

Munzur Üniversitesi Hemşirelik Bölümü
Hemşirelik Esasları Dersi Bakım Planı

Öğrencinin Adı Soyadı:
Değerlendirme:

Tarih:

HASTANIN KLİNİĞE KABULÜ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Adı Soyadı:	Protokol/ Dosya No:
Doğum Yeri:	Yatış Tarihi:
Yaşı:	Bölüm: Oda No:
Cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek	Tıbbi Tanı:
Medeni Durumu:	Doktor Adı Soyadı:
Eğitim Durumu:	Sosyal Güvencesi: ☐ Resmi ☐ Ücretli ☐ Diğer.....
Dili:	Tercüman Gereklinimi: ☐ Yok ☐ Var (Açıklayınız):
Adres:	
Telefon No:	
Bilgi Alınan Kişi:	☐ Kendisi ☐ Dosya ☐ Diğer:
Kol Bandı Rengi:	Açıklayınız:

Gerektiğinde Ulaşılabilecek Yakını

Adı Soyadı:	Yakınlık Derecesi:
Telefon:	
Adres:	

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Boy:	Kilo:	BKİ (kg/m ²):
------	-------	---------------------------

ÖZGEÇMİŞ

Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu: ☐ Yok ☐ Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

Hastaneye Yatış Yılı	Hastanede Yatış Süresi	Hastaneye Yatış Nedeni

Geçirdiği Hastalıklar: ☐ Yok ☐ Var:
Geçirdiği Ameliyatlar: ☐ Yok ☐ Var:
Geçirdiği Kazalar: ☐ Yok ☐ Var:
Bulaşıcı Hastalığı: ☐ Yok ☐ Var:
Allerjik Reaksiyon: ☐ Yok ☐ Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

Allerjen	Belirtiler	Tedavi

KAN GRUBU:

Daha Önce Kan Transfüzyonu Yapılma Durumu: ☐ Yok ☐ Var: (Açıklayınız)
Transfüzyon Sonrası Reaksiyon Gelişme Durumu: ☐ Yok ☐ Var: (Açıklayınız)

HASTANEYE YATMADAN ÖNCE KULLANDIĞI İLAÇLAR: ☐ Yok ☐ Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

İlacın Adı	Reçete		Kullanım Süresi	Dozu	Sıklığı	Alınış Yolu	Saatleri
	R+	R-					
	R+	R-					
	R+	R-					
	R+	R-					
	R+	R-					

□ Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

☐ Gözlük	☐ Kontakt Lens	☐ İşitme Cihazı ☐ Sağ ☐ Sol
☐ Diş Protez	☐ Tekerlekli Sandalye	☐ Baston
☐ Yürüteç (Walker)	☐ Koltuk değneği	☐ Diğer:.....

□ Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

☐ Sigara	Miktarı:	Kullanım Süresi:
☐ Alkol	Miktarı:	Kullanım Süresi:
☐ <i>Diğer</i> (çay, kahve vb.):.....	Miktarı:	Kullanım Süresi:

□ Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

<i>Yakınlık Derecesi</i>	<i>Tanısı</i>

Şikayetler:

Tıbbi Tanı:

☐ Timpanik M. ☐ Axillar ☐ Oral ☐ Rektal ☐ Temporal Arter

SOLUNUM GEREKSİNİMİ

(* Bu bölümü hastanın mevcut durumuna ilişkin veriler doğrultusunda doldurunuz)

Solunum sırasında	☐ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
	☐ Trakeostomi	☐ Endotrakeal tüp	
☐ Aspirasyon	☐ Oro – Nazofarengeal	☐ Trakeal	
☐ O ₂ tedavisi	☐ Nazal kanül, Akış hızı ☐ O ₂ maskesi, Akış hızı ☐ Diğer:.....		
	☐ Triflow / Spirometre	☐ Nebulizasyon	☐ Derin Nefes Alma ve Öksürme Egzersizi
Sorunlar	Açıklamalar		
☐ Balgam			
☐ Öksürük			
☐ Dispne			
☐ Siyanoz			
☐ Diğer			

BESLENME GEREKSİNİMİ

(* Bu bölümü hastanın hastaneye yatmadan önceki durumu doğrultusunda doldurunuz)

Günlük öğün sayısı/zamanı:
Ağırlıklı olarak tükettiğiniz besinler nelerdir?
Sıklıkla kullandığınız pişirme yöntemleri nelerdir?

(*Bu bölümü hastanın mevcut durumuna ilişkin veriler doğrultusunda doldurunuz)

Beslenme sırasında	☐ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
Diyet	☐ Normal Diyet	☐ Özel Diyet (Açıklayınız):	
Sıvı Tüketimi	Miktarı..... ml.		
Beslenme şekli	☐ Oral		
	☐ Sonda ile	☐ Nazogastrik	☐ sağ nazal pasaj ☐ sol nazal pasaj
	☐ Gastrostomi ☐ Jejunostomi		
	Takılma Tarihi:.....		
	☐ Parenteral		
Nazogastrik dekompresyon	☐ Yok	☐ Var	
Sorunlar	Açıklamalar		
☐ Bulantı			
☐ Kusma			
☐ İştahsızlık			
☐ Kilo kaybı			
☐ Hazımsızlık			
☐ Diğer			

BOŞALTIM GEREKSİNİMİ

BAĞIRSAK BOŞALTIMI

Bağırsak boşaltımını karşılamada	☐ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
Hastaneye yatmadan önceki bağırsak boşaltım sıklığı:	zamanı:		

(* Bu bölümü hastanın mevcut durumuna ilişkin veriler doğrultusunda doldurunuz)

Bağırsak sesleri/ dk		
En son ne zaman defekasyona çıktınız:		
Kolostomi ☐ Yok ☐ Var	Yeri: ☐ Geçici ☐ Kalıcı	Stomanın Rengi: ☐ Gaz: ☐ Koku: ☐ Dışkı sızıntısı ☐ Deri irritasyonu
İleostomi ☐ Yok ☐ Var	☐ Geçici ☐ Kalıcı	
Sorunlar	Açıklamalar	
☐ Konstipasyon		
☐ Diare		
☐ Distansiyon		
☐ Fekal inkontinans		
☐ Hemoroid		
☐ Dışkı tıkaçı		
☐ Diğer		

ÜRİNER BOŞALTIM

(* Bu bölümü hastanın mevcut durumuna ilişkin veriler doğrultusunda doldurunuz)

Üriner boşaltımını karşılamada	☐ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
Mesane kateterizasyonu ☐ Yok ☐ Var	Takılma Tarihi: Takılma amacı: ☐ Boşaltım ☐ Mesane irrigasyonu ☐ Mesane instilasyonu		
Üreterestomi ☐ Yok ☐ Var	☐ sağ ☐ sol (Açıklayınız):		
Nefrostomi ☐ Yok ☐ Var	☐ sağ ☐ sol (Açıklayınız):		
Sistostomi ☐ Yok ☐ Var	(Açıklayınız):		
İdrarın rengi	☐ Açık sarı	☐ Koyu sarı	☐ Açık kırmızı ☐ Koyu kırmızı
İdrarın berraklığı	☐ Berrak	☐ Bulanık	
Sorunlar	Açıklamalar		
☐ Üriner inkontinans			
☐ Dizüri			
☐ Diğer			

HAREKET GEREKSİNİMİ

☐ Hastaneye yatmadan önceki düzenli egzersiz yapma alışkanlığı.....
--

(* Bu bölümü hastanın mevcut durumuna ilişkin veriler doğrultusunda doldurunuz)

Kıyafetlerini giyme ve çıkarmada	☐ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
Pozisyon değiştirmede	☐ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
Ayağa kalkmada	☐ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı
Yürümeye	☐ Bağımsız	☐ Yarı bağımlı	☐ Bağımlı

UYKU GEREKSİNİMİ

(* Bu bölümü hastanın mevcut durumuna ilişkin veriler doğrultusunda doldurunuz)

Ortalama uyku süresi:	☐ Gündüz uykusu
Uykuya dalmada yardımcı olan alışkanlıkları (kitap okuma, süt içme vb.) (Açıklayınız):	
Hastane ortamında uykusunu etkileyen faktörler: (Açıklayınız):	
Sorunlar	Açıklamalar
☐ Uykudan yorgun kalkma	
☐ Uyuma güçlüğü	
☐ Diğer	

VÜCUDU TEMİZ VE BAKIMLI TUTMA

(* Bu bölümü hastanın hastaneye yatmadan önceki durumu doğrultusunda doldurunuz)

En son banyo yaptığı tarih:	
Vücut temizliğini yapmada	☐ Bağımsız ☐ Yarı bağımlı ☐ Bağımlı
Hijyenik Uygulamalar	Açıklamalar (Banyo Yapma Alışkanlığı)
Banyo Sıklığı:	
Şekli:	☐ Duş/Ayakta ☐ Küvet/Oturarak
Suyun Sıcaklığı	☐ Soğuk ☐ Ilık ☐ Çok Sıcak
Temizlik Ürünü	☐ Sabun ☐ Duş Jeli ☐ Diğer:
Saç Temizlik Ürünü	☐ Sabun ☐ Şampuan ☐ Diğer:
Banyo Sonrası	☐ Losyon ☐ Krem ☐ Deodorant/ Parfüm ☐ Roll-on ☐ Diğer:

Diğer Hijyenik Uygulamalar	Açıklamalar (Nasıl gerçekleştirdiği)		
	Sıklığı/Zamanı	Şekli	Kullanılan Malzeme
Ağız bakımı (Diş protez bakımı)			
Tırnak bakımı			
El yıkama alışkanlığı			
Perine bakımı			
Menstrual Hijyen (Kadın hastalar için)	Son adet tarihi : Süresi:		
Menstruasyonda kullandığı Ürün	☐ Hazır ped ☐ Bez ☐ Diğer: Değiştirme sıklığı :/Gün		

(* Bu bölümü hastanın mevcut durumuna ilişkin veriler doğrultusunda doldurunuz)

Sorunlar	Açıklamalar
Deride sorun ☐ Yok ☐ Var	
Tırnakta sorun ☐ Yok ☐ Var	
Saçta sorun ☐ Yok ☐ Var	
Ağızda sorun ☐ Yok ☐ Var	
☐ Diğer	

BASINÇ ÜLSERİ

Basınç Ülseri * ☐ Yok ☐ Var	Yeri/ Yerleri Belirtiniz:
Risk Puanı	
Evre I (Ciltte kızarıklık)	
Evre II (Deride açılma)	
Evre III (Cilt altında doku harabiyeti)	
Evre IV (Kas-kemik dokusu harabiyeti)	

*Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde Kullanılan Basınç Ülseri Değerlendirme Formunun sonuçları yazılacaktır.

AĞRI

(* Bu bölümü hastanın mevcut durumuna ilişkin veriler doğrultusunda doldurunuz)

	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrının Yeri (açıklayınız):	
Ağrının Niteliği	Ağrının Süresi:
☐ Yanıcı	Ağrının Sıklığı: ☐ Aralıklı ☐ Sürekli
☐ Batıcı	Ağrıyı Azaltan Durumlar:
☐ Zonklayıcı	
☐ Keskin	
☐ Yayılan	Ağrıyı Arttıran Durumlar:
☐ Künt	
☐ Diğer:	

DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Konfüzyon/ Dezoryantasyon	☐ 4 puan	Benzodiazepin Grubu İlaç Alımı	☐ 1 puan
Semptomatik Depresyon	☐ 2 puan	Sandalyeden Kalkma Testi (tek seçenek işaretlenecek)	
Boşaltım İhtiyacında Sorun	☐ 1 puan	Kollarını kullanmadan kalkabiliyor.	☐ 0 puan
Baş Dönmesi	☐ 1 puan	Kalkmak için sandalye kollarını kullanıyor ve tek denemede kalkabiliyor.	☐ 1 puan
Cinsiyet (erkek)	☐ 1 puan	Birden fazla denemede kalkabiliyor.	☐ 3 puan
Antiepileptik Grubu İlaç Alımı	☐ 2 puan	Yardım almadan kalkamıyor.	☐ 4 puan
Genel Toplam			

Risk ölçümü	Puanlama	Yapılması gereken Faaliyet	Değerlendirme Sıklığı
Risk Yok	0-4	Temel güvenlik önlemleri uygulanır.	Haftada 1 Kez
Yüksek Risk	5- ↑ 65 yaş ↑	Düşme olayını önleme ve izlem protokolü uygulanır.	Gün aşırı

GLASKOW KOMA SKALASI

GÖZ AÇIKLIĞI		MOTOR TEPKİ		SÖZEL CEVAP	
Spontan	4	Komutlara uyuyor	6	Oryante	5
Sözel uyarı	3	Ağrıya lokalize	5	Uyumsuz ve kendiliğinden yanıt	4
Ağrılı uyarı	2	Ağrıya geri çekme	4	Birbirinden bağımsız kelimeler	3
Tepki yok	1	Ağrıya fleksiyon	3	İnleme-mırıltı	2
		Ağrıya ekstansiyon	2	Tepki yok	1
		Tepki yok	1		
GENEL TOPLAM					

Puanlama	Risk ölçümü
15	Oryante
13-14	Konfüze
9-12	Stupor
3-8	Perikoma
3	Koma

KATETER / DREN

Kateter / Dren	Yeri	Sayısı	Takılma Tarihi
☐ Periferik venöz kateter			
☐ Santral venöz kateter			
☐ Dren			
☐ Diğer			

İLETİŞİM KURMA GEREKSİNİMİ

İletişim kurmasına engel olan herhangi bir durum	☐ Yok ☐ Var: (Açıklayınız)
Refakatçisi	☐ Yok ☐ Var: (Açıklayınız)
Yakınlarına ulaşmada sıkıntısı	☐ Yok ☐ Var: (Açıklayınız)
Sağlık personeli ile iletişime geçmede sorun	☐ Yok ☐ Var: (Açıklayınız)
Bakıma katılma	☐ Katılıyor ☐ İstekli ☐ İsteksiz ☐ Katılmıyor (Açıklayınız).....
Tedaviyi kabullenme	☐ Kabul ediyor ☐ Kabul etmiyor (Açıklayınız).....

ÇALIŞMA, ÜRETME, BOŞ ZAMANINI DEĞERLENDİRME GEREKSİNİMİ

☐ Çalışmıyor	☐ Çalışıyor	Süre:.....	Mesleği:
Hastalığına bağlı iş yaşamına ara verme durumu		☐ Yok	☐ Var: (Açıklayınız).....
Sağlığı tehdit eden mesleki riskler		☐ Yok	☐ Var: (Açıklayınız)
Birlikte yaşadığı aile bireyleri (Belirtiniz):.....		Çocuk sayısı:.....	
Aile içindeki rolü:			
Hobileri (Belirtiniz) :			
Hastane ortamındaki sosyal aktiviteleri		☐ TV izleme	☐ Gazete, kitap, dergi vs. okuma
		☐ Sohbet etme	☐ El işi vs
		☐ Radyo dinleme	☐ Diğer:.....

EĞİTİM GEREKSİNİMİ

☐ Daha önce sağlık eğitimi	<u>Konusu</u>	<u>Kimden/Nereden aldı</u>	<u>Ne zaman aldı</u>
			
			
			

Sağlığınız ile ilgili hangi konularda eğitim almak istersiniz:.....

☐ Sağlık sorununuz olduğunda tıbbi tedavi ve bakım dışında başvurduğunuz herhangi bir kurum ya da yöntem var mı?

Açıklayınız:.....

.....

.....

Munzur Üniversitesi Hemşirelik Bölümü HEM 114 Hemşirelik Esasları Dersi 2021–2022 Öğretim Yılı Bahar Dönemi Günlük İzlem Formu Yönergesi

Aşağıda **22.03.2022** tarihinden itibaren doldurmaya başlayacağınız Günlük İzlem Formu yer almaktadır. Form, bakım verdiğiniz her bir hasta için günlük bilgileri kayıt edebileceğiniz şekilde hazırlanmıştır. Hastanız değiştiği takdirde formu diğer hastanız için de kullanmaya devam edebilirsiniz. Forma, hastanızın 08–16 saatleri arasında ölçtüğünüz yaşamsal bulgular değerini saatleriyle birlikte ilgili kutucuklara kayıt etmeniz ve tüm değerlendirme sonuçlarını aktarmanız beklenmektedir. “Laboratuar ve Tetkik Sonuçları” alanına, hastanıza ait en son yapılan önemli laboratuar ve tetkik sonuçlarını kayıt etmeniz gerekmektedir.

Öğrencinin Adı Soyadı:

GÜNLÜK İZLEM FORMU

Tarih/Saat		1. Gün/.....			2. Gün/.....			Öğrenci notu		
YAŞAMSAL BULGULAR	Kan Basıncı						1.Gün/.....			
	Nabız							1.Gün/.....		
	Solunum Sayısı								1.Gün/.....	
	Vücut Sıcaklığı									1.Gün/.....
AĞRI	Yok						2.Gün/.....			
	Var									
	Yeri									
	Süresi									
	Şiddeti									

Tarih/Saat		1. Gün/.....		2. Gün/.....		Öğrenci notu
ALDIĞI	Oral					1.Gün/.....
	IV					
	Kan Ürünleri					
	Toplam					
ÇIKARDIĞI	İdrar					
	Kusma					
	Gaita					
	Dren					
	Toplam					
TEDAVİ (Hekim İstem)						2.Gün/.....
LABORATUVAR SONUÇLARI						

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Tarih:

SORUN VE SORUNLA İLGİLİ VERİLER	AMAÇ	PLANLAMA	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Tarih:

SORUN VE SORUNLA İLGİLİ VERİLER	AMAÇ	PLANLAMA	UYGULAMA	SONUÇ KRİTERLERİ	DEĞERLENDİRME

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Tarih:

SORUN VE SORUNLA İLGİLİ VERİLER	AMAÇ	PLANLAMA	UYGULAMA	SONUÇ KRİTERLERİ	DEĞERLENDİRME