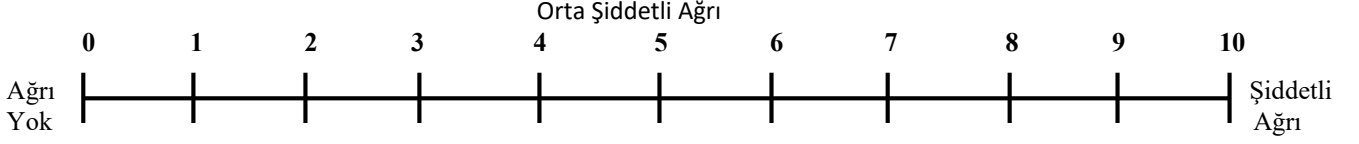


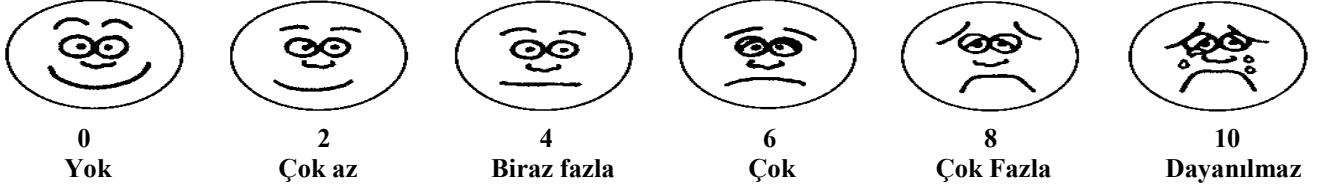
KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SHB.FR.03	01.01.2017	----	0	1 / 2

AĞRI TANILAMA

a) Numerik Skala (14 yaş üzeri hastalarda kullanılır.)



b) Yüz Skalası (3-14 yaş arası çocuk hastalar ile konuşamayan hastalarda kullanılır.)



Ağrıyı Değerlendirme Tarihi	Saati	Skoru	Ağrıyı Değerlendirme Tarihi	Saati	Skoru
..... / / 20 / / 20		
..... / / 20 / / 20		
..... / / 20 / / 20		
..... / / 20 / / 20		

AĞRININ DEĞERLENDİRMESİ

	Yüz Skalası	Numaratik Skala	Davranışsal Skala	Yenidoğan Skalası	Yeniden Değerlendirme Sıklığı
Ağrı yok	0 puan	0 puan	0 puan	0 puan	4 saatte bir
Hafif ağrı	1-3 puan	1-3 puan	1-3 puan	1-3 puan	2 saatte bir
Orta şiddetli ağrı	4-6 puan	4-6 puan	4-6 puan	4-6 puan	1 saatte bir
Şiddetli ağrı	7-10 puan	7-10 puan	7-10 puan	7-10 puan	½ saatte bir

DOKTOR İSTEMİNE GÖRE İLAÇ UYGULAMALARINDA YENİDEN AĞRI DEĞERLENDİRME SÜRELERİ

İlaç Uygulama Yolu	Yeniden Değerlendirme Süreleri
Iv İlaç Uygulamasından Sonra	15 Dakikada Bir
Sc İlaç Uygulamasından Sonra	30 Dakikada Bir
Im İlaç Uygulamasından Sonra	45 Dakikada Bir
Po, Sl Ve Rektal İlaç Uygulamasından Sonra	60 Dakikada Bir

ÖNERİLEN TEDAVİ

TARİH / SAAT	İLAÇ VERİLİŞ YOLU	İLAÇ DIŞI UYGULAMA	AĞRI SKORU	KOMPLİKASYON	HEKİM / ONAY	HEMŞİRE /ONAY

TANILAMAYI YAPAN HEMŞİRE Ad - Soyad / İmza:

HASTANIN MEVCUT VE OLASI SORUNLARI

<input type="checkbox"/> Yatağa bağımlılık	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Ajitasyon	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kendine yetememe	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Depresif belirtiler	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kontraktür	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Oryantasyon Bozukluğu	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> İnfeksiyon	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Bilinç Bozukluğu	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kaşıntı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Koma	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kanama	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> İşitme Kaybı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Terleme	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Görme kaybı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Travma	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Beden İngesinde Değişiklik	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Digital alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Amel iyat	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kortizon alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Tetkik	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Antikoagülan alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Tedavi	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kemoterapi alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Eğitim Gereksinimi	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Radyoterapi alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Konuşamama	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Hiperalemtasyon	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Sıcak İntoleransı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> İdrara inkontinansı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Soğuk İntoleransı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Gaita inkontinansı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz)	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Bası yarası (Dekübitüs vb)	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut			

ÖDEM DERECELENDİRMESİ

Hafif	Orta	İleri	Şiddetli	
<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> + (15 sn)	<input type="checkbox"/> ++ (15 – 30 sn)	<input type="checkbox"/> +++ (15 – 45 sn)	<input type="checkbox"/> +++ (45 sn ve Üstü)
NOT : Ödem kontrolü yapılacak bölgeye (Ayak sırtı, ayak bileği çevresi, tibia boyunca) işaret parmağı ile 5 saniye bası uygulanır. Derinliğin (gode'nin) eski haline gelmesini gözlemlmek için yukarıdaki saniye hesabı yapılarak derecelendirme yapılır.				

VÜCUT SICAKLIĞI

Özel Giyinme Tercihi :	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız) :
Özel Örtünme Alışkanlığı :	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız) :

UYKU

Günde Saat Uyur.	<input type="checkbox"/> Düzenli	<input type="checkbox"/> Düzensiz	<input type="checkbox"/> Uyuma Güçlüğü
<input type="checkbox"/> Uyumasının Kolaylaştırılan Uygulamalar :			

HAREKETLİLİK

<input type="checkbox"/> Sorun Yok	<input type="checkbox"/> İmmobil	<input type="checkbox"/> Kısıtlama Altında	<input type="checkbox"/> Paralizi	<input type="checkbox"/> Hemipleji	<input type="checkbox"/> Felç
<input type="checkbox"/> Dengesizlik, Kuvvetsizlik	<input type="checkbox"/> Baston	<input type="checkbox"/> Yürüteç	<input type="checkbox"/> Protez	<input type="checkbox"/> Değnek	

KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME

CİLT	<input type="checkbox"/> Sorun Yok	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Soluk	<input type="checkbox"/> Nemli	<input type="checkbox"/> Kuru
<input type="checkbox"/> Kaşıntı	<input type="checkbox"/> Döküntü	<input type="checkbox"/> Peteşi	<input type="checkbox"/> Ekimoz	<input type="checkbox"/> Ödemli	
<input type="checkbox"/> Yara		<input type="checkbox"/> Bası Yarası :			

ÇALIŞMA VE EĞLENCE

Okuma Alışkanlığı :	Radyo / TV :
Diğer (Belirtiniz) :	

ÖLÜM

Ölüm korkusu veya ölümle ilgili konuşuyor.	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Özel dini/gereksinimleri:.....
--	--------------------------------	-------------------------------	---

CİNSELLİĞİ İFADE ETME

Hasta Cinsel Sorun İfade	<input type="checkbox"/> Etmiyor	<input type="checkbox"/> Ediyor (Belirtiniz) :
	<input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz) :	

Genel Görünüm Kimliği İle Uyumlu	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz) :
---	-------------------------------	--------------------------------	---