

Öğrencinin Adı ve Soyadı:..... Staj Yapılan Servis:.....

HASTANIN KLİNİĞE KABULÜ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Adı Soyadı:	Protokol/ Dosya No:
Doğum Yeri:	Yatış Tarihi:
Yaşı:	Bölüm: Oda No:
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Tıbbi Tanı:
Medeni Durumu:	Doktor Adı Soyadı:
Eğitim Durumu:	Sosyal Güvencesi: <input type="checkbox"/> SGK <input type="checkbox"/> Özel <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diğer.....
Dili: <i>Tercüman Gereklinimi:</i> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (<i>Açıklayınız</i>):	
Adres:	
Telefon No:	
Bilgi Alınan Kişi: <input type="checkbox"/> Kendisi <input type="checkbox"/> Dosya <input type="checkbox"/> Diğer:	
Kol Bandı Rengi: <i>Açıklayınız:</i>	

Gerektiğinde Ulaşılabilir Yakını

Adı Soyadı:	Yakınlık Derecesi:
Telefon:	
Adres:	

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

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

ÖZGEÇMİŞ

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

Hastaneye Yatış Yılı	Hastanede Yatış Süresi	Hastaneye Yatış Nedeni

Geçirdiği Hastalıklar: Yok Var:

Geçirdiği Ameliyatlar: Yok Var:.....

Geçirdiği Kazalar: Yok Var:

Bulaşıcı Hastalığı: Yok Var:

Allerjik Reaksiyon: Yok Var (*Aşağıdaki tabloda açıklayınız*)

Allerjen	Belirtiler	Tedavi

KAN GRUBU:

Daha Önce Kan Transfüzyonu Yapılma Durumu: Yok Var: (*Açıklayınız*)

Transfüzyon Sonrası Reaksiyon Gelişme Durumu: Yok Var: (*Açıklayınız*)

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

(Reçeteli kullanıyor: R+ /reçetesiz kullanılıyor R-)

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

SOLUNUM GEREKSİNİMİ

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

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

BESLENME GEREKSİNİMİ

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

Günlük öğün sayısı/zamanı:	
Ağırlıklı olarak tükettiğiniz besinler nelerdir?	
Besin Grupları	Tüketim Sıklığı
<input type="checkbox"/> Süt ve Süt Ürünleri	
<input type="checkbox"/> Et, yumurta ve Kuru baklagiller	
<input type="checkbox"/> Taze sebze ve Meyve	
<input type="checkbox"/> Tahıllar	
<input type="checkbox"/> Yağ, şeker, salça vb.	
Sıklıkla kullandığınız pişirme yöntemleri nelerdir?	

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

Beslenme sırasında	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı
Diyet	<input type="checkbox"/> Normal Diyet		
	<input type="checkbox"/> Özel Diyet(Açıklayınız):		
Beslenme şekli	<input type="checkbox"/> Oral		
	<input type="checkbox"/> Sonda ile	<input type="checkbox"/> Nazogastrik	<input type="checkbox"/> sağ nazal pasaj <input type="checkbox"/> sol nazal pasaj
	<input type="checkbox"/> Gastrostomi		
	<input type="checkbox"/> Jejunostomi		
	Takılma Tarihi:		
	<input type="checkbox"/> Parenteral		
Nazogastrik dekompresyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	
Sorunlar	Açıklamalar		
<input type="checkbox"/> Bulantı			
<input type="checkbox"/> Kusma			
<input type="checkbox"/> İştahsızlık			
<input type="checkbox"/> Kilo kaybı			
<input type="checkbox"/> Hazımsızlık			

BOŞALTIM GEREKSİNİMİ

BAĞIRSAK BOŞALTIMI

Hastaneye yatmadan önceki bağırsak boşaltım	Sıklığı:	Zamanı:
---	----------	---------

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

Bağırsak boşaltımını karşılamada	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı
Bağırsak sesleri: / dk			
En son ne zaman defekasyona çıktınız:			
Kolostomi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Yeri: <input type="checkbox"/> Geçici <input type="checkbox"/> Kalıcı	Stomacın Rengi: <input type="checkbox"/> Gaz: <input type="checkbox"/> Koku: <input type="checkbox"/> Dışkı sızıntısı <input type="checkbox"/> Deri irritasyonu	
İleostomi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Geçici <input type="checkbox"/> Kalıcı		
Sorunlar	Açıklamalar		
<input type="checkbox"/> Konstipasyon			
<input type="checkbox"/> Diare			
<input type="checkbox"/> Distansiyon			
<input type="checkbox"/> Fekal inkontinans			
<input type="checkbox"/> Hemoroid			
<input type="checkbox"/> Dışkı tıkaçı			

ÜRİNER BOŞALTIM

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

Üriner boşaltımını karşılamada	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı
Mesane kateterizasyonu <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Takılma Tarihi: Takılma amacı: <input type="checkbox"/> Boşaltım <input type="checkbox"/> Mesane irrigasyonu <input type="checkbox"/> Mesane instilasyonu		
Üreterestomi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> sağ <input type="checkbox"/> sol (Açıklayınız):		
Nefrostomi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> sağ <input type="checkbox"/> sol (Açıklayınız):		
Sistostomi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	(Açıklayınız):		
İdrarın rengi	<input type="checkbox"/> Açık sarı <input type="checkbox"/> Koyu sarı <input type="checkbox"/> Açık kırmızı <input type="checkbox"/> Koyu kırmızı		
İdrarın berraklığı	<input type="checkbox"/> Berrak <input type="checkbox"/> Bulanık		
Sorunlar	Açıklamalar		
<input type="checkbox"/> Üriner inkontinans			
<input type="checkbox"/> Dizüri			

HAREKET GEREKSİNİMİ

<input type="checkbox"/> Hastaneye yatmadan önceki düzenli egzersiz yapma alışkanlığı

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

Kıyafetlerini giyme ve çıkarmada	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı
Pozisyon değiştirmede	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı
Ayağa kalkmada	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı
Yürümede	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı

UYKU GEREKSİNİMİ

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

Ortalama uyku süresi :	<input type="checkbox"/> Gündüz uykusu
Uykuya dalmada yardımcı olan alışkanlıkları (kitap okuma, süt içme vb.) (Açıklayınız):	
Hastane ortamında uykusunu etkileyen faktörler: (Açıklayınız):	
Sorunlar	Açıklamalar
<input type="checkbox"/> Uykudan yorgun kalkma	
<input type="checkbox"/> Uyuma güçlüğü	

VÜCUDU TEMİZ VE BAKIMLI TUTMA

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







En son banyo yaptığı tarih:	
Vücut temizliğini yapmada	<input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yarı bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımlı
Hijyenik Uygulamalar	Açıklamalar (Banyo Yapma Alışkanlığı)
Banyo Sıklığı:	
Şekli:	<input type="checkbox"/> Duş/Ayakta <input type="checkbox"/> Küvet/Oturarak
Suyun Sıcaklığı	<input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Ilık <input type="checkbox"/> Çok Sıcak
Temizlik Ürünü	<input type="checkbox"/> Sabun <input type="checkbox"/> Duş Jeli <input type="checkbox"/> Diğer:
Saç Temizlik Ürünü	<input type="checkbox"/> Sabun <input type="checkbox"/> Şampuan <input type="checkbox"/> Diğer:
Banyo Sonrası	<input type="checkbox"/> Losyon <input type="checkbox"/> Krem <input type="checkbox"/> Deodorant/ Parfüm <input type="checkbox"/> Roll-on <input type="checkbox"/> Diğer:
Diğer Hijyenik Uygulamalar	Açıklamalar (Nasıl gerçekleştirdiği)
Ağız bakımı (Diş protez bakımı)	
Tırnak bakımı	
Perine bakımı	
El yıkama alışkanlığı	
Menstrual Hijyen (Kadın hastalar için)	Son adet tarihi: Süresi:
Menstruasyonda kullandığı Ürün	<input type="checkbox"/> Hazır ped <input type="checkbox"/> Bez <input type="checkbox"/> Diğer: Değiştirme sıklığı :/Gün

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

Sorunlar	Açıklamalar
Deride sorun <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Tırnakta sorun <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Saçta sorun <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Ağızda sorun <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	

AĞRI

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

     	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrının Yeri (açıklayınız):		
Ağrının Niteliği	Ağrının Süresi:	
<input type="checkbox"/> Yanıcı	Ağrının Sıklığı: <input type="checkbox"/> Aralıklı <input type="checkbox"/> Sürekli	
<input type="checkbox"/> Batıcı	Ağrıyı Azaltan Durumlar:	
<input type="checkbox"/> Zonklayıcı		
<input type="checkbox"/> Keskin		
<input type="checkbox"/> Yayılan	Ağrıyı Arttıran Durumlar:	
<input type="checkbox"/> Künt		
<input type="checkbox"/> Diğer:		

Braden skalası Değerlendirme tarihi:

Toplam puan :

Braden skalası (Bası Yarası Tanılama formu)

Duygusal algılama	1- Tamamen Sınırlı	2- Çok sınırlı	3- hafif sınırlı	4-bozulma yok
nem	1- Sürekli nemli	2- Çok nemli	3- Arasına nemli	4- Nadiren nemli
aktivite	1- Yatağa bağımlı	2- Sandalyeye bağımlı	3- Ara sıra yürüyor	4- Sık sık yürüyor
hareketlilik	1- Tamamen hareketsiz	2- Çok sınırlı	3- Hafif sınırlı	4- Sınırlama yok
beslenme	1- Çok kötü	2- Muhtemelen yetersiz	3- yeterli	4- mükemmel
Sürtünme ve yırtılma	1- sorun	2- potansiyel problem	3- görünen problem yok	

KATETER / DREN

Kateter / Dren	Yeri	Sayısı	Takılma Tarihi
<input type="checkbox"/> Periferik venöz kateter			
<input type="checkbox"/> Santral venöz kateter			
<input type="checkbox"/> Dren			

İLETİŞİM KURMA GEREKSİNİMİ

İletişim kurmasına engel olan herhangi bir durum	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var: (Açıklayınız)	
Refakatçisi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var: (Açıklayınız):	
Yakınlarına ulaşmada sıkıntısı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var: (Açıklayınız)	
Sağlık personeli ile iletişime geçmede sorun	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var: (Açıklayınız)	
Bakıma katılma	<input type="checkbox"/> Katılıyor	<input type="checkbox"/> İstekli	<input type="checkbox"/> İsteksiz
	<input type="checkbox"/> Katılmıyor	(Açıklayınız).....	
Tedaviyi kabullenme	<input type="checkbox"/> Kabul ediyor		
	<input type="checkbox"/> Kabul etmiyor	(Açıklayınız).....	

ÇALIŞMA, ÜRETME, BOŞ ZAMANINI DEĞERLENDİRME GEREKSİNİMİ

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

Öğrencinin Adı Soyadı:

GÜNLÜK İZLEM FORMU (A)

Tarih	Saat	Ateş	Nabız	Solunum	Kan Basıncı	Ağrı	Aldığı	Çıkardığı	Laboratuvar ve Tetkik Sonuçları	Diğer
..... Hastanın Adı Soyadı							08-16			
..... Tanısı							IV:	İdrar:		
..... Oda No							Kan Ürünleri:	Gaita:		
.....							Oral:	Diğer:		
.....							Toplam:	Toplam:		
..... Hastanın Adı Soyadı							08-16			
..... Tanısı							IV:	İdrar:		
..... Oda No							Kan Ürünleri:	Gaita:		
.....							Oral:	Diğer:		
.....							Toplam:	Toplam:		
..... Hastanın Adı Soyadı							08-16			
..... Tanısı							IV:	İdrar:		
..... Oda No							Kan Ürünleri:	Gaita:		
.....							Oral:	Diğer:		
.....							Toplam:	Toplam:		

Öğrencinin Adı Soyadı:

GÜNLÜK İZLEM FORMU (B)

Tarih	Doktor İstemi	Öğrenci Notu
<p>Hastanın Adı Soyadı</p> <p>.....</p> <p>Tanısı</p> <p>.....</p> <p>Oda No</p> <p>.....</p>		
<p>Tarih</p> <p>.....</p> <p>Hastanın Adı Soyadı</p> <p>.....</p> <p>Tanısı</p> <p>.....</p> <p>Oda No</p> <p>.....</p>		
<p>Tarih</p> <p>.....</p> <p>Hastanın Adı Soyadı</p> <p>.....</p> <p>Tanısı</p> <p>.....</p> <p>Oda No</p> <p>.....</p>		

Hastanızın tanısını/tanılarını kısaca açıklayınız:

Hastaya kullanılan ilaçları kısaca açıklayınız: