbox"/>	Yatak kenarlıkları yukarıda	Refakatçi gereksinimi	<input type="checkbox"/>	VAR	<input type="checkbox"/>	YOK
<input type="checkbox"/>	Yatak başı düzeni sağlandı					

KISITLAMA İHTİYACI

Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR	(Evet, ise Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü uygulanır.) Hareket Kısıtlama Başlama ve Bitiş Tarihi : / / 20.....- /
--	-------------------------------	--------------------------------	---

İZOLASYON

İhtiyaç var mı?	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK			
Varsa İzolasyon Şekli	<input type="checkbox"/> Temas	<input type="checkbox"/> Sıkı Temas	<input type="checkbox"/> Damlacık	<input type="checkbox"/> Solunum	<input type="checkbox"/> Diğer :

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR

1)	4)
2)	5)
3)	6)

HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ / MALZEME

İlaç/ Malzemenin Adı	İlaç/ Malzemenin Miadı	İlaç/ Malzemenin Miktarı	İlaç/ Malzemeyi Teslim Eden imza	İlaç/ Malzemeyi Teslim Alan İmza
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				

BASİ YARALARI RİSK TANIMLAMA (Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğunuzu düşündüğünüz hastalara uygulayınız)

Bası Yarası (Dekübit)	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	Dekübit Bölgesi :	Bakımı :				
	Puan ve Değerlendirme		Puan		Puan ve Değerlendirme		Puan	
DUYUSAL ALGILAMA	<input type="checkbox"/> Tamamen Sınırlı		1		MOBİLİZASYON	<input type="checkbox"/> Tamamen İmmobil	1	
	<input type="checkbox"/> Çok Sınırlı		2			<input type="checkbox"/> Çok Sınırlı	2	
	<input type="checkbox"/> Hafif Sınırlı		3			<input type="checkbox"/> Biraz Sınırlı	3	
	<input type="checkbox"/> Normal		4			<input type="checkbox"/> Aktif	4	
VÜCUT TEMİZLİĞİ	<input type="checkbox"/> Sürekli Islak		1		BESLENME	<input type="checkbox"/> Kaşektik	1	
	<input type="checkbox"/> Çok Sık Islak		2			<input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli	2	
	<input type="checkbox"/> Ara-Sıra Islak		3			<input type="checkbox"/> Yeterli	3	
	<input type="checkbox"/> Çok Seyrek Islak		4			<input type="checkbox"/> Çok İyi	4	
AKTİVİTE	<input type="checkbox"/> Yatağa Bağımlı		1		SÜRTÜNME VE ÇİZİLME	<input type="checkbox"/> Problem Var	1	
	<input type="checkbox"/> Sandalyeye		2			<input type="checkbox"/> Problem Olabilir	2	
	<input type="checkbox"/> Ara-Sıra Yürür		3			<input type="checkbox"/> Problem Yok	3	
	<input type="checkbox"/> Sık Sık Yürür		4					
		TOPLAM PUAN:						
RİSK ÖLÇÜMÜ		PUANLAMA		YAPILMASI GEREKEN FAALİYET				
Düşük risk (risk)		15 - 16		Haftada bir defa bası yarası riski değerlendirilir + dekübit bakımı				
Orta risk		13 - 14		48-72 saatte bir bası yarası riski değerlendirilir + dekübit bakımı				
Yüksek risk		12 ve altı		Her gün bası yarası riski değerlendirilir + dekübit bakımı talimatı				

GEREKTEĞİNDE İLETİŞİM KURULABİLECEK KİŞİNİN :

ADI - SOYADI :
YAKINLIK DERECESESİ :
TELEFON :
ADRES :

HASTAYI KABUL EDEN HEMŞİRENİN

ADI - SOYADI :
TARİH :
İMZASI :