|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı:** | | **Yatış Tarihi:** |
| **Protokol No:** | | **Yatış Saati:** |
| **Bölüm:** | | **Çıkış Tarihi:** |
| **Cinsiyeti:**Kadın Erkek | | **Kullandığı Lisan:** |
| **Yaş:** | | **Eğitimi:** |
| **Kilo:** | **Boy:** | **Mesleği:** |
| **Ön Tıbbi Tanı:** | | **Medeni Durumu:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Geldiği Yer:** | | | ☐Ev | | ☐Yoğun Bakım | | | | | | ☐Acil | | | | | | ☐…………………. Kliniği | | | | | ☐Diğer …………….. | | |
| **Birime Geliş Şekli:** | | | ☐ Yürüyerek | | ☐ Sedye | | | | | | ☐ Tekerlekli Sandalye | | | | | | | | | | | | | |
| **ANAMNEZ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allerjisi: | | | ☐ Yok | | | | ☐ Var | | | | | | | | Allerjisi olan hastalara KIRMIZI bileklik takınız!!! | | | | | | | | | |
| Varsa Belirtiniz: | | | ☐ İlaç | | | | | | | | | | ☐ Yiyecek: | | | | | | | ☐ Diğer (Belirtiniz): | | | | |
| **SOYGEÇMİŞİ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DM | ☐ | Yakınlığı: | | | | | | | Kalp Hastalığı | | | | | ☐ | | Yakınlığı: | | | | | | | | |
| HT | ☐ | Yakınlığı: | | | | | | | Diğer | | | | | ☐ | | Yakınlığı: | | | | | | | | |
| **ÖZGEÇMİŞİ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kronik Hastalıklar** | | | ☐ DM | | | ☐ HT | | | | | ☐Kalp Yetmezliği | | | | | | ☐KOAH | | ☐KBY | | | | ☐ Diğer……………………………. | |
| **Geçirilmiş Operasyon** | | | ☐Yok | ☐Var Açıklayınız: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diğer Alışkanlıklar** | | | ☐Sigara | ☐ Alkol | | | | | | ☐Diğer Açıklayınız: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kan Grubu** | | | ☐ A | | ☐ B | | | | | | | ☐ AB | | | | | | ☐ 0 | | | ☐ Rh+ | | | ☐ Rh- |
| **Daha önce kan transfüzyon uygulandı mı?** | | | | | | | | ☐ Hayır | | | | ☐ Evet | | | | | | | | | | | | |
| **Evetse; Reaksiyon gelişti mi?** | | | | | | | | ☐ Hayır | | | | ☐ Evet | | | | | (Açıklayınız)…………………………………………… | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hastanın Yetki Verdiği/ Takibini Yapan Yakını** | **Hastaya Ait İkametgah Bilgileri** |
| Adı Soyadı: | Ev Tel: GSM: |
| Yakınlık Derecesi: | Adres : |
| Ev Tel: GSM: |
| Adres: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İZOLASYON** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **İhtiyaç var mı?**☐ Evet ☐ Hayır | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Varsa İzolasyon Şekli | **Temas** **Damlacık** **Solunum** **Diğer(belirtiniz)……………………** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Refakatçı Gereksinimi**☐ Var ☐ Yok | | | | | | | | | | | | | | | | | | O₂ Sistemi | | | Açık | | | Kapalı | |
| ☐Hastaya servis tanıtıldı | | | | | | ☐Hasta bilekliği takıldı | | | | | | | | | | | | Pencereler | | | Açık | | | Kapalı | |
| ☐Hasta odası tanıtıldı | | | | | | ☐ Yatak başı düzeni sağlandı/ Yatak kenarlıkları yukarıda | | | | | | | | | | | | Yatak frenleri | | | Açık | | | Kapalı | |
| **HASTANIN FİZİKSEL- RUHSAL VE SOSYAL YÖNDEN DEĞERLENDİRME** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **İŞİTME/KONUŞMA** | | | | | **AĞIZ/DİL** | | | | | | | **KARDİYOVASKÜLER** | | | | | | | | | | **GÖRME** | | | |
| ☐ Konuşabiliyor | ☐Konuşamıyor | | | | ☐ Sorun yok | | | | ☐ Monilya | | | ☐ Sorun Yok | | | ☐ Siyanoz | | | | | ☐ Hipertansiyon | | ☐Görüyor | | | ☐ Kızarıklık |
| ☐ Duyuyor | ☐ Az Duyuyor | | | | ☐ Diş Çürüğü | | | | ☐ Paslı Dil | | | ☐ Göğüs Ağrısı | | | ☐ Senkop | | | | | ☐ Çarpıntı | | ☐Görmüyor | | | ☐ Şaşılık |
| ☐ Duymuyor | ☐ İşitme Cihazı | | | | ☐ Ağız Kokusu | | | | ☐ Diğer……….. | | | ☐ Pretibial Ödem | | | ☐ Varis | | | | | ☐Gözlük | | ☐ Lens | | | ☐ Protez Göz |
| **SOLUNUM** | | | | | | | | | | | | **CİLT** | | | | | | | | | | **ÜRİNER** | | | |
| ☐Sorun yok | | | | ☐Balgam (Belirtiniz) …………………………… | | | | | | | | ☐ Sorun Yok | | | ☐ Kuru | | | | | ☐Nemli | | ☐Sorun Yok | | | ☐Hematüri |
| ☐Hemoptizi | | | | ☐ Öksürük (Belirtiniz) …………………….. | | | | | | | | ☐ Ödemli | | | ☐ Yara | | | | | ☐ Kaşıntı | | ☐Anüri | | | ☐Pollaküri |
| ☐Wheezing | | | | ☐ Solunum Güçlüğü (Belirtiniz) ……………………… | | | | | | | | ☐ Döküntü | | | ☐ Bası Yarası | | | | | ☐ Ekimoz | | ☐Poliüri | | | ☐Noktüri |
| ☐ Siyanoz | | | | Yardımcı Solunum Araçları (Belirtiniz) ……………………… | | | | | | | | ☐ Kızarıklık (Belirtiniz)…………… | | | | | ☐Soluk (Belirtiniz)………………… | | | | | ☐ İnkontinans | | | ☐Dizüri |
| **GASTROİNTESTİNAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ☐ Diğer: ……………………… | | | |
| ☐ Sorun Yok | | | ☐ Ağız Kokusu | | | | | ☐ İshal | | | | ☐ Hematemez | | | | ☐ Hemoroid | | | | | |
| ☐ Bulantı | | | ☐ Kusma | | | | | ☐ Konstipasyon | | | | ☐ Melena | | | | Diğer ……………………… | | | | | |
| **BESLENME** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ Kendi Besleniyor | | | | | | | | | ☐ Yardıma Gereksinimi Var | | | | | | | | | | | ☐ Yemek Seçiyor (belirtiniz)……………… | | | | | |
| **İştah:** | | ☐ İyi | | | | | ☐ Orta | | | | ☐ Zayıf | | | ☐ Bulantı/Kusma | | | | | | ☐ Diğer (belirtiniz)………………. | | | | | |
| **Beslenme Şekli:** | | ☐ Oral | | | | | ☐ Parenteral | | | | ☐ Enteral | | | ☐ Diğer(belirtiniz)………………… | | | | | | | | | | | |
| **Son altı ayda istemsiz kilo kaybı var mı?**☐Hayır ☐Evet (açıklayınız) ………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **UYKU** | | | | | | **DUYGUSAL / PSİKOLOJİK** | | | | | | | **HAREKETLİLİK** | | | | | | | | | | | | |
| ☐ Düzenli | | | | | | ☐ Sorun Yok | | | | | | | ☐ Sorun Yok | | | | | | ☐ Baston | | | | ☐Dengesizlik –Kuvvetsizlik | | |
| ☐ Düzensiz | | | | | | ☐ Endişeli | | | | ☐ Ajite | | | ☐ İmmobil | | | | | | ☐ Yürüteç | | | | ☐ Hemipleji | | |
| ☐ Uyuma Güçlüğü | | | | | | ☐ Diğer …………………………… | | | | | | | ☐ Kısıtlama Altında | | | | | | ☐ Protez | | | | ☐ Paralizi | | |

**HASTANIN BERABERİNDE GETİRDİĞİ İLAÇLARIN TESLİMİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih** | **İlaç Adı** | **Teslim Alınan Adet** | **Teslim Edilen Adet** | **Miad Kont.** | **Teslim Alan** | **Teslim Eden** | **İade Alan (Hasta Yakını)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Not:

**\*\*İtakî II Düşme Riski Ölçeği elektronik olarak takip edilmektedir.**

**Düşük risk 0-9 puan arası ,Yüksek Risk 10 puan ve üzeri**

**\*Aşağıda belirtilen durumlarda düşme riski değerlendirmesi yapılmalı :**

**Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (İlk Değerlendirme) ,Post-operatif dönemde, Bölüm değişikliğinde, Hasta düşmesi durumunda , Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde**

**\*\*Braden bası yarası ölçeği elektronik ortamda takip edilmektedir.**

**18 puan altındaki skorlarda bası yarası riski vardır. Hasta her gün değerlendirilir ve bakım planı düzenlenir. 18 puan üstündeki skorlarda bası yarası riski haftada bir gün değerlendirilir.**

##### ****\*\*****Nutrisyonel Risk Skoru (NRS-2002) elektronik ortamda takip edilmektedir.