



**T.C.  
ARDAHAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ  
UYGULAMA DOSYASI**

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| Doküman No:       | ARÜ.SBF.HEM.009 |
| İlk Yayın Tarihi: | 27.07.2026      |
| Revizyon Tarihi:  | -               |
| Revizyon No:      | 0               |
| Sayfa:            | 1/21            |

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ  
UYGULAMA DOSYASI**

**Ad-Soyad:**  
**Öğrenci No:**

**Sorumlu Öğretim Üyesi:**

## CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ 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)                                                                                                                                                      |                                                                                                    |                |        |           |             |           |                              |        |                |       |                                       |      |         |                |                                 |       |             |       |                |        |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|-----------|-------------|-----------|------------------------------|--------|----------------|-------|---------------------------------------|------|---------|----------------|---------------------------------|-------|-------------|-------|----------------|--------|----------------------|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                                                                    | <table><tr><th>Tarih</th><th colspan="4">ALDIĞI</th><th colspan="4">ÇIKARDIĞI</th><th>DENGE</th></tr><tr><th></th><th>Oral</th><th>Enteral</th><th>Parante<br/>ral</th><th>TOPLAM</th><th>İdrar</th><th>NG/<br/>Dren</th><th>Kusma</th><th>Gaita</th><th>TOPLAM</th></tr><tr><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></tr><tr><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></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Tarih                                                                                              | ALDIĞI         |        |           |             | ÇIKARDIĞI |                              |        |                | DENGE |                                       | Oral | Enteral | Parante<br>ral | TOPLAM                          | İdrar | NG/<br>Dren | Kusma | Gaita          | TOPLAM |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tarih                                                                                              | ALDIĞI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                    |                |        | ÇIKARDIĞI |             |           |                              | DENGE  |                |       |                                       |      |         |                |                                 |       |             |       |                |        |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    | Oral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Enteral                                                                                            | Parante<br>ral | TOPLAM | İdrar     | NG/<br>Dren | Kusma     | Gaita                        | TOPLAM |                |       |                                       |      |         |                |                                 |       |             |       |                |        |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |                |        |           |             |           |                              |        |                |       |                                       |      |         |                |                                 |       |             |       |                |        |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |                |        |           |             |           |                              |        |                |       |                                       |      |         |                |                                 |       |             |       |                |        |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |                |        |           |             |           |                              |        |                |       |                                       |      |         |                |                                 |       |             |       |                |        |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |                |        |           |             |           |                              |        |                |       |                                       |      |         |                |                                 |       |             |       |                |        |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    |                |        |           |             |           |                              |        |                |       |                                       |      |         |                |                                 |       |             |       |                |        |                      |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>BOŞALTIM</b>                                                                                    | <b>İdrar:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> 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></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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |     |                      |                              |                    |          |                    |          |                                      |          |                                 |          |                                                                                              |          |                                          |          |                       |          |                                    |          |                                                     |          |                                               |          |                                                 |          |                              |                                 |          |                                         |          |                      |          |                                   |          |                       |          |                          |          |                                                   |          |                                                      |          |                    |  |  |                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                                                                   | <table><tr><td></td><td></td><td><b>Değerlendirme</b></td></tr><tr><td rowspan="11"><b>Minör Risk Faktörleri</b></td><td>1. 65 yaş ve üstü.</td><td><b>1</b></td></tr><tr><td>2. Bilinci kapalı.</td><td><b>1</b></td></tr><tr><td>3. Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.</td><td><b>1</b></td></tr><tr><td>4. Kronik hastalık öyküsü var.*</td><td><b>1</b></td></tr><tr><td>5. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var</td><td><b>1</b></td></tr><tr><td>6. Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.</td><td><b>1</b></td></tr><tr><td>7. Görme durumu zayıf</td><td><b>1</b></td></tr><tr><td>8. 4'den fazla ilaç kullanımı var.</td><td><b>1</b></td></tr><tr><td>9. Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**</td><td><b>1</b></td></tr><tr><td>10. Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.</td><td><b>1</b></td></tr><tr><td>11. Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.</td><td><b>1</b></td></tr><tr><td rowspan="8"><b>Majör Risk Faktörleri</b></td><td>12. Bilinç açık, koopere değil.</td><td><b>5</b></td></tr><tr><td>13. Ayakta/yürürken denge problemi var.</td><td><b>5</b></td></tr><tr><td>14. Baş dönmesi var.</td><td><b>5</b></td></tr><tr><td>15. Ortostatik hipotansiyonu var.</td><td><b>5</b></td></tr><tr><td>16. Görme engeli var.</td><td><b>5</b></td></tr><tr><td>17. Bedensel engeli var.</td><td><b>5</b></td></tr><tr><td>18. Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**</td><td><b>5</b></td></tr><tr><td>19. Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***</td><td><b>5</b></td></tr><tr><td colspan="2"><b>TOPLAM PUAN</b></td><td></td></tr><tr><td colspan="3"><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</td></tr></table> <p><small>*Kronik hastalıklar: Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hast., Sindirim Sistemi Hast., Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar<br/>**Hasta Bakım Ekipmanları: IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren Perfüzyatör, Pacemaker vb<br/>***Riskli İlaçlar: Psikotropikler, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiyabetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar</small></p> |                      |     | <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>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>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><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 .....<br/>0 10<br/>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 Açıklayınız:.....<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/>Açıklayınız:.....<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 Açıklayınız.....<br/>.....<br/><b>Cinsellikle ilgili danışmanlık gereksinimi:</b> <input type="checkbox"/>Var<input type="checkbox"/> <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/><input type="checkbox"/> 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/><input type="checkbox"/> 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/>Açıklayınız: .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## KONFOR/ RAHATLIK

### Konfor Değerlendirme Skalası

0

10

Konforsuzluk

Yüksek Konfor

Konforu artırma isteği: ☐ Yok ☐ VarAğrı: ☐ Yok ☐ Var

Ağrının yeri:.....Ağrının sıklığı:.....

Ağrının başlama zamanı ve süresi: .....

Ağrının şiddeti:.....

### Ağrı Değerlendirme Skalası

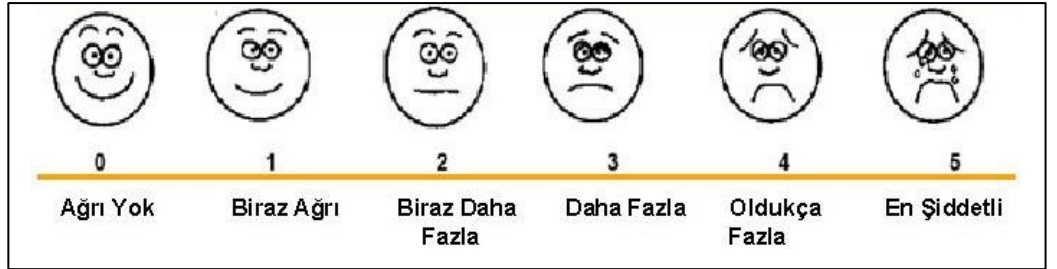
0

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                                                                                                                                                             | Ağrıya 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 Antiinflamatuvarlar<br>2. Narkotik analjezikler<br>3. Adjuvan tedavi<br>4. Diğer ..... | 1. Kızgınlık/Ağlama<br>2. Aktivitede azalma<br>3. İştahsızlık<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. Diğer..... |

## YAŞAMSAL BULGULARI TAKİP FORMU

[illegible]

# EK-FİZİKSEL DEĞERLENDİRME FORMU

## BELİRTİ VE BULGULAR

**DERİ  
MUAYENESİ**

**Deri:** ☐Normal ☐Kuru ☐Nemli/Terli ☐Kızarıklık ☐Siyanotik ☐Soğuk ☐Soluk ☐Sıcak ☐Sarılık  
☐Peteşi ☐Purpura ☐Ekimoz ☐Hematom ☐Kaşıntı ☐Lezyon Diğer.....

### BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16'dan az olması basınç ülseri riskini gösterir)

| Duyu / algı       | Nem             | Aktivite           | Hareketlilik    | Beslenme   | Sürtünme        | Toplam |
|-------------------|-----------------|--------------------|-----------------|------------|-----------------|--------|
| 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   |        |

☐ Bası yarası Varsa Yeri:..... **Evresi:** ☐Evre I ☐Evre II ☐Evre III ☐Evre IV  
☐Şüpheli Derin Doku Hasarı ☐Evrelendirilemeyen Bası Yarası

**Deri Turgoru:** ☐Normal ☐Azalmış ☐Artmış

**IV Yol:** ☐Periferik ☐Santral ☐Port ☐Görünümü ..... Takılma Zamanı:.....

**Tırnaklar:** ☐Normal ☐Kanama ☐Çomak parmak ☐Siyanoz Diğer .....

**Ödem:** ☐Yok ☐Var Yer: .....

**Gode:** ☐1+:0-15 sn ☐2+:15-30 s ☐3+:30-45 sn ☐4+:45 sn↑

**Sac/saçlı deri:** ☐Temiz ☐Yağlı ☐Kuru ☐Kepeklenme ☐Dökülme ☐Kitle ☐Skar ☐Şekil bozukluğu

**Gözler:** ☐Normal ☐Gözlük ☐Kızarıklık ☐Yanma ☐Kaşıntı Diğer:.....

**Kulaklar:** ☐Normal ☐Akıntı ☐Çınlama ☐Şekil/simetri bozukluğu ☐İşitme problemi ☐İşitme cihazı

**Burun/Koku alma:** ☐Normal ☐Azalmış ☐Artmış ☐Defekt ☐Sinüslerde hassasiyet ☐Akıntı  
☐Tıkanıklık ☐Epistaksis

**Ağız-boğaz:** ☐Boğaz ağrısı ☐Ağız kokusu

### Ağız Değerlendirme Rehberi

|                      | 1                             | 2                                                                          | 3                                                                                                        |
|----------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 |

**Toplam Oral Mukoza Puanı (OMP) 8-14 ise;** Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski  
**Toplam Oral Mukoza Puanı (OMP) 14-24 ise;** Oral Mukoz Membranda Bozulma

**Toplam Puan:**

**Tat alma duyusu:** ☐Normal ☐Bozulmuş Açıklayınız.....

**Lenfadenopati:** ☐Yok ☐Var **Yeri;** ☐Preoriküler ☐Suboksipital ☐Posterior servikal ☐Tonsiller  
☐Submandibular ☐Aksiller ☐Servikal ☐İnguinal

**KARDİYO-  
VASKÜLER  
MUAYENE**

**Apeks vuruşu (elle):** ☐ Hissediliyor ☐ Hissedilmiyor

**Aort ve pulmoner odaklarda pulsasyon:** ☐Var ☐Yok

**Kalp seslerini dinleme:** ☐Aort ☐Pulmoner ☐Triküspit ☐Mitral

|                               | <p><b>Kalp seslerinde patolojik bulgu varsa açıklayınız.....</b></p> <p><b>Normal kalp sesleri:</b>    <input type="checkbox"/>S1   <input type="checkbox"/>S2</p> <p><b>Anormal Kalp sesleri:</b> <input type="checkbox"/>S3   <input type="checkbox"/>S4</p> <p><b>Nabız:</b> <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/>Taşikardi   <input type="checkbox"/>Bradikardi   <input type="checkbox"/>Palpitasyon   <input type="checkbox"/>Filiform</p> <p><b>Apikal Ritm:</b> <input type="checkbox"/>Düzenli   <input type="checkbox"/>Düzensiz                      <b>Kapiller Dolum:</b> ..... saniye   <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/>Gecikmiş</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 border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <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>Göğüs kafesi şekli:</b> <input type="checkbox"/>Normal   <input type="checkbox"/>Anormal   Açıklayınız.....</p> <p><b>Göğüs kafesi:</b> <input type="checkbox"/>Solunuma eşit-simetrik katılıyor   <input type="checkbox"/> Eşit-simetrik katılmıyor</p> <p><b>Solunum Niteliği:</b> <input type="checkbox"/>Düzenli   <input type="checkbox"/>Düzensiz   <input type="checkbox"/>Dispne   <input type="checkbox"/>Paroksizmal Noktürnal Dispne   <input type="checkbox"/>Ortopne</p> <p style="padding-left: 40px;"><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 Sesleri:</b> <input type="checkbox"/>Normal   <input type="checkbox"/>Wheezing   <input type="checkbox"/>Raller   <input type="checkbox"/>Stridor   <input type="checkbox"/>Ronküs    <input type="checkbox"/>Stertor</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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                  |                        |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |   |                     |   |               |   |                     |   |                        |   |  |  |                |   |               |   |  |  |         |   |  |  |
| 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   <input type="checkbox"/>Skar   <input type="checkbox"/>Kitle   <input type="checkbox"/>Döküntü</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>Renk değişikliği   <input type="checkbox"/>Hepatomegali    <input type="checkbox"/>Asit    Bel çevresi: .....cm    Kalça çevresi.....cm</p> <p><b>Barsak sesleri:</b> <input type="checkbox"/>Normoaktif   <input type="checkbox"/>Hiperaktif    <input type="checkbox"/>Hipoaktif    Sayısı.....</p> <p><b>Rebound hassasiyeti:</b> <input type="checkbox"/>Var   <input type="checkbox"/>Yok</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                  |                        |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |   |                     |   |               |   |                     |   |                        |   |  |  |                |   |               |   |  |  |         |   |  |  |
| NÖROLOJİK MUAYENE             | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <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>1</td><td>Yok</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Ağrılı uyarılara yanıt olarak</td><td>2</td><td>Ektensör yanıt</td><td>2</td><td>Anlaşılmaz sesler</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Konuşmaya yanıt olarak</td><td>3</td><td>Fleksör</td><td>3</td><td>Uygun olmayan yanıt</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Kendiliğinden</td><td>4</td><td>Geri çekme şeklinde</td><td>4</td><td>Dağınık, konfüze yanıt</td><td>4</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>Lokelize edici</td><td>5</td><td>Oryante yanıt</td><td>5</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>İstemli</td><td>6</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> <p><b>Isık refleksi (IR):</b> Sağ: + / -   Sol: + / -    <b>Pupil büyüklüğü:</b> <input type="checkbox"/> İzokorik    <input type="checkbox"/>Anizokorik</p> <p style="padding-left: 40px;">Ekstra oküler hareketler: .....                      Görme alanı testi:.....</p> <p><b>Duyu kontrolü:</b> <input type="checkbox"/>Normal   <input type="checkbox"/>His kaybı   <input type="checkbox"/>Uyuşma/karınçalanma    <input type="checkbox"/>Sıcak/Soğuk İntoleransı</p> <p><b>Periferik nöropati:</b> <input type="checkbox"/>Var   <input type="checkbox"/>Yok (ayak ve ellerden değerlendirilecek)</p> | GLASGOW KOMA SKALASI |                  |                        |          |     |     | Göz Açma |  | Motor Yanıt |         | Sözel Yanıt |  | Yok    | 1 | Yok | 1              | Yok | 1 | Ağrılı uyarılara yanıt olarak | 2 | Ektensör yanıt | 2                | Anlaşılmaz sesler | 2 | Konuşmaya yanıt olarak | 3 | Fleksör | 3 | Uygun olmayan yanıt | 3 | Kendiliğinden | 4 | Geri çekme şeklinde | 4 | Dağınık, konfüze yanıt | 4 |  |  | Lokelize edici | 5 | Oryante yanıt | 5 |  |  | İstemli | 6 |  |  |
| GLASGOW KOMA SKALASI          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                  |                        |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |   |                     |   |               |   |                     |   |                        |   |  |  |                |   |               |   |  |  |         |   |  |  |
| Göz Açma                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Motor Yanıt          |                  | Sözel Yanıt            |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |   |                     |   |               |   |                     |   |                        |   |  |  |                |   |               |   |  |  |         |   |  |  |
| Yok                           | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Yok                  | 1                | Yok                    | 1        |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |   |                     |   |               |   |                     |   |                        |   |  |  |                |   |               |   |  |  |         |   |  |  |
| Ağrılı uyarılara yanıt olarak | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ektensör yanıt       | 2                | Anlaşılmaz sesler      | 2        |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |   |                     |   |               |   |                     |   |                        |   |  |  |                |   |               |   |  |  |         |   |  |  |
| Konuşmaya yanıt olarak        | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fleksör              | 3                | Uygun olmayan yanıt    | 3        |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |   |                     |   |               |   |                     |   |                        |   |  |  |                |   |               |   |  |  |         |   |  |  |
| Kendiliğinden                 | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Geri çekme şeklinde  | 4                | Dağınık, konfüze yanıt | 4        |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |   |                     |   |               |   |                     |   |                        |   |  |  |                |   |               |   |  |  |         |   |  |  |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lokelize edici       | 5                | Oryante yanıt          | 5        |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |   |                     |   |               |   |                     |   |                        |   |  |  |                |   |               |   |  |  |         |   |  |  |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | İstemli              | 6                |                        |          |     |     |          |  |             |         |             |  |        |   |     |                |     |   |                               |   |                |                  |                   |   |                        |   |         |   |                     |   |               |   |                     |   |                        |   |  |  |                |   |               |   |  |  |         |   |  |  |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                        | <p><b><u>Motor sistem muayenesi:</u></b> <b>Eli kavrama(Sağ/Sol):</b> <input type="checkbox"/>Eşit <input type="checkbox"/>Eşit değil <input type="checkbox"/>Güçlü <input type="checkbox"/>Güçsüz</p> <p><b>Bacak kasları kullanımı (Sağ/Sol):</b> <input type="checkbox"/>Eşit <input type="checkbox"/>Eşit değil <input type="checkbox"/>Güçlü <input type="checkbox"/>Güçsüz <input type="checkbox"/>Paralizi <input type="checkbox"/>Paraestezi</p> <p><input type="checkbox"/>Hemipleji <input type="checkbox"/>Parapleji <input type="checkbox"/>Quatrimpleji</p> <p><b><u>Denge ve koordinasyon:</u></b> <input type="checkbox"/>Var <input type="checkbox"/>Yok</p> <p><b>Babinski Refleksi:</b> <input type="checkbox"/>Var <input type="checkbox"/>Yok</p>                                                                                                                                                                                                  |
| KAS<br>İSKELET<br>SİSTEMİ<br>MUAYENESİ | <p><b><u>Genel Görünüş:</u></b> <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Kifoz <input type="checkbox"/>Skolyoz <input type="checkbox"/>Lordoz <input type="checkbox"/>Spinal Deformite <input type="checkbox"/>Tremor</p> <p><input type="checkbox"/>Yürüyüş bozulmuş <input type="checkbox"/>Postür bozulmuş <input type="checkbox"/>Amputasyon</p> <p><b><u>Eklemler:</u></b> <input type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Kızarıklık <input type="checkbox"/>Eklemde şişlik <input type="checkbox"/>Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/>Kontraktür <input type="checkbox"/>Deformite</p> <p><b><u>Kuvvet:</u></b> <b>Üst ekstremiteler:</b> ROM: <input type="checkbox"/>Tam <input type="checkbox"/>Sınırlı <b>Alt ekstremiteler:</b> ROM: <input type="checkbox"/>Tam <input type="checkbox"/>Sınırlı</p> <p><b><u>Yardımcı Araç Kullanımı:</u></b> <input type="checkbox"/>Yok <input type="checkbox"/>Var Açıklayınız .....</p> |

## TIBBİ TANİ BİLGİ FORMU

### HASTANIN TIBBİ TANISI:

#### Etiyoloji:

#### Tanı Yöntemleri:

#### Klinik Belirti – Bulgular (Fizyopatolojisi ile açıklayınız):

#### Tıbbi ve Cerrahi Tedavi :

## YARA DEĞERLENDİRME FORMU

HASTANIN ADI SOYADI

| <u>Yara</u>                                                                                                                                                                                                        | ...../...../..... | Açıklama | ...../...../..... | Açıklama | ...../...../..... | Açıklama | ...../...../..... | Açıklama |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|-------------------|----------|-------------------|----------|-------------------|----------|
| <b>Türü</b><br>1. Basınç ülseri<br>2. Venöz ülser<br>3. Travmatik yara<br>4. Diyabetik/nöropatik<br>5. Arteriyel ülser<br>6. Cerrahi yara<br>7. Yanık<br>8. Diğer ..... ülser<br>.....                             |                   |          |                   |          |                   |          |                   |          |
| <b>Oluşum süresi:</b> .....gün.....ay .....yıl                                                                                                                                                                     |                   |          |                   |          |                   |          |                   |          |
| <b>Lokalizasyon</b> .....                                                                                                                                                                                          |                   |          |                   |          |                   |          |                   |          |
| <b>Boyut</b><br>En :.....cm Boy ..... cm<br>Derinlik :.....cm Alan..... cm <sup>2</sup>                                                                                                                            |                   |          |                   |          |                   |          |                   |          |
| <b>Cepleşme</b><br>1. Yok 2.Var Derinliği..... cm                                                                                                                                                                  |                   |          |                   |          |                   |          |                   |          |
| <b><u>Eksudanın özellikleri</u></b>                                                                                                                                                                                |                   |          |                   |          |                   |          |                   |          |
| <b>Miktarı</b> 1. Yok 2. Az 3. Orta 4. Çok                                                                                                                                                                         |                   |          |                   |          |                   |          |                   |          |
| <b>Rengi</b><br>1. Seröz 4. Serohemorajik<br>2. Hemorajik 5. Seropürülan 3.Pürülan<br>6.Diğer.....                                                                                                                 |                   |          |                   |          |                   |          |                   |          |
| <b>Yoğunluğu:</b> 1.Normal 2. Yoğun                                                                                                                                                                                |                   |          |                   |          |                   |          |                   |          |
| <b>Koku</b> 1. Yok 2. Var.....                                                                                                                                                                                     |                   |          |                   |          |                   |          |                   |          |
| <b><u>Yara yatağı</u></b><br>1. Nemli (%....) 2. Kuru (% ....) 3. Islak (%.... )<br>4. Granülasyon (% ....)<br>5. Epitelizasyon (%.... )<br>6. Sarı nekroz (% ....)<br>7. Siyah nekroz (% ....)<br>8. Tendon-kemik |                   |          |                   |          |                   |          |                   |          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b><u>Yara etrafındaki cilt</u></b><br>1. Sağlıklı                      7. Frajil<br>2. Islak                          8. Kuru<br>3. Ödemli                      9. Eritem<br>4. Masere                      10. Bül<br>5. Kabuklaşma                11. Selülit<br>6. Hipergranülasyon        12. Suture |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b><u>Yara etrafındaki cildin ısısı</u></b><br>1. Normal      2. Soğuk      3. Sıcak                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b><u>Enfeksiyon bulguları</u></b><br>1. Ağrı      4. Ödem      7. Eksuda artışı<br>2. Koku      5. Kızarıklık      8. Eritem<br>3. Hassasiyet      6. Isı artışı                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Yara kültürü</b> Tarih:../../.... Sonuç:.....<br><b>Kan kültürü</b> Tarih:../../.... Sonuç:.....                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |



## TABURCULUK PLANINDA ELE ALINACAK KONULAR

**İlaç:**

**Diyet:**

**Egzersiz:**

**Öz bakımın desteklenmesi/ özel sağlık gereksinimi:**

**Sağlık kontrolü:**

**Hastalığın komplikasyonlarına yönelik eğitim:**

## İLAÇ/İNTRAVERNÖZ 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       | Öğretim 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 tanımlara 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:

## VAKA ÖDEVİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih:

Öğrenci No:

| ÖĞRETİM ELEMANI DEĞERLENDİRMESİ                                         |                   |             |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------|
| Vaka Hazırlama/Sunma                                                    | Alınabilecek Puan | Alınan Puan |
| Vaka ödevi içeriği (şekil, genel bilgiler, kaynakça, kapak vb.)         | 10 puan           |             |
| Genel bilgi kapsamı (hastalık, tanı, tedavi ve hemşirelik uygulamaları) | 10 puan           |             |
| Hastaya ve aileye ilişkin veri toplama                                  | 10 puan           |             |
| Hemşirelik tanıları koyabilme ve öncelik sırasını belirleme             | 10 puan           |             |
| Uygun tanı ve etiyolojiye göre bakım girişimlerini planlama             | 5 puan            |             |
| Planlanan girişimleri uygulayabilme                                     | 5 puan            |             |
| Değerlendirme                                                           | 5 puan            |             |
| Sunum için uygun eğitim materyali hazırlama ve kullanma                 | 5 puan            |             |
| Farklı öğretim tekniği kullanma                                         | 10 puan           |             |
| Konuya hakim olma                                                       | 10 puan           |             |
| Sunum süresini etkin kullanma                                           | 10 puan           |             |
| Vaka ile ilgili dokümanları zamanında teslim etme                       | 5 puan            |             |
| Vaka konusu ile ilgili en az bir bilimsel makale örneği sunma           | 5 puan            |             |
| <b>Toplam Puan</b>                                                      | <b>100 puan</b>   |             |

.../.../.....

Öğretim Elemanı Adı ve Soyadı

İMZA