|  |  |
| --- | --- |
| **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.