



**T.C.  
ARDAHAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK ESASLARI DERSİ  
UYGULAMA DOSYASI**

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| Doküman No:       | ARÜ.SBF.HEM.006 |
| İlk Yayın Tarihi: | 27.07.2026      |
| Revizyon Tarihi:  | -               |
| Revizyon No:      | 0               |
| Sayfa:            | 1/14            |

**HEMŞİRELİK ESASLARI DERSİ  
UYGULAMA DOSYASI**

**Ad-Soyad:**  
**Öğrenci No:**

**Sorumlu Öğretim Üyesi:**

## HEMŞİRELİK ESASLARI DERSİ VERİ TOPLAMA FORMU

**Öğrenci Adı Soyadı:** \_\_\_\_\_

**Veri Toplama Tarihi:**[illegible]

| <b>BESLENME<br/>METABOLİK<br/>DURUM</b>                                                            | <b>Boy... Kilo..... BKİ.....</b> kg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kaşektik <input type="checkbox"/> Hafif kilolu <input type="checkbox"/> Obez<br><b>Oral alım:</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <b>Diyeti:</b> .....<br><b>Kiloda Değişim:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış .....kg/zaman<br><b>İştah Durumu:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış<br><b>Yeme Problemi:</b> <input type="checkbox"/> Disfaji <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma Diğer:.....<br><b>Beslenme şekli:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Yardımla besleniyor <input type="checkbox"/> Parenteral<br><input type="checkbox"/> Enteral (Nazogastrik) <input type="checkbox"/> Enteral (Gastrostomi)<br><table><tr><th>Tarih</th><th colspan="4">ALDIGI</th><th colspan="5">ÇIKARDIGI</th><th>DENGE</th></tr><tr><th></th><th>Oral</th><th>Enteral</th><th>Parenteral</th><th>TOPLAM</th><th>İdrar</th><th>NG/<br/>Dren</th><th>Kusma</th><th>Gaita</th><th>TOPLAM</th><th></th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | Tarih                                                                                              | ALDIGI     |        |           |             | ÇIKARDIGI |                              |        |                |  | DENGE                                 |  | Oral    | Enteral | Parenteral                      | TOPLAM | İdrar       | NG/<br>Dren | Kusma          | Gaita | TOPLAM               |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|-----------|-------------|-----------|------------------------------|--------|----------------|--|---------------------------------------|--|---------|---------|---------------------------------|--------|-------------|-------------|----------------|-------|----------------------|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tarih                                                                                              | ALDIGI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                    |            |        | ÇIKARDIGI |             |           |                              |        | DENGE          |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    | Oral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Enteral                                                                                            | Parenteral | TOPLAM | İdrar     | NG/<br>Dren | Kusma     | Gaita                        | TOPLAM |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>BOŞALTIM</b>                                                                                    | <b>İdrar:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anüri Oligüri <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> Hematüri<br><input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Üriner İnkontinans<br><b>Üriner kateter:</b> <input type="checkbox"/> Var ...../gün <input type="checkbox"/> Yok<br><b>Üriner kataterizasyon şekli:</b> .....<br><b>Diyaliz:</b> <input type="checkbox"/> Hemodiyaliz <input type="checkbox"/> Periton Diyalizi Diyaliz giriş yeri:.....<br><b>Dışkılama:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematokezya <input type="checkbox"/> Fekal inkontinans<br><b>Boşaltım şekli:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alt bezi <input type="checkbox"/> Sürgü <input type="checkbox"/> Ostomi.....<br><b>Bağırsak alışkanlığı:</b> ...../gün <b>Son defekasyon tarihi:</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                    |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>AKTİVİTE<br/>EGZERSİZ</b>                                                                       | <b>Oksijen Kullanımı:</b> <input type="checkbox"/> Var .....lt/dk <input type="checkbox"/> Yok<br><b>Oksijen Uygulama Yöntemi:</b> .....<br>.....<br><b>Egzersiz yapıyorsa tipi/sıklığı/süresi:</b> .....<br><b>Egzersiz sırasında yaşadığı semptomlar:</b> <input type="checkbox"/> Göğüs ağrısı <input type="checkbox"/> Çarpıntı <input type="checkbox"/> Bacak ağrısı<br><input type="checkbox"/> Kas ağrısı <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Yorgunluk Diğer:.....<br><table><tr><th colspan="4">Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği<br/>(Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)</th></tr><tr><td>Beslenme</td><td></td><td>Pozisyon Değiştirme/ Hareket</td><td></td></tr><tr><td>Tuvalete gitme</td><td></td><td>Güvenliği için riskleri değerlendirme</td><td></td></tr><tr><td>Giyinme</td><td></td><td>Çevredeki tehlikelerden kaçınma</td><td></td></tr><tr><td>Banyo yapma</td><td></td><td>İletişim kurma</td><td></td></tr><tr><td>Bedenini temiz tutma</td><td></td><td>İlaç yönetimi</td><td></td></tr><tr><td colspan="4"></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği<br>(Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3) |            |        |           | Beslenme    |           | Pozisyon Değiştirme/ Hareket |        | Tuvalete gitme |  | Güvenliği için riskleri değerlendirme |  | Giyinme |         | Çevredeki tehlikelerden kaçınma |        | Banyo yapma |             | İletişim kurma |       | Bedenini temiz tutma |  | İlaç yönetimi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği<br>(Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Beslenme                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Pozisyon Değiştirme/ Hareket                                                                       |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tuvalete gitme                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Güvenliği için riskleri değerlendirme                                                              |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Giyinme                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Çevredeki tehlikelerden kaçınma                                                                    |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Banyo yapma                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | İletişim kurma                                                                                     |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bedenini temiz tutma                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | İlaç yönetimi                                                                                      |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |            |        |           |             |           |                              |        |                |  |                                       |  |         |         |                                 |        |             |             |                |       |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |                      |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|-----|-----|-------|--|--|-----|--|--|------|--|--|---------|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Düşme öyküsü :</b> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız.....<br><b>İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                           |                      |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           | <b>Değerlendirme</b> |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
| <b>Minör Risk Faktörleri</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 65 yaş ve üstü.                                                                           | <b>1</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Bilinci kapalı.                                                                           | <b>1</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.                                                         | <b>1</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Kronik hastalık öyküsü var.*                                                              | <b>1</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var | <b>1</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 6.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.                                                     | <b>1</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 7.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Görme durumu zayıf                                                                        | <b>1</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 8.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 4'den fazla ilaç kullanımı var.                                                           | <b>1</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 9.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**                                          | <b>1</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.                                                 | <b>1</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 11.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.                                               | <b>1</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
| <b>Majör Risk Faktörleri</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Bilinç açık, koopere değil.                                                               | <b>5</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ayakta/yürürken denge problemi var.                                                       | <b>5</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 14.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Baş dönmesi var.                                                                          | <b>5</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 15.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ortostatik hipotansiyonu var.                                                             | <b>5</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 16.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Görme engeli var.                                                                         | <b>5</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 17.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Bedensel engeli var.                                                                      | <b>5</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 18.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**                                             | <b>5</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 19.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***                                          | <b>5</b>             |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>TOPLAM PUAN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                           |                      |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Düşük Risk:</b> Toplam Puanı 5'in altında <input type="checkbox"/> <b>Yüksek Risk:</b> Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |                      |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
| <b>Bilgilendirme Tablosu</b><br><b>*Kronik hastalıklar:</b> Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hast., Sindirim Sistemi Hast., Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar<br><b>**Hasta Bakım Ekipmanları:</b> IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren Perfüzör, Pacemaker vb<br><b>***Riskli İlaçlar:</b> Psikotropikler, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiyabetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |                      |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
| <b>UYKU DİNLENME</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Normalde gecede kaç saat uyuyor? .....</b><br><b>Uykuyu kesintiye uğratan bir durum var mı?</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....<br><b>Uykuya başlamada bir problem var mı?</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....<br><b>Rahat uyumak/gevşemek için kullandığı bir yöntem var mı?</b><br><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....<br><b>Gündüz uyuma alışkanlığı var mı?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır<br><b>Uykudan dinlenmiş olarak kalkıyor mu?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                           |                      |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
| <b>BİLİŞSEL ALGILAMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>İşitme güçlüğü:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....<br><b>Görme bozukluğu:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....<br><b>Dokunma/hissetme kaybı:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....<br><b>Koku alma yetisi:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal değil<br><b>Tat alma yetisi:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal değil<br><b>Senkop öyküsü:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var<br><b>SVO:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var<br><b>Bilinç:</b> <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Konfüzyon <input type="checkbox"/> Laterjik <input type="checkbox"/> Obtundasyon <input type="checkbox"/> Stupor <input type="checkbox"/> Koma<br><table border="1"> <tr> <td><b>Oryantasyon:</b></td><td>Yok</td><td>Var</td></tr> <tr> <td>Zaman</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Yer</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Kişi</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Kendine</td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Halüsinasyon/İllüzyon:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....<br><b>Son zamanlarda hatırlamada sorun yaşama durumu:</b> (yakın ve uzak zamana ilişkin olayları hatırlama) <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var..... |                                                                                           |                      | <b>Oryantasyon:</b> | Yok | Var | Zaman |  |  | Yer |  |  | Kişi |  |  | Kendine |  |  |
| <b>Oryantasyon:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Yok                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Var                                                                                       |                      |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
| Zaman                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |                      |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
| Yer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |                      |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
| Kişi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |                      |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
| Kendine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |                      |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |
| <b>KENDİNİ ALGILAMA – KAVRAMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendi kimliği hakkındaki görüşlerinde değişme:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....<br><b>Bireyin kendi bedeni hakkındaki görüşlerinde değişiklik durumu:</b><br><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                           |                      |                     |     |     |       |  |  |     |  |  |      |  |  |         |  |  |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | <p><b>Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendine saygı, güven duyma ve kendine değer verme duygularında değişme durumu:</b><br/> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var .....</p> <p><b>Korku/Endişe/Gerginlik /Huzursuzluk/Öfke/Umutsuzluk/Keder/Ölüm anksiyetesi:</b><br/> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var .....</p> <p>0 10</p> <p>En düşük En yüksek</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>ROL – İLİŞKİ</b>               | <p><b>Bireyin rollerinde bir sorun var mı?</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok<br/> <b>Var ise:</b> <input type="checkbox"/> Cinsiyet rolü <input type="checkbox"/> Ebeveynlik rolü <input type="checkbox"/> Eş rolü <input type="checkbox"/> Çocuk rolü <input type="checkbox"/> Mesleki rolü<br/> <b>Sağlık personeli ile iletişimde bulunuyor mu?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır<br/> <b>Diğer hastalarla iletişimde bulunuyor mu?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır<br/> <b>Yakın çevre ve arkadaşlarıyla ilişkilerinde bir zorluk yaşıyor mu?</b><br/> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet.....<br/> <b>Kimle yaşıyor?</b> Yalnız <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Arkadaş <input type="checkbox"/> Diğer.....<br/> <b>Bakmakla yükümlü olduğu kişiler:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Açıklayınız: .....<br/> <b>Hastanın bakımından sorumlu olan kişi:</b> .....<br/> <b>Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik, sosyal, kültürel, ruhsal)</b><br/> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <b>Açıklayınız:</b> .....<br/> <b>Tedaviye katılma isteği:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var .....<br/> <b>Görüş ve isteklerini uygun sözel/sözel olmayan metotlarla anlatabilme:</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok<br/> <b>Açıklayınız:</b> .....<br/> <b>Konuşma şekli:</b> <input type="checkbox"/> Normal (Düzenli, mantıklı) <input type="checkbox"/> Normal değil (hızlı, yavaş, argo, alaycı vb) <b>Sözlü ve sözsüz iletişimi arasında uyumsuzluk var mı?</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var<br/> <b>Dinlemede güçlük çekiyor mu?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> |
| <b>CİNSELLİK – ÜREME</b>          | <p><b>Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <b>Açıklayınız:</b> .....<br/> .....<br/> <b>Cinsellikle ilgili danışmanlık gereksinimi:</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>BAŞETME VE STRES TOLERANSI</b> | <p><b>Stres düzeyi:</b><br/> <b>Algılanan günlük yaşamdaki stresörler:</b> .....<br/> <b>Stres ile baş etmede kullanılan yöntemler:</b> .....<br/> <b>Yaşadığı sıkıntılı durumlarla baş etmede ailesinin verdiği desteği yeterli buluyor mu?</b><br/> 0 Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz<br/> <b>Hastalık veya hastaneye yatmaya ilişkin endişeleri var mı? (Ekonomik, öz bakım vb.)</b><br/> 0 Yok <input type="checkbox"/> Var.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>İNANÇ VE DEĞERLER</b>          | <p><b>Hastanedeyken yapmak istediği inancına özel uygulamalar:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var<br/> <b>Açıklayınız:</b> .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

**Konfor Değerlendirme Skalası**

0

10

Konforsuzluk

Yüksek Konfor

**Konforu artırma isteği:** Yok ☐ Var**Ağrı:** ☐ Yok ☐ Var**Ağrının yeri:**.....**Ağrının sıklığı:**.....**Ağrının başlama zamanı ve süresi:** .....**Ağrının şiddeti:**.....**Ağrı Değerlendirme Skalası**

0

10

Yok

Çok fazla

**Wong-Baker Ağrı Derecelendirme Ölçeği****Ağrının yaşam kalitesine etkisi:** Yok ☐ Var-----**Ağrıya eşlik eden bulgular:** Bulantı-kusma ☐ Uykusuzluk ☐ İştahsızlık☐ Fizik aktivitede azalma ☐ Sosyal aktivitede azalma ☐ Terleme ☐ Diğer-----

| Nitelik                                                                                                         | Ağrının Lokalizasyonu | Farmakolojik tedavi                                                                                     | Ağrıya karşı tepkiler                                                                                                                                                                | Ağrıyla Başetme Biçimi                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Kramp<br>2. Yanıcı<br>3. Batıcı<br>4. Spazm<br>5. Zonklayıcı<br>6. Baskı verici<br>7. Ezici/sıkıştı-<br>rıcı |                       | 1. Non-Steroid Antiinflamatuarlar<br>2. Narkotik analjezikler<br>3. Adjuvan tedavi<br>4. Diğer<br>..... | 1. Kızgınlık/Ağlama<br>2. Aktivitede azalma<br>3. İştahta azalma<br>4. Uyku problemleri<br>5. Konsantrasyon bozukluğu<br>6. Analjezi isteme<br>7. Terleme/çarpıntı<br>8. Diğer ..... | 1. Masaj<br>2. Dikkati dağıtma<br>3. Müzik<br>4. Pozisyon değişikliği<br>5. Sıcak/soğuk Uyg.<br>Diğer..... |

# FİZİKSEL DEĞERLENDİRME FORMU

| BELİRTİ VE BULGULAR                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| DERİ MUAYENESİ                                                                                                                                                                                                 | <b>Deri:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Nemli/Terli <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Sarıklık<br><input type="checkbox"/> Peteşi <input type="checkbox"/> Purpura <input type="checkbox"/> Ekimoz <input type="checkbox"/> Hematom <input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Lezyon Diğer..... |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                | <b>BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16'dan az olması basınç ülseri riskini gösterir)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                | <b>Duyu / algı</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Nem</b>                                                                 | <b>Aktivite</b>                                                                                          | <b>Hareketlilik</b>             | <b>Beslenme</b> | <b>Sürtünme</b> |
|                                                                                                                                                                                                                | Tamamen sınırlı 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sürekli nemli 1                                                            | Yatağa Bağımlı 1                                                                                         | İmmobil 1                       | Çok kötü 1      | Problem 1       |
|                                                                                                                                                                                                                | Çok sınırlı 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Çok nemli 2                                                                | Sandalye 2                                                                                               | Çok Sınırlı 2                   | Yetersiz 2      | Olası problem 2 |
|                                                                                                                                                                                                                | Hafif Sınırlı 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Arasıra nemli 3                                                            | Ara sıra yürüyor 3                                                                                       | Hafif Sınırlı 3                 | Yeterli 3       | Problem yok 3   |
|                                                                                                                                                                                                                | Bozulma yok 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nadiren nemli 4                                                            | Sık sık yürüyor 4                                                                                        | Sınırlama yok 4                 | Çok iyi 4       | Bozulma yok 4   |
|                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Bası yarası Varsa Yeri:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                | <b>Evresi:</b> <input type="checkbox"/> Evre I <input type="checkbox"/> Evre II <input type="checkbox"/> Evre III <input type="checkbox"/> Evre IV<br><input type="checkbox"/> Şüpheli Derin Doku Hasarı <input type="checkbox"/> Evrelendirilemeyen Bası Yarası                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                | <b>Deri Turgoru:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Artmış                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
| <b>IV Yol:</b> <input type="checkbox"/> Periferal <input type="checkbox"/> Santral <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Görünümü .....Takılma Zamanı:.....<br>Değişmesi Gereken Zaman: ..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
| <b>Tırnaklar:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Çomak parmak <input type="checkbox"/> Siyanoz Diğer .....                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
| <b>Ödem:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Yer: .....                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
| <b>Gode:</b> <input type="checkbox"/> 1+:0-15 sn <input type="checkbox"/> 2+:15-30 s <input type="checkbox"/> 3+:30-45 sn <input type="checkbox"/> 4+:45 sn↑                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
| BAŞ-BOYUN MUAYENE                                                                                                                                                                                              | <b>Sac/saçlı deri:</b> <input type="checkbox"/> Temiz <input type="checkbox"/> Yağlı <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Kepeklenme <input type="checkbox"/> Dökülme <input type="checkbox"/> Kitle <input type="checkbox"/> Skar <input type="checkbox"/> Şekil bozukluğu                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                | <b>Gözler:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Yanma <input type="checkbox"/> Kaşıntı Diğer:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                | <b>Kulaklar:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Çınlama <input type="checkbox"/> Şekil/simetri bozukluğu <input type="checkbox"/> İşitme problemi <input type="checkbox"/> İşitme cihazı                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                | <b>Burun/Koku alma:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Defekt <input type="checkbox"/> Sinüslerde hassasiyet <input type="checkbox"/> Akıntı<br><input type="checkbox"/> Tıkanıklık <input type="checkbox"/> Epistaksis                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                | <b>Ağız-boğaz:</b> <input type="checkbox"/> Boğaz ağrısı <input type="checkbox"/> Ağız kokusu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                | <b>Ağız Değerlendirme Rehberi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>1</b>                                                                   | <b>2</b>                                                                                                 | <b>3</b>                        |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                | <b>Ses</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Normal                                                                     | Normalden daha boğuk veya çatlak                                                                         | Konuşma sırasında zorlanıyor    |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                | <b>Yutkunma</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Normal                                                                     | Yutkunma sırasında hafif ağrı                                                                            | Yutkunamıyor                    |                 |                 |
|                                                                                                                                                                                                                | <b>Dudaklar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Pürüzsüz, pembe ve nemli                                                   | Kuru veya çatlamış                                                                                       | Dudaklarda yara veya kanama var |                 |                 |
| <b>Dil</b>                                                                                                                                                                                                     | Pembe ve nemli, Papila mevcut                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Kuru veya kızarıklık olmadan dilin üstü kirli sarı bir tabakayla kaplanmış | Çatlamış                                                                                                 |                                 |                 |                 |
| <b>Tükürük</b>                                                                                                                                                                                                 | Sulu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Koyu veya yapışkan                                                         | Yok                                                                                                      |                                 |                 |                 |
| <b>Oral Mukoza</b>                                                                                                                                                                                             | Pembe ve nemli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Kırmızı veya beyaz bir tabak ile kaplanmış, ağız yarası yok                | Ağız yarası var±kanama                                                                                   |                                 |                 |                 |
| <b>Diş etleri</b>                                                                                                                                                                                              | Pembe ve nemli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ödemli±kızarıklık                                                          | Kanama var (spontan ya da basınç uygulaması ile)                                                         |                                 |                 |                 |
| <b>Dişler/Protez</b>                                                                                                                                                                                           | Temiz, ölü doku yok                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | -                                                                          | Diş ve diş eti arasındaki sınırdaki sınırdaki veya protezin yerleştiği alanda plak ya da ölü doku mevcut |                                 |                 |                 |
| <b>Toplam Oral Mukoza Puanı (OMP) 8-14 ise;</b> Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            | <b>Toplam Puan:</b>                                                                                      |                                 |                 |                 |
| <b>Tat alma duyusu:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bozulmuş Açıklayınız.....                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            |                                                                                                          |                                 |                 |                 |

| KARDİYO-VASKÜLER MUAYENE      | <p><b>Nabız:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Taşikardi <input type="checkbox"/> Bradikardi <input type="checkbox"/> Filiform</p> <p><b>Apikal Ritm:</b> <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz</p> <p><b>Kan basıncı:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipotansiyon <input type="checkbox"/> Ortostatik Hipotansiyon <input type="checkbox"/> Hipertansiyon</p> <p><b>Periferik nabızlar:</b> Güç 0=yok 1= Zayıf 2= Orta 3= Güçlü</p> <table><tr><th>Nabızlar</th><th>Sol</th><th>Sağ</th><th>Nabızlar</th><th>Sol</th><th>Sağ</th></tr><tr><td>Brakial</td><td></td><td></td><td>Femoral</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Radial</td><td></td><td></td><td>Dorsalis Pedis</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Popliteal</td><td></td><td></td><td>Posterior Tibial</td><td></td><td></td></tr></table> <p><b>Boyun ven dolgunluğu:</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok</p> <p><b>Tromboflebit (Human's Bulgusu):</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <b>Varis:</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok</p> | Nabızlar             | Sol              | Sağ                    | Nabızlar | Sol | Sağ | Brakial  |  |             | Femoral |             |  | Radial |   |     | Dorsalis Pedis |     |   | Popliteal                     |   |                | Posterior Tibial |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|------------------------|----------|-----|-----|----------|--|-------------|---------|-------------|--|--------|---|-----|----------------|-----|---|-------------------------------|---|----------------|------------------|-------------------|---|------------------------|---|---------|--|---------------------|---|---------------|---|---------------------|--|------------------------|---|--|--|----------------|--|---------------|---|--|--|---------|--|--|--|
| Nabızlar                      | Sol                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sağ                  | Nabızlar         | Sol                    | Sağ      |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
| Brakial                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      | Femoral          |                        |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
| Radial                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      | Dorsalis Pedis   |                        |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
| Popliteal                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      | Posterior Tibial |                        |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
| SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ     | <p><b>Solunum Niteliği:</b> <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Ortopne</p> <p><input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Hipoventilasyon <input type="checkbox"/> Hiperventilasyon <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Balgam <input type="checkbox"/> Hemoptizi</p> <p><b>Solunum Örüntüsü:</b> <input type="checkbox"/> Apne <input type="checkbox"/> Taşipne <input type="checkbox"/> Bradipne <input type="checkbox"/> Cheynes-Stokes solunum <input type="checkbox"/> Kussmaul solunum</p> <p><b>Solunumla Ağrı:</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok</p> <p><b>Solunum Sayısı</b>...../dk</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                  |                        |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
| ABDOMİNAL MUAYENE             | <p><b>Abdomen:</b> <input type="checkbox"/> Yumuşak <input type="checkbox"/> Gergin <input type="checkbox"/> Sert <input type="checkbox"/> Hassas <input type="checkbox"/> Distansiyon</p> <p><b>Barsak sesleri:</b> <input type="checkbox"/> Normoaktif <input type="checkbox"/> Hiperaktif <input type="checkbox"/> Hipoaktif Sayısı.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                  |                        |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
| NÖROLOJİK MUAYENE             | <table><tr><th colspan="6">GLASGOW KOMA SKALASI</th></tr><tr><th>Göz Açma</th><th></th><th>Motor Yanıt</th><th></th><th>Sözel Yanıt</th><th></th></tr><tr><td>Yok</td><td>1</td><td>Yok</td><td></td><td>Yok</td><td>1</td></tr><tr><td>Ağrılı uyarılara yanıt olarak</td><td>2</td><td>Ektensör yanıt</td><td></td><td>Anlaşılmaz sesler</td><td>2</td></tr><tr><td>Konuşmaya yanıt olarak</td><td>3</td><td>Fleksör</td><td></td><td>Uygun olmayan yanıt</td><td>3</td></tr><tr><td>Kendiliğinden</td><td>4</td><td>Geri çekme şeklinde</td><td></td><td>Dağınık, konfüze yanıt</td><td>4</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Lokelize edici</td><td></td><td>Oryante yanıt</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td>İstemli</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p><b>Bilinç düzeyi (Toplam puan üzerinden):</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3-8 puan Koma <input type="checkbox"/> 8-9 puan Stupor <input type="checkbox"/> 10-11 puan Laterji <input type="checkbox"/> 12-13 puan Konfüzyon</p> <p><input type="checkbox"/> 13-14 puan Deliryum ve Hafif Nörolojik Hasar <input type="checkbox"/> 15 puan Bilinçli</p>                                 | GLASGOW KOMA SKALASI |                  |                        |          |     |     | Göz Açma |  | Motor Yanıt |         | Sözel Yanıt |  | Yok    | 1 | Yok |                | Yok | 1 | Ağrılı uyarılara yanıt olarak | 2 | Ektensör yanıt |                  | Anlaşılmaz sesler | 2 | Konuşmaya yanıt olarak | 3 | Fleksör |  | Uygun olmayan yanıt | 3 | Kendiliğinden | 4 | Geri çekme şeklinde |  | Dağınık, konfüze yanıt | 4 |  |  | Lokelize edici |  | Oryante yanıt | 5 |  |  | İstemli |  |  |  |
| GLASGOW KOMA SKALASI          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                  |                        |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
| Göz Açma                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Motor Yanıt          |                  | Sözel Yanıt            |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
| Yok                           | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Yok                  |                  | Yok                    | 1        |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
| Ağrılı uyarılara yanıt olarak | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ektensör yanıt       |                  | Anlaşılmaz sesler      | 2        |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
| Konuşmaya yanıt olarak        | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fleksör              |                  | Uygun olmayan yanıt    | 3        |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
| Kendiliğinden                 | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Geri çekme şeklinde  |                  | Dağınık, konfüze yanıt | 4        |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Lokelize edici       |                  | Oryante yanıt          | 5        |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | İstemli              |                  |                        |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |  |                     |   |               |   |                     |  |                        |   |  |  |                |  |               |   |  |  |         |  |  |  |

## YAŞAMSAL BULGULARI TAKİP FORMU

[illegible]

## İLAÇ/İNTRAVENÖZ SIVI TEDAVİSİ FORMU

[illegible]

## HASTAYA AİT LABORATUVAR DEĞERLERİ

| TEST                                          | REFERANS<br>ARALIĞI | HASTANIN<br>BULGULARI | YORUM |
|-----------------------------------------------|---------------------|-----------------------|-------|
| <b>HEMOGRAM</b>                               |                     |                       |       |
| Eritrosit (RBC)                               |                     |                       |       |
| Hemoglobin(HGB)                               |                     |                       |       |
| Hemotokrit(HTC)                               |                     |                       |       |
| Trombosit                                     |                     |                       |       |
| Lökosit(WBC)                                  |                     |                       |       |
| <b>BİYOKİMYA</b>                              |                     |                       |       |
| Na+<br>K+<br>Ca                               |                     |                       |       |
| <b>KAN ŞEKERİ</b><br>KŞ Açlık :<br>HbA1C:     |                     |                       |       |
| BUN<br>Kreatin<br>Ürik asit                   |                     |                       |       |
| Total Kolesterol<br>HDL<br>LDL<br>Trigliserid |                     |                       |       |
| CPK:                                          |                     |                       |       |
| CPK MB:                                       |                     |                       |       |
| LDH                                           |                     |                       |       |
| ALT<br>AST                                    |                     |                       |       |
| Total protein                                 |                     |                       |       |
| Albumin                                       |                     |                       |       |
| Total bilirubin<br>Direkt bilirubin           |                     |                       |       |
| PT<br>INR                                     |                     |                       |       |

**BAKIM PLANI FORMU****Hastanın Adı Soyadı .....****Öğrenci Hemşirenin Adı-Soyadı .....**

| Tarih | HEMŞİRELİK TANISI   |          |                                      | PLANLAMA                 |                        | UYGULAMA |       | DEĞERLENDİRME |
|-------|---------------------|----------|--------------------------------------|--------------------------|------------------------|----------|-------|---------------|
|       | Hemşirelik Tanıları | Etyoloji | Tanıya Götüren Belirti ve Semptomlar | Beklenen Hasta Sonuçları | Hemşirelik Girişimleri | Evet     | Hayır |               |
|       |                     |          |                                      |                          |                        |          |       |               |

## UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU

RESİM

Öğrencinin Adı Soyadı:

Öğrenci No:

Tarih:

Klinik:

|                                                                                                                        | Puan                                                | Öğretim üyesi/elemanı |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>1- PROFESYONEL DAVRANIŞLAR</b>                                                                                      | <b>25</b>                                           |                       |
| Uygulama alanına zamanında gelmek                                                                                      | 5                                                   |                       |
| Uygulama alanı için gerekli araç ve gereçleri yanında bulundurmak                                                      | 5                                                   |                       |
| Bakım verdiği/gözlemlediği bireyin güvenliğini sağlamak                                                                | 5                                                   |                       |
| Bakım verdiği/gözlemlediği bireyin kayıtlarını zamanında ve eksiksiz olarak tutmak                                     | 5                                                   |                       |
| Kliniğin uygulama kurallarına uygun davranmak                                                                          | 5                                                   |                       |
| <b>2- İLETİŞİM</b>                                                                                                     | <b>20</b>                                           |                       |
| Bakım verdiği/gözlemlediği birey ve yakınları ile iletişimi başlatmak ve uygun şekilde sürdürmek                       | 5                                                   |                       |
| Sağlık ekibi üyeleri ile uyumlu ve saygılı iletişimi sürdürmek                                                         | 5                                                   |                       |
| Öğretim elemanı ile uyumlu ve saygılı iletişimi sürdürmek                                                              | 5                                                   |                       |
| Uygulama alanında birlikte çalıştığı arkadaşları ile uyumlu ve saygılı iletişimi sürdürmek                             | 5                                                   |                       |
| <b>3- MESLEKİ YÖNDE GELİŞME</b>                                                                                        | <b>55</b>                                           |                       |
| Kuramsal bilgiyi uygulama alanına aktarabilmek                                                                         | 5                                                   |                       |
| Hastaya özgü gerekli uygulamaları doğru teknikle yapmak                                                                | 5                                                   |                       |
| Sorumluluk almak ve aldığı sorumluluğu eksiksiz yerine getirmek                                                        | 5                                                   |                       |
| Uygulama sırasında etkin iş planı yapabilmek                                                                           | 5                                                   |                       |
| Bireyin hastanede karşılaşabileceği riskleri tanıyabilme ve önlem alabilme                                             | 5                                                   |                       |
| Problem çözme becerilerini kullanmak                                                                                   | 5                                                   |                       |
| Klinik uygulamalara aktif olarak katılmak                                                                              | 5                                                   |                       |
| Öğrenmeye istekli davranmak                                                                                            | 5                                                   |                       |
| Uygulama alanlarında geliştirilebilecek alanları fark edebilmek, buna yönelik planlamalar yapabilmek ve uygulayabilmek | 5                                                   |                       |
| Kendi ile ilgili geliştirilmesi gereken yönlerini fark etmek ve geliştirmek için çaba göstermek                        | 5                                                   |                       |
| Uygulama alanında geçirdiği zamanı etkin kullanabilmek                                                                 | 5                                                   |                       |
| <b>1: Yetersiz</b><br><b>3: Kısmen Yeterli</b>                                                                         | <b>2: Desteğe ihtiyacı var</b><br><b>4: Yeterli</b> | <b>5: Çok iyi</b>     |
| <b>Toplam</b>                                                                                                          |                                                     | <b>100</b>            |

Sorumlu Öğretim Üyesi

Ad Soyad:

İmza:

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih:

Öğrenci No:

Klinik:

| HEMŞİRELİK SÜRECİ AŞAMALARI                                                               | Puan       | Oğretim üyesi/elemanı |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| <b>1- Tanılama</b>                                                                        | <b>25</b>  |                       |
| Bütüncül bakım doğrultusunda gereksinimlere yönelik yeterli ve doğru veri toplama         | 15         |                       |
| Fonksiyonel sağlık örüntülerinin birbiri ile etkileşimini dikkate alma                    | 5          |                       |
| Verilerin doğru ve zamanında kayıt altına alınması                                        | 5          |                       |
| <b>2- Hemşirelik Tanısı</b>                                                               | <b>25</b>  |                       |
| NANDA' ya özgü doğru hemşirelik tanılarını belirleyebilme                                 | 5          |                       |
| Hastasının gereksinimlerini karşılayacak yeterli hemşirelik tanılarını belirleyebilme     | 5          |                       |
| Hemşirelik tanılarını öncelik sırasına koyabilme                                          | 5          |                       |
| Hemşirelik tanılarının nedenini belirleyebilme                                            | 5          |                       |
| Hemşirelik tanılarının tanımlayıcı özelliklerini belirleyebilme                           | 5          |                       |
| <b>3- Planlama-Uygulama</b>                                                               | <b>30</b>  |                       |
| Hasta/bireye özgü ve tanı ile ilgili beklenen hasta sonucunu belirleyebilme               | 5          |                       |
| Beklenen hasta sonucunun açık ve ölçülebilir olması                                       | 5          |                       |
| Beklenen hasta sonucunun gerçekçi ve ulaşılabilir olması                                  | 5          |                       |
| Tüm tanılara yönelik bilimsel kanıta dayalı, uygun ve kapsamlı girişimleri planlayabilme, | 5          |                       |
| Gereksinimlere uygun teknik, yönetsel, eğitsel nitelikte bakımı planlayabilme             | 5          |                       |
| Gereksinimlere uygun teknik, yönetsel, eğitsel nitelikte bakım uygulayabilme              | 5          |                       |
| <b>4- Değerlendirme</b>                                                                   | <b>20</b>  |                       |
| Bakım sonuçlarını beklenen hasta sonucu kriterleri doğrultusunda değerlendirme            | 5          |                       |
| Değerlendirmenin açık ve ölçülebilir olması                                               | 5          |                       |
| Değerlendirmenin gerçekçi ve ulaşılabilir olması                                          | 5          |                       |
| Değerlendirme sonuçlarını veri olarak kullanabilme                                        | 5          |                       |
| <b>TOPLAM</b>                                                                             | <b>100</b> |                       |

Sorumlu Öğretim Üyesi

Ad Soyad:

İmza: