

LABORATUVAR UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri ve Puanlama Skalası

1. MALZEME HAZIRLIĞI (20 PUAN)

- Gerekli malzemeleri eksiksiz hazırladı → 10 puan
- Malzemeleri doğru ve düzenli yerleştirdi → 10 puan

2. İŞLEM ÖNCESİ HAZIRLIK (20 PUAN)

- El hijyeni ve aseptik hazırlık → 10 puan
- Hastayı bilgilendirme ve ortam hazırlığı → 10 puan

3. İŞLEM BASAMAKLARI (40 PUAN)

- İşlemi doğru sırayla uygulama → 25 puan
- Teknik doğruluk (asepsi, güvenlik vb.) → 15 puan

4. İŞLEM SONRASI BAKIM (10 PUAN)

- Ortamı düzenleme ve atık yönetimi → 5 puan
- Hastayı uygun şekilde sonlandırma → 5 puan

5. RAPORLAMA VE İLETİŞİM (10 PUAN)

- Doğru kayıt yapma → 5 puan
- Etkili iletişim → 5 puan

GENEL DEĞERLENDİRME

- **90–100:** Çok başarılı
- **80–89:** Başarılı
- **70–79:** Geliştirilmeli
- **<70:** Başarısız

Öğrencinin; Adı-Soyadı:	TOPLAM PUAN:
Öğrencinin Numarası:	
Uygulama: ERKEK HASTADA ÜRİNER KATETER UYGULAMASI	
GEREKLİ MALZEMELER:	
✓ Malzeme tepsisi ✓ Tek kullanımlık eldiven ✓ Su geçirmez örtü ✓ Steril örtü ✓ Foley kateter (geçici ise nelaton kateter; erkeklerde 16-22 numara) ✓ Enjektör (kateter balonunu şişirmek için uygun büyüklükte) ✓ Kare örtü/çarşaf ✓ Flaster/tespit materyali ✓ Serum fizyolojik ampul/distile su (kateter balonunu şişirmek için uygun miktarda) ✓ İdrar torbası ✓ İdrar torbası askısı ✓ Steril eldiven ✓ Antiseptik solüsyon ✓ Steril delikli örtü ✓ Steril böbrek küvet(2 adet) ✓ Steril forseps ✓ Steril klemp ✓ Steril gazlı bez ✓ Suda eriyen kayganlaştırıcı ✓ Işık kaynağı (gerekli ise) ✓ Perine hijyeni malzemeleri (gerekli ise) ✓ El antiseptiği ✓ Kirli kanı ✓ Hemşire gözlem formu	
İŞLEM BASAMAKLARI:	PUAN
1. Hekim istemi kontrol edilir	
2. Erkek hastada üriner kateter uygulamasını etkileyen faktörler değerlendirilir (Yaş, mesane retansiyonu, bilinç düzeyi, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları, alerji vb.)	
3. Eller yıkanır	
4. Malzemeler hazırlanır	
5. Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır	
6. Hastanın kimliği doğrulanır	
7. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir	
8. Hasta mahremiyeti sağlanır	
9. Yatak frenleri kontrol edilir	
10. Hasta yatağı bel seviyesine getirilir	
11. Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir	
12. Gerekli ise ışık kaynağı açılır ve hastanın perine üzerine doğru ayarlanır	
13. El hijyeni sağlanır	
14. Çarşafın altından hastanın alt kıyafetleri çıkarılır	
15. Hastanın altına su geçirmez örtü serilir	
16. Hastaya bacaklarını biraz ayırarak şekilde supine pozisyonu verilir	
17. Hastanın yalnızca perine bölgesi açıkta kalacak şekilde bacakları kare örtü/çarşaf ile örtülür	

18. Gerekli ise hastanın perine hijyeni sağlanır	
<i>(Perine bölgesi açıkta kalması gerekmediğinde, kare örtül/ çarşaf ile örtülü tutulur)</i>	
19. İdrar torbası mesane seviyesinden daha aşağıda olacak şekilde yatağın kenarındaki askıya asılır	
20. İdrar torbasının foley kateter ile bağlantı yapılacak ucu, yatağın kenarına flaster/tespit materyali ile tespit edilir	

21. Hastanın bacağının yan tarafına kirli kabi yerleştirilir	
22. Serum fizyolojik içeren ampuller kırılarak tepsi içerisine bırakılır	
23. Bel seviyesinden yüksek olan kuru ve temiz bir masaya steril örtü açılır	
24. Steril böbrek küvetler steril örtü üzerine açılır	
25. Suda eriyen kayganlaştırıcı steril örtü üzerine açılır	
26. Steril gazlı bez paketi steril böbrek küveti içerisine açılır	
27. Steril forseps steril örtünün üzerine açılır	
28. Steril klemp steril örtünün üzerine açılır	
29. Steril delikli örtü steril örtünün üzerine açılır	
30. Foley kateter steril örtünün üzerine açılır	
31. Uygun büyüklükte enjektör steril örtünün üzerine açılır	
32. Antiseptik solüsyon ile steril böbrek küveti içindeki steril gazlı bezler ıslatılır	
33. Kare örtü/çarşaf, perine bölgesi açıkta bırakacak şekilde bacaklar üzerine getirilir	
34. El hijyeni sağlanır	
35. Steril eldiven giyilir	
36. Enjektöre gerekli miktarda serum fizyolojik/distile su çekilir, koruyucu kılıfı kapatılarak steril alana bırakılır	
37. Foley kateter iç kılıfından çıkarılır	
38. Foley kateterin distal ucundaki kapalı portuna serum fizyolojik/distile su çekilmiş enjektör takılır	
39. Foley kateterin balonu şişirilir	
40. Serum fizyolojik/distile su enjektöre geri çekilir	
41. Kateterin 15-17,5 cm.'lik uç bölümüne suda eriyen kayganlaştırıcı sürülür	
42. Enjektör, foley kateter ile bağlantısı ayrılmadan steril böbrek küvete bırakılır	
43. Penis açıkta kalacak şekilde steril delikli örtü perine bölgesine örtülür	
44. Steril böbrek küvetler, delikli örtünün üzerine perine bölgesine yakın olacak şekilde yerleştirilir	
45. Klemp, steril delikli örtü üzerine bırakılır	
46. Aktif ele steril örtü üzerindeki forseps alınır	
47. Antiseptik solüsyonla ıslatılmış gazlı bez forseps ile alınır	
48. Penis, pasif el ile vücuda dik olacak şekilde tutulur	
49. Penis, üretral meatustan glansa doğru dairesel hareketle silinir ve gazlı bez kirli kabına atılır	
50. Forseps kirli kabına bırakılır	
51. Kateterin üretral meatusa yerleşecek kısmı aktif ele alınır	
52. Penis pasif el ile vücuda dik olacak şekilde tutulur	
53. Hastadan derin nefes alması ya da idrarını yapıyormuş gibi davranması istenir	
54. Hasta nefesini verirken, kateter üretral meatustan 17- 22,5 cm. ilerletilir	
55. Kateterin ilerlemesinde zorluk yaşanırsa, hastadan yavaş ve derin nefes alması istenir ve kateter yavaşça döndürülerek ilerletilir	
56. Kateter, idrar geldikten sonra 2,5-5 cm. daha ilerletilir	
57. Kateterin üretral meatus dışında kalan 2-3 cm.'lik kısmı pasif elle tutulur	
58. Foley kateterin lümeni, idrar torbası ile bağlantısı sağlanana kadar klempenir	
59. Aktif el ile enjektör alınır ve kateterin balonu şişirilir	
60. Hastada ani bir ağrı olursa, verilen sıvı geri çekilir ve kateter 1-2 cm. daha ilerletilir	
61. Enjektör kendi etrafında döndürülerek çıkarılır	
62. İdrar sondası hafifçe geri çekilerek kontrol edilir	
63. İdrar torbasını yatağa tespit etmek için kullanılan flaster çıkarılır	
64. İdrar torbasının foley kateter ile birleşecek ucu bacağın üzerinden ve delikli örtünün altından geçirilir	
65. Foley kateterin lümenindeki klemp açılır	
66. İdrar torbasının kapağı çıkarılarak foley kateter ile bağlantısı sağlanır	

67. 750-1000 ml'den fazla idrar gelirse klemp kapatılır	
68. Delikli örtü üzerindeki böbrek küvetler alınır.	
69. Hastanın üzerindeki steril delikli örtü ve kare örtü/ çarşaf alınır	
70. Eldiven çıkarılır	

71. Foley kateter bacağın iç yüzüne flaster/tespit materyali ile tespit edilir	
72. Hastanın alt kıyafetleri giydirilir	
73. Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir	
74. Yatak kenarlıkları kaldırılır	
75. Yatak en düşük seviyeye getirilir	
76. Malzemeler toplanır	
77. El hijyeni sağlanır	
78. Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir	
Eğitimci notları:	

Öğrencinin; Adı-Soyadı:	TOPLAM PUAN:
Öğrencinin Numarası:	
Uygulama: INTRADERMAL ENJEKSİYON- ID	
GEREKLİ MALZEMELER:	
✓ Tepsi ✓ İlaç kartı ✓ İlaç çekilmiş halde enjektör (25- 27 numara iğnesiyle birlikte tüberkülin enjektörü) ✓ Eldiven ✓ Kalem ✓ Alkol ✓ Pamuk tampon ✓ El antiseptiği ✓ Kesici delici atık kutusu ✓ Kirli kabı ✓ Hemşire gözlem formu	
İŞLEM BASAMAKLARI:	PUAN
1. Hekim istemi kontrol edilir.	
2. İntradermal ilaç uygulamasını etkileyecek faktörler değerlendirilir (Yaş, bilinç durumu, hastalıklar, iletişim vb.)	
3. Eller yıkanır.	
4. Malzemeler hazırlanır.	
5. Malzeme tepsisi hasta odasında görme alanında kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.	
6. İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgiler karşılaştırılır.	
7. Hastanın kimliği doğrulanır.	
8. Hastaya ilacın verilış nedeni, etkisi ve yan etkisi açıklanır.	
9. Hasta mahremiyeti sağlanır.	
10. Yatak frenleri kontrol edilir.	
11. Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.	
12. Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.	
13. El hijyeni sağlanır.	
14. Tek kullanımlık eldiven giyilir.	
15. Enjeksiyon için uygun bölge seçilir.	
16. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
17. Enjeksiyon bölgesi açık olacak şekilde hastanın üzeri açılır.	
18. Enjeksiyon yapılacak alan değerlendirilir.	
19. Enjeksiyon bölgesi yaklaşık 5 cm çapında olacak şekilde, antiseptikli pamuk tampon ile merkezden dışarıya doğru dairevi bir hareketle silinir ve kuruması beklenir.	
20.Enjektör iğnesinin koruyucu kılıfı düz bir şekilde ajutajdan desteklenerek çıkarılır.	
21. Enjektör iğnenin kesik ucu yukarı bakacak şekilde aktif elin başparmağı ve işaret parmağı arasında tutulur.	
22. Pasif elin başparmağı ve işaret parmağıyla enjeksiyon bölgesindeki cilt gerdirilir.	
23. İğne hastanın cildiyle 5-15° açı yapacak şekilde tutularak yaklaşık 3 mm (iğnenin kesik ucu tamamen görülmeyecek şekilde) ilerletilir.	
24. İğne dokuya yerleştirildikten sonra aktif el ile enjektör sabit tutulur.	

25. Pasif el pistona doğru kaydırılarak deride yaklaşık 6 mm çapında küçük bir kabarıklık	
oluşuncaya kadar ilaç yavaşça enjekte edilir.	
26. İğne, dokuya giriş açısı korunarak dokudan çıkarılır.	
27. İğne ucu kesici delici atık kutusuna, enjektör tıbbi atık kutusuna atılır.	
28. Enjeksiyon bölgesi deri kalemi ile daire içine alınarak işaretlenir.	
29. Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir.	
30. Tek kullanımlık eldivenler çıkarılır.	
31. Yatak kenarlıkları kaldırılır.	
32. Yatak en düşük seviyeye getirilir.	
33. Malzemeler toplanır.	
34. El hijyeni sağlanır.	
35. Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
36. Enjeksiyon bölgesi, uygulanan ilaç ve deri testine göre belirlenen uygun zaman aralığından sonra değerlendirilir.	
Eğitimci notları:	

Öğrencinin; Adı-Soyadı:	TOPLAM PUAN:	
Öğrencinin Numarası:		
Uygulama: INTRAMUSKULER ENJEKSİYON- IM		
GEREKLİ MALZEMELER:		
✓ Tepsi ✓ İlaç kartı ✓ İlaç çekilmiş halde enjektör ✓ Eldiven ✓ Alkol ✓ Pamuk tampon ✓ El antiseptiği ✓ Kesici delici atık kutusu ✓ Kirli kabı ✓ Hemşire gözlem formu		
İŞLEM BASAMAKLARI:		PUAN
1. Hekim istemi kontrol edilir.		
2. İntramüsküler ilaç uygulamasını etkileyecek faktörler değerlendirilir (Yaş, bilinç durumu, hastalıklar, iletişim, kanama durumu vb.)		
3. Eller yıkanır.		
4. Malzemeler hazırlanır.		
5. Malzeme tepsisi hasta odasında görme alanında kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.		
6. İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgiler karşılaştırılır.		
7. Hastanın kimliği doğrulanır.		
8. Hastaya ilacın verilmiş nedeni, etkisi ve yan etkisi açıklanır.		
9. Hasta mahremiyeti sağlanır.		
10. Yatak frenleri kontrol edilir.		
11. Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.		
12. Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.		
13. El hijyeni sağlanır.		
14. Tek kullanımlık eldiven giyilir.		
15. Enjeksiyon için uygun bölge seçilir (Ventrogluteal bölge, vastus lateralis kası, rektus femoris, deltoid kası)		
16. Hastaya uygun pozisyon verilir.		
17. Enjeksiyon bölgesi açık olacak şekilde hastanın üzeri açılır.		
18. Enjeksiyon yapılacak alan değerlendirilir (Ekimoz, skar, inflamasyon, ödem, lezyon, renk değişimi, kitle, hassasiyet vb.)		
19. Seçilen enjeksiyon bölgesi üzerinde anatomik işaret noktalarına göre enjeksiyon yeri tespit edilir.		
20. Enjeksiyon bölgesi yaklaşık 5 cm çapında olacak şekilde, antiseptikli pamuk tampon ile merkezden dışarıya doğru dairevi hareketle silinir ve kuruması beklenir.		
21. Kuru pamuk tampon aktif elin serçe ve yüzük parmakları arasına yerleştirilir.		
22. Enjektör iğnesinin koruyucu kılıfı düz bir şekilde ajutajdan desteklenerek çıkarılır.		
23. Enjektör aktif elin başparmağı ve işaret parmağı arasında kalem tutar gibi tutulur.		
24. Enjeksiyon bölgesi gerdirilerek/kavranarak doku sabitlenir.		

25. İğne 90°lik açı ile dokuya seri bir şekilde batırılır.	
26. Pasif el ile piston geriye çekilerek enjektöre kan gelip gelmediği kontrol edilir.	
27. Enjektör içine kan gelmiyorsa pasif el ile 10 saniyede ml olacak hızda dokuya enjekte edilir.	
28. İğne geri çekilmeden 10 sn. beklenir.	
29. Pasif eldeki pamuk ile doku desteklenirken iğne dokuya giriş açısı korunarak seri bir hareketle dokudan geri çıkarılır.	
30. Enjeksiyon bölgesine kuru pamuk tampon ile masaj yapmadan hafif basınç uygulanır.	
31. İğne ucu kesici delici atık kutusuna, enjektör tıbbi atık kutusuna atılır.	
32. Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir.	
33. Tek kullanımlık eldivenler çıkarılır.	
34. Yatak kenarlıkları kaldırılır.	
35. Yatak en düşük seviyeye getirilir.	
36. Malzemeler toplanır.	
37. El hijyeni sağlanır.	
38. Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
39. Hastanın uygulanan ilaçlara yanıtı değerlendirilir.	
Eğitimci notları:	

Öğrencinin; Adı-Soyadı:	TOPLAM PUAN:
Öğrencinin Numarası:	
Uygulama: İNTRAVENÖZ (IV) KATETER UYGULAMASI	
GEREKLİ MALZEMELER:	
✓ Malzeme tepsisi ✓ Tek kullanımlık eldiven ✓ Su geçirmez örtü ✓ IV kateter (hastaya veya IV solüsyona uygun) ✓ Antiseptikli pamuk tampon ✓ Turnike ✓ Flaster/tespit materyali ya da şeffaf pansuman ✓ Makas ✓ Enjektör ✓ Etiket ✓ Tespit tahtası (gerekli ise) ✓ El antiseptiği ✓ Kesici delici atık kutusu ✓ Kirli Kabı ✓ Hemşire gözlem formu	
İŞLEM BASAMAKLARI:	PUAN
1.IV kateter uygulamasını etkileyen faktörler değerlendirilir (Yaş, mastektomi, fistül, seçilen venin durumu, ilaçlar, alerji/inme vb. hastalıklar)	
2. Eller yıkanır	
3. Malzemeler hazırlanır	
4. Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır	
5. Hastanın kimliği doğrulanır	
6. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir	
7. Hasta mahremiyeti sağlanır	
8. Yatak frenleri kontrol edilir	
9. Hasta yatağı bel seviyesine getirilir	
10. Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir	
11. El hijyeni sağlanır	
12. Flaster/tespit materyali ya da şeffaf pansuman hazırlanır	
13. Hastaya supine, semifowler ya da fowler pozisyon verilir	
14. IV kateter uygulaması için uygun ven belirlenir	
15. Uygun ven eklem bölgesinde ise tespit tahtası, eklem altına yerleştirilir yere bırakılır	
16. Ekstremitenin altına su geçirmez örtü yerleştirilir	
17. Turnike, arteriyel kan akımını engellemeyecek şekilde vene girilecek alanın 10-15 cm. yukarısına bağlanır	
18. Radial nabız kontrol edilir ve nabız iyi alınamıyorsa turnike biraz gevşetilir	
19. Tek kullanımlık eldiven giyilir	
20. Venin dolgunluğunu arttıran uygulamalar yapılır (Kolu kalp seviyesinden aşağı doğru tutarak eli açma kapama, kolu distalden proksimale doğru sıvazlama, ven üzerine hafifçe vurma, turnikeyi çıkarıp damar üzerine 10-15 dk. ılık yaş uygulama yapma)	
21. Belirlenen ven palpe edilir	
22. Belirlenen ven antiseptikli pamuk tampon ile proksimalden distale doğru ven boyunca silinir (Klorheksidin gibi bir antiseptikli tampon kullanılıyorsa en az 30 sn. öne ve geriye doğru basınç uygulanarak silinir)	
23. Silinen bölgenin kuruması beklenir	
24. IV kateter paketten alınarak koruyucu kılıfından çıkarılır	
25. Belirlenen bölge pasif el ile alttan kavranırken pasif elin başparmağı ile venin 2,5-5 cm. distalinden aşağı doğru cilt gerdirilir	

26. IV kateter, kesik ucu yukarıda olacak şekilde aktif elde tutulur	
27. IV kateter deri ile 10-30° açı yapacak şekilde tutularak vene girilir	
28. IV kateterin haznesine kan geldiğinde kateter 0,6 cm. daha ilerletilir	
29. Aktif el ile IV kateterin plastik iğnesi ven içine doğru tamamen ilerletilirken pasif el ile çelik iğne dışarı doğru çekilir (Çelik iğne IV kateterden tamamen çıkarılmaz)	
30. Aktif el ile IV kateter sabit tutulurken pasif el ile turnike açılır	
31. Pasif el ile vene giriş bölgesinden hafif basınç uygulanırken çelik iğne aktif el ile kateterden tamamen çıkarılır	
32. Çelik iğne, kesici delici atık kutusuna atılır	
33. Aktif el ile yıkama solüsyonu çekilmiş enjektör, IV katetere yerleştirilir	
34. Pasif elin parmakları tarafından ven üzerine yapılan basınç kaldırılır	
35. Yıkama solüsyonu IV kateterden verilirken ağrı, şişlik, soğukluk vb. belirtiler olup olmadığı gözlenir	
36. Enjektör, IV kateterden çıkarılır	
37. IV kataterin kapağı kapatılır	
38. IV kateter bölgesine flaster/tespit materyali ya da şeffaf pansuman uygulanır	
39. IV kateterizasyona ilişkin bilgileri içeren etiket, pansuman üzerine yapıştırılır	
40. Tek kullanımlık eldiven çıkarılır	
41. Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir	
42. Yatak kenarlıkları kaldırılır	
43. Yatak en düşük seviyeye getirilir	
44. Malzemeler toplanır	
45. El hijyeni sağlanır	
46. Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir	
Eğitimci notları:	

Öğrencinin; Adı-Soyadı:	TOPLAM PUAN:
Öğrencinin Numarası:	
Uygulama: ENJEKTÖR KULLANARAK VENÖZ KAN ÖRNEĞİ ALMA	
GEREKLİ MALZEMELER:	
✓ Malzeme tepsisi ✓ Tek kullanımlık eldiven ✓ Enjektör ✓ Turnike ✓ Su geçirmez örtü ✓ Antiseptikli pamuk tampon ✓ Steril gazlı bez ✓ Etiket ✓ Kan tüpü ✓ El antiseptiği ✓ Enjeksiyon bandı (gerekli ise) ✓ Kesici delici atık kutusu ✓ Kirli kabı ✓ Hemşire gözlem formu	
İŞLEM BASAMAKLARI:	PUAN
1. Hekim istemi kontrol edilir.	
2. Enjektör ile venöz kan örneği almayı etkileyen faktörler değerlendirilir. (Alınması gereken kan örneği miktarı, periferik damarların durumu, alerji vb.)	
3. Eller yıkanır.	
4. Malzemeler hazırlanır.	
5. Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.	
6. Hastanın kimliği doğrulanır.	
7. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.	
8. Hasta mahremiyeti sağlanır.	
9. Yatak frenleri kontrol edilir.	
10.Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.	
11.Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.	
12.El hijyeni sağlanır.	
13.Hastaya fowler, semifowler ya da supine pozisyonu verilir.	
14.Venöz kan örneği için uygun ven belirlenir.	
15.Belirlenen bölgenin altına su geçirmez örtü yerleştirilir.	
16.Turnike, arteriyel kan akımını engellemeyecek şekilde vene girilecek alanın 10-15 cm. yukarısına bağlanır.	
17.Radial nabız kontrol edilir ve nabız iyi alınamıyorsa turnike biraz gevşetilir.	
18.Tek kullanımlık eldiven giyilir.	
19.Venin dolgunluğunu arttıran uygulamalar yapılır. (Kolu kalp seviyesinden aşağı doğru tutarak eli açma kapama, koluna distalden proksimale doğru sıvazlama, ven üzerine hafifçe vurma, turnikeyi çıkarıp damar üzerine 10-15 dk. ılık yaş uygulama yapma)	
20.Belirlenen ven palpe edilir.	
21.Belirlenen ven antiseptikli pamuk tampon ile proksimalden distale doğru ven boyunca silinir. (Klorheksidin gibi bir antiseptikli tampon kullanılıyorsa en az 30 sn. öne ve geriye doğru basınç uygulanarak silinir.)	
22.Silinen bölgenin kuruması beklenir.	

23.Enjektörün iğnesinin kılıfı çıkarılır.	
24.Belirlenen bölge pasif el ile alttan kavranırken pasif elin başparmağı ile venin 2,5-5 cm. distalinden aşağı doğru cilt gerdirilir.	
25.Enjektörün iğnesi, eğimli kısmı yukarı bakacak şekilde tutulur.	
26.Enjektör deri ile 10-30° açı yapacak şekilde tutularak vene girilir.	
27.Deriyi gerdiren pasif el ekstremiteden çekilir.	
28.Aktif el ile enjektör sabitlenirken pasif el ile enjektörün pistonu geri çekilerek istenen miktarda kan aspire edilir.	
29.Turnike çıkarılır.	
30.Enjektörün iğnesi, cilde paralel olacak şekilde düz bir hat boyunca yavaşça çıkarılır.	
31.Kanama durana kadar (2-3 dk.) steril gazlı bez ile bölgeye basınç uygulanır. (Kanama durduktan sonra bölgeye enjeksiyon bandı yapıştırılabilir.)	
32. Enjektördeki kan, kan tüpüne boşaltılır.	
33.Enjektörün iğnesi kesici delici atık kutusuna atılır.	
34.Kan tüpleri etiketlenir.	
35.Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.	
36.Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir.	
37.Yatak kenarlıkları kaldırılır.	
38.Yatak en düşük seviyeye getirilir.	
39.Malzemeler toplanır.	
40.El hijyeni sağlanır.	
41.Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
Eğitimci notları:	

Öğrencinin; Adı-Soyadı:	TOPLAM PUAN:
Öğrencinin Numarası:	
Uygulama: KADIN HASTAYA ÜRİNER KATETER UYGULAMASI	
GEREKLİ MALZEMELER:	
✓ Malzeme tepsisi ✓ İdrar torbası ✓ Tek kullanımlık eldiven ✓ İdrar torbası askısı ✓ Su geçirmez örtü ✓ Steril eldiven Steril örtü ✓ Antiseptik solüsyon ✓ Foley kateter (geçici ise nelaton kateter); kadınlarda 12-18 numara ✓ Steril delikli örtü Steril böbrek küvet (2 adet) ✓ Steril forseps ✓ Enjektör (kateter balonunu şişirmek için uygun büyüklükte) ✓ Kare örtü/çarşaf ✓ Steril klemp ✓ Steril gazlı bez ✓ Suda eriyen kayganlaştırıcı ✓ Işık kaynağı (gerekli ise) ✓ Flaster/tespit materyali ✓ Serum fizyolojik ampul/ distile su (kateter balonunu şişirmek için uygun miktarda) ✓ Perine hijyeni malzemeleri (gerekli ise) ✓ El antiseptiği ✓ Kirli kabı ✓ Hemşire gözlem formu	
İŞLEM BASAMAKLARI:	PUAN
1. Hekim istemi kontrol edilir	
2. Kadın hastada üriner kateter uygulamasını etkileyen faktörler değerlendirilir (Yaş, cinsiyet, mesane retansiyonu, bilinç düzeyi, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları, alerji vb.)	
3. Eller yıkanır	
4. Malzemeler hazırlanır	
5. Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır	
6. Hastanın kimliği doğrulanır	
7. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir	
8. Hasta mahremiyeti sağlanır	
9. Yatak frenleri kontrol edilir	
10. Hasta yatağı bel seviyesine getirilir	
11. Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir	
12. Gerekli ise ışık kaynağı açılır ve hastanın perine bölgesi üzerine doğru ayarlanır	
13. El hijyeni sağlanır	
14. Çarşafın altından hastanın alt kıyafetleri çıkarılır	
15. Hastanın altına su geçirmez örtü serilir	
16. Kadın hastaya dorsal rekümbent, lateral ya da sims pozisyonu verilir	
17. Kare örtü/çarşafın bir ucu perine bölgesine, bir ucu baş kısmına ve diğer iki ucu bacaklara doğru olacak şekilde çapraz serilir	
18. Kare örtünün/çarşafın baş taraftaki ucu hastanın omuzlarını açıkta bırakacak şekilde aşağıya doğru katlanır	
19. Kare örtünün/çarşafın iki yan ucu, hastanın bacaklarına dıştan içe doğru sarılır	
20. Kare örtünün/çarşafın perine bölgesini örten ucu abdomene doğru geriye katlanır	
21. Gerekli ise hastanın perine hijyeni sağlanır (Perine bölgesi açıkta kalması gerekmediğinde, kare örtü/ çarşaf ile örtülü tutulur	
22.İdrar torbası mesane seviyesinden daha aşağıda olacak şekilde yatağın kenarındaki askıya asılır	
23. İdrar torbasının foley kateter ile bağlantı yapılacak ucu, yatağın kenarına flaster/tespit materyali ile tespit edilir.	
24. Hastanın bacağına yan tarafına kirli kabı yerleştirilir	

25. Serum fizyolojik ampuller kırılarak tepsi içerisine bırakılır	
26. Bel seviyesinden yüksek olan kuru ve temiz bir masaya steril örtü açılır	
27. Steril böbrek küvetler steril örtü üzerine açılır	
28. Suda eriyen kayganlaştırıcı steril örtü üzerine açılır	
29. Steril gazlı bez paketi steril böbrek küvet içerisine açılır	
30. Steril forseps steril örtünün üzerine açılır	
31. Steril klemp steril örtünün üzerine açılır	
32. Steril delikli örtü steril örtünün üzerine açılır	
33. Foley kateter steril örtünün üzerine açılır	
34. Uygun büyüklükte enjektör steril örtünün üzerine açılır	
35. Steril böbrek küvet içindeki steril gazlı bezler antiseptik solüsyon ile ıslatılır	
36. Perine bölgesi üzerindeki kare örtü/çarşaf abdomen üzerine geriye doğru açılır	
37. El hijyeni sağlanır	
38. Steril eldiven giyilir	
39. Enjektöre gerekli miktarda serum fizyolojik/distile su çekilir, koruyucu kılıfı kapatılarak steril alana bırakılır	
40. Foley kateter iç kılıfından çıkarılır	
41. Foley kateterin distal ucundaki kapalı portuna serum fizyolojik/distile su çekilmiş enjektör takılır	
42. Foley kateterin balonu şişirilir	
43. Serum fizyolojik/distile su enjektöre geri çekilir	
44. Kateterin 2,5-5 cm.'lik uç bölümüne suda eriyen kayganlaştırıcı sürülür	
45. Enjektör, foley kateter ile bağlantısı ayrılmadan steril böbrek küvete bırakılır	
46. Steril delikli örtü, delikli olan kısmı perine bölgesine gelecek şekilde örtülür	
47. Steril böbrek küvetler, delikli örtünün üzerine perine bölgesine yakın olacak şekilde yerleştirilir	
48. Klemp, steril delikli örtü üzerine bırakılır	
49. Aktif ele steril örtü üzerindeki forseps alınır	
50. Antiseptik solüsyonla ıslatılmış gazlı bez forseps ile alınır	
51. Önce uzaktaki daha sonra yakındaki labia majörler önden arkaya doğru farklı gazlı bezlerle silinir ve gazlı bezler kirli kabına atılır	
52. Önce uzaktaki daha sonra yakındaki labia minörler önden arkaya doğru farklı gazlı bezlerle silinir ve gazlı bezler kirli kabına atılır	
53. Üretral meatus, klitoristen anüse doğru gazlı bezle silinir ve gazlı bez kirli kabına atılır.	
54. Forseps kirli kabına bırakılır	
55. Kateterin üretral meatusa yerleşecek kısmı aktif ele alınır	
56. Pasif el ile labialar ayrılarak üretral açıklık sağlanır	
57. Hastadan derin nefes alması ya da idrarını yapıyormuş gibi davranması istenir	
58. Hasta nefesini verirken, kateter üretral meatustan 5-7,5 cm. ilerletilir	
59. Kateterin ilerlemesinde zorluk yaşanırsa, hastadan yavaş ve derin nefes alması istenir ve kateter yavaşça döndürülerek ilerletilir	
60. Kateter, idrar geldikten sonra 2,5-5 cm. daha ilerletilir	
61. Kateterin üretral meatus dışında kalan 2-3 cm.'lik kısmı pasif el ile tutulur	
62. Foley kateterin lümeni, idrar torbası ile bağlantısı sağlanana kadar klemp lenir	
63. Aktif el ile enjektör alınır ve kateterin balonu şişirilir	
64. Hastada ani bir ağrı olursa, verilen sıvı geri çekilir ve kateter 1-2 cm. daha ilerletilir	
65. Enjektör kendi etrafında döndürülerek çıkarılır	
66. İdrar sondası hafifçe geri çekilerek kontrol edilir	
67. İdrar torbasını yatağa tespit etmek için kullanılan flaster çıkarılır	
68. İdrar torbasının foley kateter ile birleşecek ucu bacağın üzerinden ve delikli örtünün altından geçirilir.	
69. 8-10 numaralı bir katater kullanılıyor ise, kataterin içerisindeki klavuz çıkarılır	
70. Foley kateterin lümenindeki klemp açılır	
71. İdrar torbasının kapağı çıkarılarak foley katater ile bağlantısı sağlanır	
72. 750-1000 ml.'den fazla idrar gelirse klemp kapatılır	
73. Delikli örtü üzerindeki böbrek küvetler alınır	
74. Hastanın üzerindeki steril delikli örtü ve kare örtü/çarşaf alınır	

75. Eldiven çıkarılır	
76. İdrar torbası bacağıın iç yüzüne flaster/tespit materyali ile tespit edilir	
77. Hastanın alt kıyafetleri giydirilir	

78. Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir	
79. Yatak kenarlıkları kaldırılır	
80. Yatak en düşük seviyeye getirilir	
81. Malzemeler toplanır	
82. El hijyeni sağlanır	
83. Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir	

Eğitimci notları:

Öğrencinin; Adı-Soyadı:	TOPLAM PUAN:
Öğrencinin Numarası:	
Uygulama: NAZOGASTRİK SONDA YERLEŞTİRİLMESİ	
GEREKLİ MALZEMELER:	
✓ Malzeme tepsisi ✓ Işık kaynağı ✓ Tek kullanımlık eldiven ✓ Tek kullanımlık böbrek küvet (2 adet) ✓ Levin sonda (8-18 numara) ✓ Su geçirmez örtü ✓ 50 ml'lik çam uçlu enjektör (2 adet) ✓ İki bardak su ve pipet (oral alımında sakınca yoksa) ✓ Suda eriyen kayganlaştırıcı / % 0,9'luk NaCl ✓ Klemp Dil basacağı ✓ Mezura ✓ Stetoskop ✓ Silinmez kalem ✓ Ph çubuğu ✓ El antiseptiği ✓ Flaster / tespit materyali ✓ Kirli kabı ✓ Hemşire gözlem formu	
İŞLEM BASAMAKLARI:	PUAN
1. Hekim istemi kontrol edilir	
2. Nazogastrik sonda yerleştirilmesini etkileyen faktörler değerlendirilir (Burun kanaması, yüz travması, geçirilmiş nazal cerrahi, septumda deviasyon, antikoagülan tedavi, koagulopati, iletişim, hastanın işleme katılma düzeyi vb.)	
3. Eller yıkanır	
4. Malzemeler hazırlanır.	
5. Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır	
6. Hastanın kimliği doğrulanır	
7. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir	
8. Hasta mahremiyeti sağlanır	
9. Yatak frenleri kontrol edilir	
10. Hasta yatağı bel seviyesine getirilir	
11. Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir	
12. El hijyeni sağlanır	
13. Hastanın varsa gözlüğü ve protez dişleri çıkarılır	
14. Bağırsak sesleri stetoskoplara dinlenir	
15. Hastaya fowler/semi-fowler pozisyon verilir	
16. Hastanın göğsünün üzerine su geçirmez örtü serilir	
17. Tek kullanımlık böbrek küvet, su geçirmez örtünün üzerine yerleştirilir / hastanın eline verilir	
18. Hastanın eline (bilinci açıksa), bir bardak su ve pipet	
19. El hijyeni sağlanır	
20. Tek kullanımlık eldiven giyilir	
21. Işık kaynağı ile burun delikleri kontrol edilir	
22. Sonda burun ucundan kulak memesine, kulak memesinden ksifoidin alt ucuna kadar ölçülür	
23. Ölçülen 55-65 cm'lik mesafe kalem/flaster vb. ile işaretlenir	
24. İşlem sırasında hastanın kendini ifade edebilmesi için iletişim dili geliştirilir	
25. Hastanın başı hiperekstansiyona getirilir	
26. Sonda, halka şeklinde sarılarak aktif elde kavranır	
27. Sondanın en az 2-4 cm'lik ucu suda eriyen kayganlaştırıcı ya da %0,9 NaCl solüsyonu ile kayganlaştırılır	
28. Sonda, önce burun tabanına paralel, sonra aşağıya ve arkaya doğru başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlanarak ilerletilir	

29.Sondanın ucunun uvulanın arkasında olup olmadığı ışık kaynağı ile kontrol edilir	
30. Hastaya başını hafifçe öne doğru eğmesi söylenir	
31. Sonda özofagusa doğru ilerletilirken hastaya pipet ile yudum yudum su içmesi ya da sıvı alamıyorsa yutkunması söylenir	
32. Hastada öğürme, öksürük varsa sondanın ilerletilmesi durdurulur	
33.Dil basacağı ve ışık kaynağı ile sondanın yerleşimi kontrol edilir (kıvrılmışsa düzleştirilir)	
34. Hastada nefes darlığı, öksürük, siyanoz, konuşmada zorluk gibi solunum sıkıntısı belirtileri varsa sonda geri çekilerek işlem sonlandırılır	
35. İşaretlenen yere gelinceye kadar birey her yutkunduğunda sonda döndürülerek ilerletilir	
36. Sonda flaster ile geçici olarak burna tespit edilir	
37.1.Sondanın midede olup olmadığının kontrolü için sondanın distal ucuna enjektör takılarak mide içeriği aspire edilir	
37.2. Mide içeriği gelmiyorsa, hastaya sol lateral pozisyon verilir ve mide içeriği tekrar aspire edilir	
37.3. Sonda klempenir ve kapağı kapatılır	
37.4. Ph çubuğu ile aspire edilen içeriğin Ph'i ölçülür	
37.5. Mide içeriği tekrar mideye verilir	
37.6. Sonda 30 ml içme suyu ile yıkanır	
37.7 Sondanın distal ucu kapatılır	
37.8. Su geçirmez örtü alınır	
37.9. Tek kullanımlık eldiven çıkarılır	
37.10. Röntgen çekilir	
38. Sonda burna tespit edilir	
39. Sondanın dışarıda kalan kısmı ölçülür	
40. Hastadan sondanın takıldığı burun deliğinin başını döndürmesi istenir	
41. Sonda hastanın omzuna tespit edilir	
42. Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir	
43. Yatak kenarlıkları kaldırılır	
44. Yatak en düşük seviyeye getirilir	
45. El hijyeni sağlanır	
46. Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir	
Eğitimci Notları:	

Öğrencinin; Adı-Soyadı:	TOPLAM PUAN:
Öğrencinin Numarası:	
Uygulama: NAZOGASTRİK SONDA İLE BESLENME- ENJEKTÖR İLE ARALIKLI BESLENME	
GEREKLİ MALZEMELER:	
✓ Malzeme tepsisi ✓ Tek kullanımlık eldiven ✓ Tek kullanımlık böbrek küvet (2 adet) ✓ Hekim isteminde belirtilen oda sıcaklığında enteral besin ✓ Ph çubuğu ✓ İçme suyu ✓ 50 ml'lik cam uçlu enjektör (2 adet) ✓ Stetoskop ✓ Su geçirmez örtü ✓ Klemp ✓ El antiseptiği ✓ Kirli kabı ✓ Hemşire gözlem formu	
İŞLEM BASAMAKLARI:	PUAN
1. Hekim istemi kontrol edilir.	
2. Enjektör ile aralıklı beslenmeyi etkileyen faktörler değerlendirilir. (Hastanın hareket sınırlılıkları, besin alerjisi, kusma, abdominal distansiyon, artmış rezidüel volüm, bağırsak sesleri, iletişim, hastanın işleme katılma düzeyi vb.)	
3. Eller yıkanır.	
4. Malzemeler hazırlanır.	
5. Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.	
6. Hastanın kimliği doğrulanır.	
7. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.	
8. Hasta mahremiyeti sağlanır.	
9. Yatak frenleri kontrol edilir.	
10.Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.	
11.Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.	
12.Hastaya fowler, semi-fowler ya da yatak başı 30°'ye yükseltilerek lateral pozisyon verilir.	
13.Hastanın göğsünün üzerine su geçirmez örtü yerleştirilir.	
14.El hijyeni sağlanır.	
15.Tek kullanımlık eldiven giyilir.	
16.Sondanın ucuna cam uçlu enjektör takılır.	
17.Sondanın klempini açılır.	
18.Mide içeriği aspire edilir.	
19.Aspire edilen içeriğin Ph'ı ölçülür.	
20.Rezidüel volüm ölçülür.	
21.Aspire edilen içerik mideye geri verilir.	
22.Sonda klemplenir.	
23.Cam uçlu enjektör sondanın ucundan çıkarılır.	
24.Pistonu çıkarılan cam uçlu enjektör, sondanın distal ucuna yerleştirilir.	
25.Enjektör, hastanın mide seviyesinden 30-45 cm. yüksekte tutulur.	

26.Enjektörün içine 30 ml. içme suyu verilir.	
27.Sondanın klempı açılır.	
28.Enjektördeki içme suyunun yavaş yavaş boşalması sağlanır.	
29.Sonda klemplenir.	
30.Verilecek miktarda enteral besin enjektöre boşaltılır.	
31.Sondanın klempı açılır.	
32.Enjektördeki besinin yaklaşık 30 dakikada yavaş yavaş boşalması sağlanır.	
33.Beslenme bitince sonda klemplenir.	
34.Enjektörün içine 30 ml. içme suyu verilir.	
35.Sondanın klempı açılır.	
36.Enjektördeki içme suyunun yavaş yavaş boşalması sağlanır.	
37.Sonda klemplenir.	
38.Enjektör çıkarılır.	
39.Sondanın distal ucu kapatılır.	
40.Su geçirmez örtü atık kutusuna atılır.	
41.Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.	
42.Beslenmeden sonra en az 1 saat hastanın fowler/semi-fowler pozisyonunda kalması sağlanır.	
43.Yatak kenarlıkları kaldırılır.	
44.Yatak en düşük seviyeye getirilir.	
45.Malzemeler toplanır.	
46.El hijyeni sağlanır.	
47.Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
Eğitimci notları:	

Öğrencinin; Adı-Soyadı:	TOPLAM PUAN:
Öğrencinin Numarası:	
Uygulama: SUBKUTAN ENJEKSİYON-SC	
GEREKLİ MALZEMELER:	
✓ Tepsi ✓ İlaç kartı ✓ İlaç çekilmiş halde enjektör (25- 30 numara iğnesiyle birlikte) ✓ Eldiven ✓ Alkol ✓ Pamuk tampon ✓ El antiseptiği ✓ Kesici delici atık kutusu ✓ Kirli kabı ✓ Hemşire gözlem formu	
İŞLEM BASAMAKLARI:	PUAN
1. Hekim istemi kontrol edilir.	
2. Subkutan ilaç uygulamasını etkileyecek faktörler değerlendirilir (Yaş, bilinç durumu, hastalıklar, iletişim, kanama durumu vb.)	
3. Eller yıkanır.	
4. Malzemeler hazırlanır.	
5. Malzeme tepsi hastanın odasında görme alanında kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.	
6. İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgiler karşılaştırılır (ilaç uygulaması sürecinde doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt kontrol edilmelidir)	
7. Hastanın kimliği doğrulanır.	
8. Hastaya ilacın verilmesi nedeni, etkisi ve yan etkisi açıklanır.	
9. Hasta mahremiyeti sağlanır.	
10. Yatak frenleri kontrol edilir.	
11. Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.	
12. Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.	
13. El hijyeni sağlanır.	
14. Tek kullanımlık eldiven giyilir.	
15. Enjeksiyon için uygun bölge seçilir (Üst kolun dış yan yüzü, abdomen, uyluğun ön tarafı, sırtın üst kısmı, ventrogluteal bölgenin üst kısmı)	
16. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
17. Enjeksiyon bölgesi açık olacak şekilde hastanın üzeri açılır.	
18. Enjeksiyon yapılacak alan değerlendirilir (Ekimoz, skar, inflamasyon, ödem, lezyon, renk değişimi, kitle, hassasiyet vb.)	
19. Enjeksiyon bölgesi yaklaşık 5 cm çapında olacak şekilde, antiseptikli pamuk tampon ile merkezden dışarıya doğru dairevi bir hareketle silinir ve kuruması beklenir.	
20. Kuru pamuk tampon aktif elin serçe ve yüzük parmakları arasına yerleştirilir.	
21. Enjektör iğnesinin koruyucu kılıfı düz bir şekilde ajutajdan desteklenerek çıkarılır.	
22. Enjektör aktif elin başparmağı ve işaret parmağı arasında tutulur.	
23. Enjeksiyon uygulanacak doku pasif el ile kavranır/gerdirilir.	

24. İğnenin açık ucu yukarı bakacak şekilde hastanın cildiyle 45-90°lik açı yapacak şekilde	
dokuya batırılır.	
25. İğne dokuya yerleştirildikten sonra pasif el ile kavranan gerdirilen doku serbest bırakılır.	
26. Pasif el ile ilaç, 10 saniyede 1 ml olacak hızda dokuya enjekte edilir.	
27. İğne geri çekilmeden 5-10 sn. beklenir.	
28. Pasif eldeki pamuk ile doku desteklenirken iğne, dokuya giriş açısı korunarak geri çıkarılır.	
29. Enjeksiyon bölgesine kuru pamuk tampon ile masaj yapmadan hafif basınç uygulanır.	
30. İğne ucu kesici delici atık kutusuna, enjektör tıbbi atık kutusuna atılır.	
31. Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir.	
32. Tek kullanımlık eldivenler çıkarılır.	
33. Yatak kenarlıkları kaldırılır.	
34. Yatak en düşük seviyeye getirilir.	
35. Malzemeler toplanır.	
36. El hijyeni sağlanır.	
37. Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
38. Hastanın uygulanan ilaçlara yanıtı değerlendirilir.	
Eğitimci notları:	

Öğrencinin; Adı-Soyadı:	TOPLAM PUAN:
Öğrencinin Numarası:	
Uygulama: DÜŞÜK VOLÜMLÜ LAVMAN UYGULAMASI	
GEREKLİ MALZEMELER:	
✓ Malzeme tepsisi ✓ Tek kullanımlık eldiven ✓ Malzeme tepsisi Sürgü (gerekli ise) ✓ Perianal bölgenin temizliği için gerekli malzemeler ✓ El antiseptiği ✓ Su geçirmez örtü ✓ Hazır lavman solüsyonu ✓ Tuvalet kâğıdı ✓ Kirli kabı ✓ Böbrek küvet ✓ Suda eriyen kayganlaştırıcı (gerekli ise) ✓ Hemşire gözlem formu	
İŞLEM BASAMAKLARI:	PUAN
1. Hekim istemi kontrol edilir	
2. Düşük volümlü lavman uygulamasını etkileyen faktörler değerlendirilir (Yaş, bağırsak boşaltımı alışkanlığı, bağırsak sesleri, perianal bölge hastalıkları ve ameliyatları, iletişim, hareket kısıtlılığı vb.)	
3. Eller yıkanır	
4. Malzemeler hazırlanır	
5. Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır	
6. Hastanın kimliği doğrulanır	
7. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir	
8. Hasta mahremiyeti sağlanır	
9. Yatak frenleri kontrol edilir	
10. Hasta yatağı bel seviyesine getirilir	
11. Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir	
12. El hijyeni sağlanır	
13. Tek kullanımlık eldiven giyilir	
14. Lavman tüpünün anüse yerleştirilecek ucunda suda eriyen kayganlaştırıcı olup olmadığı kontrol edilir	
15. Çarşafın altından hastanın alt kıyafetleri çıkarılır	
16. Hastaya sol lateral ya da sol sims pozisyon verilirken üsteki sağ bacağı olabildiğince fleksiyona getirilir	
17. Hastanın altına su geçirmez örtü yerleştirilir	
18. Hasta boşaltım ihtiyacını yatakta karşılayacak ise sürgü kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır	
19. Kalçalar nazıkçe aralanır ve anüs açığa çıkarılır	
20. Hastadan derin nefes alması istenir	
21. Lavman tüpünün ucu anüsten ilerletilir. (Bebekte 2,5-3,75 cm., çocuklarda 5-7,5 cm., adolesanda 7,5-10 cm., yetişkinlerde 7,5-10 cm.)	
22. Tüp, içindeki solüsyon azaldıkça uca doğru katlanır ve bütün solüsyon bitene kadar sıkılır	
23. Anüs tuvalet kâğıdı ile desteklenerek lavman tüpünün ucu çıkarılır	
24. Lavman tüpünün ucu eldivenin içinde kalacak şekilde eldiven çıkarılır	
25. Hastaya supine pozisyon verilir	
26. Hastadan 5-15 dk. solüsyonu içinde tutması istenir	
27. Tek kullanımlık eldiven giyilir	
28. Hastanın sürgüye oturmasına/tuvalet gitmesine yardım edilir	
29. Perianal bölgenin temizliği yapılır	
30. Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.	
31. Hastanın alt kıyafetleri giydirilir	
32. Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir	
33. Yatak kenarlıkları kaldırılır	

34. Yatak en düşük seviyeye getirilir	
35. Malzemeler toplanır	
36. El hijyeni sağlanır	
37. Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir	
Eğitimci Notları:	

Öğrencinin; Adı-Soyadı:	TOPLAM PUAN:
Öğrencinin Numarası:	
Uygulama: YÜKSEK VOLÜMLÜ LAVMAN	
GEREKLİ MALZEMELER:	
✓ Malzeme tepsisi ✓ Lavman sıvısı/solüsyonu ✓ Lavman seti (tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü, lavman torbası, suda eriyen kayganlaştırıcı) ✓ Tuvalet Kağıdı ✓ Böbrek küvet ✓ Su termometresi ✓ Perianal bölgenin temizliği için gerekli malzemeler (gerekli ise) ✓ Sürgü (gerekli ise) ✓ El antiseptiği ✓ Kirli Kabi ✓ Hemşire gözlem formu	
İŞLEM BASAMAKLARI:	PUAN
1. Hekim istemi kontrol edilir	
2. Yüksek volümlü lavman uygulamasını etkileyen faktörler değerlendirilir (Yaş, bağırsak boşaltımı alışkanlığı, bağırsak sesleri, perianal bölge hastalıkları ve ameliyatları, iletişim, hareket kısıtlılığı vb.)	
3. Eller yıkanır	
4. Malzemeler hazırlanır	
5. Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır	
6. Hastanın kimliği doğrulanır	
7. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir	
8. Lavman torbası setinin klempı kapatılır	
9. Lavman sıvısının sıcaklığı 37,7 °C' ye ayarlanır	
10. Gerekli miktarda lavman sıvısı torbaya boşaltılır (18 aydan küçük bebeklerde 50-200 ml., 5-12 yaş çocuklarda 300-500 ml. Ve yetişkinlerde 500-1000 ml.)	
11. Lavman torbası, anüs seviyesinden uygun yüksekliğe asılır. (Yüksek basınçlı lavman 30-45 cm., normal basınçlı lavman 30 cm., düşük basınçlı lavman 7,5 cm.)	
12. Lavman torba setinin klempı açılır	
13. Lavman torba setinin havası çıkarılır.	
14. Lavman torba setinin klempı kapatılır	
15. Lavman solüsyonu lavman sıvısına eklenir	
16. Hasta mahremiyeti sağlanır	
17. Yatak frenleri kontrol edilir	
18. Hasta yatağı bel seviyesine getirilir	
19. Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir	
20. El hijyeni sağlanır	
21. Tek kullanımlık eldiven giyilir	
22. Çarşafın altından hastanın hastanın alt kıyafetleri çıkarılır	
23. Hastaya sol lateral ya da sol sims pozisyon verilirken üstteki sağ bacağı olabildiğince fleksiyona getirilir	
24. Hastanın altına su geçirmez örtü yerleştirilir	
25. Hasta boşaltım ihtiyacını yatakta karşılayacak ise sürgü kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır	
26. Lavman setinin anüse yerleştirilecek 5-7 cm'lik kısmına suda eriyen kayganlaştırıcı sürülür	
27. Kalçalar nazikçe aralanır ve anüs açığa çıkarılır	
28. Hastadan derin nefes alması istenir	

29. Lavman tüpünün ucu anüsten ilerletilir (Bebekte 2,5- 3,75 cm., çocuklarda 5- 7,5 cm., adölesanda 7,5- 10 cm.)	
30. Lavman setinin klemp� açılır	
31. Lavman sıvısı 5-10 dk. içerisinde bitecek şekilde gönderilir	
32. Sıvı bittiğinde lavman setinin klemp� kapatılır	
33. Anüs tuvalet ka�ıdı ile desteklenerek lavman setinin ucu çıkarılır	
34. Lavman setinin ucu eldivenin içinde kalacak şekilde eldiven çıkarılır ve uygun atık kutusuna atılır	
35. Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir	
36. Hastadan 5-15 dk. lavman sıvısını içinde tutması istenir	
37. Tek kullanımlık eldiven giyilir	
38. Hastanın sürgüye oturmasına/tuvalete gitmesine yardım edilir	
39. Perianal bölgenin temizliği yapılır	
40. Tek kullanımlık eldiven çıkarılır	
41. Hastanın alt kıyafetleri giydirilir	
42. Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir	
43. Yatak kenarlıkları kaldırılır	
44. Yatak en düşük seviyeye getirilir	
45. Malzemeler toplanır	
46. El hijyeni sağlanır	
47. Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir	
Eğitimci notları:	

Öğrencinin; Adı-Soyadı:	TOPLAM PUAN:
Öğrencinin Numarası:	
Uygulama: SEZARYEN İNSİZYONU VE EPİZYOTOMİ YARA BAKIMI	
GEREKLİ MALZEMELER:	
✓ Malzeme tepsisi ✓ Tek kullanımlık steril eldiven ✓ Tek kullanımlık temiz eldiven ✓ Steril gazlı bez ✓ Steril pansuman seti ✓ Serum fizyolojik ✓ Antiseptik solüsyon (kurum protokolüne uygun) ✓ Steril örtü ✓ Böbrek küvet ✓ Tıbbi atık torbası ✓ Flaster veya uygun yara örtüsü ✓ El antiseptiği ✓ Perine pedi (epizyotomi için) ✓ Perine bakım solüsyonu (gerektiğinde) ✓ Hemşire gözlem formu	
İŞLEM BASAMAKLARI:	PUAN
1. Hekim istemi ve hasta dosyası kontrol edilir.	
2. Hastanın kimliği doğrulanır.	
3. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.	
4. Sezaryen/epizyotomi öyküsü ve doğum sonrası geçen süre değerlendirilir	
5. Ağrı durumu değerlendirilir.	
6. Loşi miktarı, rengi ve kokusu değerlendirilir (epizyotomi için).	
7. Enfeksiyon risk faktörleri değerlendirilir.	
8. Eller yıkanır.	
9. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
10. Hasta mahremiyeti sağlanır.	
11. Yatak frenleri kontrol edilir.	
12. Hasta yatağı uygun çalışma yüksekliğine getirilir.	
13. El hijyeni sağlanır	
14. Temiz eldiven giyilir.	
15. Eski pansuman dikkatlice çıkarılır (varsa).	
16. Kullanılmış malzemeler uygun şekilde uzaklaştırılır.	
17. Sezaryen insizyonu veya epizyotomi hattı gözlenir.	
18. Kızarıklık, ödem, sıcaklık artışı, akıntı ve yara ayrılması değerlendirilir.	
19. Epizyotomi varlığında REEDA değerlendirmesi yapılır (Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation).	
20. Eldiven çıkarılır ve el hijyeni sağlanır.	
21. Steril pansuman seti açılır.	
22. Steril eldiven giyilir.	
23. Steril alan korunur.	
24. Yara bölgesi serum fizyolojik ile temizlenir.	
25. Temizlik temiz alandan kirli alana doğru yapılır.	
26. Her silme işlemi için ayrı steril gazlı bez kullanılır.	
27. Epizyotomi bakımında perine temizliği önden arkaya doğru yapılır.	
28. Loşi ve sekresyonlar dikkatlice temizlenir.	
29. Yara çevresi nazıkçe kurulanır.	
30. Kurum protokolüne uygun antiseptik uygulanır.	

31. Sütür hattı bütünlük açısından tekrar değerlendirilir	
32. Hematom, dehisens veya enfeksiyon bulguları açısından kontrol edilir.	
33. Gerekliyorsa steril gazlı bez veya uygun yara örtüsü uygulanır.	
34. Pansuman uygun şekilde sabitlenir	
35. Epizyotomi bakımında temiz perine pedi yerleştirilir.	
36. Hastanın rahatlığı ve ağrı durumu tekrar değerlendirilir.	
37. Hastaya yara bakımı ve hijyen konusunda eğitim verilir.	
38. Hastaya enfeksiyon belirtileri (kızarıklık, akıntı, ateş, kötü koku vb.) anlatılır.	
39. Hastaya ped değişimi ve perine temizliği hakkında bilgi verilir (epizyotomi için).	
40. Gerekliyorsa oturma banyosu hakkında bilgi verilir.	
41. Kullanılan malzemeler toplanır.	
42. Steril eldiven çıkarılır.	
43. Tıbbi atıklar uygun şekilde uzaklaştırılır.	
44. Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.	
45. Yatak kenarlıkları kaldırılır.	
46. Yatak en düşük seviyeye getirilir.	
47. El hijyeni sağlanır	
48. Yara görünümü, REEDA değerlendirmesi (epizyotomi ise), uygulanan bakım ve hasta eğitimi hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
Eğitimci Notları:	