



BAU
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ

**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

UYGULAMALI DERS DOSYASI

2021-2022



Hazırlayanlar: Uygulamalı Ders Komisyon Üyeleri

Öğr. Gör. Emine ÖZDEMİR ASLAN

Öğr. Gör. Evin KORKMAZ

Hemşirelik Bölüm Başkanı

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN (Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı)

Doç. Dr. İsmail TOYĞAR

Dr. Öğr. Üyesi Selda POLAT (Hemşirelik Bölüm Başkanı)

Dr. Öğr. Üyesi Hayat YALIN

Dr. Öğr. Üyesi Ahu KÜRKLÜ

Öğr. Gör. Emine ÖZDEMİR ASLAN

Öğr. Gör. Evin KORKMAZ

Öğr. Gör. Tuğba Duygu ÖZMET

Arş. Gör. Handan ERİTEN TİLAVER

Sevgili öğrencimiz,

Uygulamalı Dersi'nizde, lisans eğitimi süresince kazandığınız bilgi ve becerilerinizi birey, aile ve toplumun sağlık bakımı gereksinimlerini karşılamada kullanarak yeterlik kazanmanızı sağlamak ve profesyonel yaşama hazırlanmak amaçlanmaktadır.

Dersin Uygulaması

Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü bünyesinde yer alan İç Hastalıkları Hemşireliği, Cerrahi Hemşireliği, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Psikiyatri Hemşireliği ve Halk Sağlığı Hemşireliği birimlerinden birinde ve/veya mesleki dersler ile bağlantılı, konuların anlaşılmasını kolaylaştıran, hemşirelikte beceri kazandırmaya yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti veren kurumlarda uygulamalarını gerçekleştirir.

Dersin Değerlendirilmesi

Öğrenci bu derste Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü kararı ile rehber hemşire ve danışman öğretim üyesi tarafından değerlendirilir.

DEĞERLENDİRMEDE KULLANILACAK FORMLAR

FORM 1

ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU: Bu form doldurularak bir tane Rehber Hemşireye, bir tane Danışman Öğretim Üyesine teslim edilecektir.

FORM 2

DEVAM ÇİZELGESİ: Bu form, dönem sonunda Rehber Hemşire tarafından imzalanarak Danışman Öğretim Üyesine teslim edilecektir.

FORM 3

ÖĞRENCİ UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU: Bu form, dönem başında Rehber Hemşire'ye teslim edilecek, dönem sonunda Rehber Hemşire tarafından doldurulup imzalandıktan sonra kapalı zarf içinde Danışman Öğretim Üyesine teslim edilecektir.

FORM 4

HEMŞİRELİK TEMEL BECERİLERİ LİSTESİ: Bu form dönem sonunda Rehber Hemşire tarafından doldurulup imzalandıktan sonra kapalı zarf içinde Danışman Öğretim Üyesine teslim edilecektir.

FORM 1

**Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Uygulamalı Ders Dosyası**

ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU

Öğrenci Adı Soyadı :

Öğrencinin Numarası :

Telefon Numarası :

E-posta :

Adres :

Danışman Öğretim Üyesi Adı:
Soyadı

Telefon Numarası :

E-posta :

Adres :

Rehber Hemşire Adı Soyadı :

Telefon Numarası :

E-posta :

Adres :

FORM 2

Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Uygulamalı Ders Dosyası

Öğrencinin Numarası Adı Soyadı : _____

Danışman Öğretim Üyesi : _____

Rehber Hemşire : _____

Rehber Hemşire İmza :

Uygulama Yapılan Servis : _____

Açıklama: Devam Çizelgesi, dönem sonunda Rehber Hemşire tarafından imzalanarak Danışman Öğretim Üyesine teslim edilecektir.

HAFTA	PAZARTESİ GİRİŞ	PAZARTESİ ÇIKIŞ	SALI GİRİŞ	SALI ÇIKIŞ	ÇARŞAMBA GİRİŞ	ÇARŞAMBA ÇIKIŞ
1. HAFTA						
2. HAFTA						
3. HAFTA						
4. HAFTA						
5. HAFTA						
6. HAFTA						
7. HAFTA						
8. HAFTA						
9. HAFTA						
10. HAFTA						
11. HAFTA						
12. HAFTA						
13. HAFTA						
14. HAFTA						

FORM 3**Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Uygulamalı Ders Dosyası****ÖĞRENCİ UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU**

Öğrencinin Numarası Adı Soyadı : _____ Tarih: _____
Rehber Hemşire : _____
Uygulama Yapılan Servis : _____

REHBER HEMŞİRE DEĞERLENDİRMESİ	Yeterli	Geliştirilmesi Gerekir	Yetersiz		
A-Profesyonel Davranışlar (20 puan)					
Çalışma saatlerine uyma	2	1	0		
Profesyonel görünüm	2	1	0		
Sorumluluk alabilme	2	1	0		
Öğrenmeye istekli olma	2	1	0		
Eleştirilere açık olma	2	1	0		
Sorun çözme becerisi	2	1	0		
Karar verme becerisi	2	1	0		
Eksiklerini fark etme ve geliştirmek için çaba gösterme	2	1	0		
Hatalarını fark etme ve düzeltmek için çaba gösterme	2	1	0		
Zamanı etkin kullanma	2	1	0		
B- Kişilerarası İlişkiler (10 puan)					
Bakım verdiği hasta/sağlıklı birey ve ailesi ile iletişim	2	1	0		
Sağlık ekibi üyeleri ile iletişim	2	1	0		
Arkadaşları ile iletişim	2	1	0		
Öğretim elemanı/rehber hemşire ile iletişim	2	1	0		
Terapötik ortam oluşturma ve sürdürme	2	1	0		
C- Temel Hemşirelik Becerilerini Uygulama (30 puan) Bu bölümü Hemşirelik Temel Becerileri Listesi'ni göz önüne alarak 30 puan üzerinden değerlendiriniz.					
D.Sağlıklı/Hasta Bireyin Bakımı Süreci (20 puan)					
Bireye ve aileye ilişkin verileri toplama	4	3	2	1	0
Hemşirelik tanımlarını belirleme ve öncelik sırasına koyma	4	3	2	1	0
Amaç/ beklenen sonuçlara uygun bakım girişimlerini planlama	4	3	2	1	0
Planlanan bakım girişimlerini uygulama	4	3	2	1	0
Değerlendirme	4	3	2	1	0
E-Sağlık/Hasta Eğitimi (20 puan)					
Bakım verdiği birey ve ailenin eğitim gereksinimine ilişkin veri toplama	4	3	2	1	0
Sağlık/hasta eğitimi tanısını koyma	4	3	2	1	0
Sağlık eğitimini planlama	4	3	2	1	0
Sağlık/hasta eğitimi uygulama	4	3	2	1	0
Sağlık/hasta eğitimi değerlendirme	4	3	2	1	0
TOPLAM PUAN					

FORM 3

Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Uygulamalı Ders Dosyası

HEMŞİRELİK TEMEL BECERİLERİ LİSTESİ

Öğrencinin Numarası Adı Soyadı : _____ Tarih: _____
Danışman Öğretim Üyesi : _____
Rehber Hemşire : _____

Açıklama: Öğrenci, Temel Hemşirelik Becerileri'nin yanı sıra çıktığı uygulama alanına özgü becerileri yapmaktan sorumludur. Öğrenci tarafından yapılan beceriler, Rehber Hemşire tarafından imzalanacaktır.

TEMEL BECERİLER		Yaptı	Yapmadı	Açıklama
Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi	Asepsi ilkelerine uyma			
	İlaç dozunu hesaplama			
	Oral ilaçları hazırlama ve uygulama			
	Parenteral ilaçları hazırlama			
	İntramüsküler enjeksiyon uygulama			
	İntravenöz ilaç/İnfüzyon uygulama			
	Subkutan enjeksiyon uygulama			
	Inhaler ilaç uygulama			
	Lokal ilaç uygulama (deri, göz, kulak, burun, rektal, vaginal)			
	Kan transfüzyonu			
	Kültür alma (kan, burun, boğaz, balgam, idrar, dışkı kültürü alma)			
	İzolasyon önlemleri alma			
Atık yönetimi				
Kişisel Temizliğin Sağlanması ve Sürdürülmesi	Baş banyosu			
	Özel ağız bakımı			
	Banyo yaptırma			
	Basınç yaraları riskini tanılama ve önleme			
	Yara bakımı			
Hareket	Bireyi yatak içinde hareket ettirme ve pozisyon verme			
	Doğru kaldırma tekniklerini kullanma			
	Vücut mekaniğini doğru kullanma			
	Eklem açıklığı egzersizlerini uygulama			
Vücut Sıcaklığının Kontrolü	Sıcak/soğuk/kuru/yaş uygulama			
	(lokal/genel/sıcak/soğuk uygulama)			
Solunum	Oksijen uygulama			
	Oksijen saturasyonunu ölçme			
	Postural drenaj			
İletişim	Terapötik ortam oluşturma			
	Terapötik iletişim kurma			
	Etkin dinleme			
	Sağlıklı/Hasta birey ve ailesinin eğitimi			
Beslenme	Enteral ve parenteral beslenmeyi sağlama			
	Parmak ucundan/Ayak topuğundan kan-glikoz seviyesini ölçme			
Boşaltım	Kateter uygulaması ve bakımı			
	Aldığı-çıkardığı sıvı takibi			
	Lavman uygulama			
Cinselliği İfade Etme	Kadın-erkek üreme organlarını tanılama			
Çalışma ve Eğlenme	Boş zamanlarını değerlendirmeye yardım			
Uyku ve İstirahat	Uykuyu tanılama			
	Uykuya yardımcı uygulamalar			
Ölüm	Ölümü yaklaşan bireye bakım			
	Ölüm sonrası bakım			
ALANA ÖZGÜ BECERİLER				



BAU
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ

**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**UYGULAMALI DERS DOSYASI
(Vaka Formu)**

2021-2022



Vaka Konusu :

Öğrenci No :
Öğrenci Adı Soyadı:

TANITICI ÖZELLİKLERİ

Adı Soyadı:	Cinsiyeti:
Yaşı:	
Servis:	
Servise Kabul Tarihi:	Formun Doldurulduğu Tarihi:
Kimlik Bilekliği: Var (Bilgileri kontrol et)	O Yok (Takılmasını sağla)
Bilgi Kaynağı: Kendisi	Yakını (Yakınlık Derecesi).....
Medeni Hali: O Bekar	Evli : Çocuk Sayısı:
Mesleği :	
Eğitimi : O :İlköğretim	O Lise Üniversite O
Diğer.....	
Sağlık Güvence : Yok	Var
Alerjisi O Bilinen Yok	O Var (Kırmızı kimlik bilekliği takınız)
O Yiyecek.....	O İlaç..... O
Diğer.....	
Bulaşıcı Hastalık O Bilinen Yok	O Var.....(Belirtiniz)
Kan Grubu :	
Daha önce transfüzyon yapılmış mı? O Hayır	O Evet
.....(Belirtiniz)	
Reaksiyon gelişmiş mi? O Hayır	O Evet
.....(Belirtiniz)	
Geliş Şekli : O Yürüyerek	O Tekerlekli Sandalye
O Sedyeye	O Yardımcı Destek Araçlar (Koltuk değneği, walker , vb.)
O Ambulans	
Geldiği Yer : O Ev	O Yoğun Bakım O
Diğer.....	
O Acil Ünitesi	O Başka Bir kurum
Tıbbi Tanı : KORONER ARTER HASTALIĞI	Tanı Ne Zaman Kondu: 16.04.2021
Hastalık Süreci:	
Yatış Nedeni: O Tetkik	O Cerrahi O Tedavi O
Diğer.....	
Ameliyat Tarihi*:	
Uygulanan/Planlanan Cerrahi Prosedür	
.....	
Postoperatif.....gün	Preoperatif.....gün
	(Ameliyat geçiren bireyler için dolduracaktır.)

TIBBİ ÖYKÜSÜ

Geçirilmiş Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Geçirilmiş hastalık yok <input type="checkbox"/> Enfeksiyon hastalıkları <input type="checkbox"/> Böbrek hastalıkları <input type="checkbox"/> Konvülziyon <input type="checkbox"/> Diş hastalıkları <input type="checkbox"/> Göz hastalıkları <input type="checkbox"/> Deri hastalıkları <input type="checkbox"/> Kalp hastalıkları <input type="checkbox"/> KBB hastalıkları <input type="checkbox"/> Konjenital anomaliler <input type="checkbox"/> Üriner sistem hastalıkları <input type="checkbox"/> Diğer..... Yukarıda işaretli bir hastalık varsa süresi ve sonucu ile ilgili açıklama yapınız	<input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Hepatit <input type="checkbox"/>	
Kronik Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Kronik hastalık yok <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Böbrek yetmezliği <input type="checkbox"/> Diğer...	<input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Kalp yetmezliği <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Astım	<input type="checkbox"/>
Soy Geçmişi	Anne <input type="checkbox"/> Özellik yok Baba <input type="checkbox"/> Özellik yok Kardeş <input type="checkbox"/> Özellik yok Diğer..... <input type="checkbox"/> Özellik yok <input type="checkbox"/> Var.....	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Var... <input type="checkbox"/> Var.....	<input type="checkbox"/>
Yatış Deneyimi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (işaretlediyseniz aşağıda verilen yerleri doldurunuz)	<input type="checkbox"/> Var (işaretlediyseniz aşağıda verilen yerleri doldurunuz)	<input type="checkbox"/>
SÜREKLİ KULLANILAN İLAÇLAR		<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
İlacın Adı (ay/yıl)	Dozu/Sıklığı Kullanım Nedeni	İlacın Veriliş Yolu	Süresi

Evde Hastanın Tedavisi İle İlgili Yaptığı Uygulamalar:

Yok Var

Alışkanlıklar

Sigara Yok Var Miktar/gün Süre..... Bırakma Tarihi

Alkol Yok Var Miktar.../gün Süre..... Bırakma Tarihi.....

Madde bağımlılığı Yok Var
Cinsi/miktarı.....

Aile İle Görüşme (Hasta Yanında Görüşülmeyecek)

-Hastalık Hakkında Bilgileri:

-Hastanın Önemli Sorunları- Gereksinimleri:

-Evdeki Bakım Olanakları:

GÜVENLİ ÇEVRENİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ AKTİVİTESİ

Bilinç Durumu

Açık Kapalı Konfüze **Test Skoru:**
(Bireyin bilinci kapalıysa Glasgow Koma Skalasını ekleyiniz.)

Duyu Organları

Görme	Pupilla Sağ Göz <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal..... Sol Göz <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal.....	Gözlük/Kontakt Lens <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/> Var
İşitme	Sağ Kulak <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> İşitme Kaybı Sol Kulak <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> İşitme Kaybı Duymayı etkileyen bir sorun var mı? (akıntı, kaşıntı, çınlama vb.): <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/> Var.....	İşitme Cihazı <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/> Var.....(Yeri)
Koklama	Sağ Burun <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal..... Sol Burun <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal..... Koku almayı etkileyen bir sorun var mı? (Burun akıntısı, tıkanıklık vb.): <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/> Var.....	Koklama Duyusu <input type="radio"/> Var <input type="radio"/> Yok.....(Nedeni)
Dokunma	His Kaybı (sıcaklık, acı, ağrı, basınç, karıncalanma, uyuşma vb.) <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/> Var.....(Yeri)	
Tat Alma	Tat alma duyusu : <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/> Var.....	

--	--

Ağrı Değerlendirmesi

Yok Var –

Duşme Riski

Yok Var **PUAN:**

İTAKİ DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME FORMU

	İtaki DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ	Hastanın Adı Soyadı	
		Yattığı Bölüm	
		Risk Değerlendirme Tarihi	

Değerlendirme Zamanı

İlk Değerlendirme
 Post-Operatif Dönem
 Hasta Düşmesi
 Bölüm Değişikliği
 Durum Değişikliği

RİSK FAKTÖRLERİ		PUAN
1.	65 yaş üstü.	1
2.	Bilinci kapalı.	1
3.	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1
4.	Kronik hastalık öyküsü var*	1
5.	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe(yürüteç,koltuk değneği,kişi desteği vb.)ihtiyacı var.	1
6.	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	1
7.	Görme durumu zayıf.	1
8.	4'den fazla ilaç kullanımı var.	1
9.	Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var**	1
10.	Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1
11.	Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler)var.	1
12.	Bilinç açık, koopere değil.	5
13.	Ayakta /yürürken denge problemi var.	5
14.	Baş dönmesi var.	5
15.	Ortostatik hipotansiyonu var.	5
16.	Görme engeli var.	5
17.	Bedensel engeli var.	5
18.	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var**	5
19.	Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var***	5

TOPLAM

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU		
<input type="checkbox"/>	Düşük Risk	Toplam Puanı 5' in altında
<input type="checkbox"/>	Yüksek Risk	Toplam Puanı 5 ve 5' in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır)

Değerlendirmeyi yapan
Hemşire Adı-Soyadı:
İmza:

Enfeksiyon Riski

<input type="checkbox"/> Kateter	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Varsa Tanımlayınız (Yeri ve Türü)
<input type="checkbox"/> Dren	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Varsa Tanımlayınız (Yeri ve Türü)...
<input type="checkbox"/> Foley Kateter	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var Tarih:
<input type="checkbox"/> NG Sonda	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
<input type="checkbox"/> Entübasyon Tüpü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var

Kısıtlama İhtiyacı

Bireyin kendisine ya da çevresine zarar verme riski var mı?

Yok Var .(Tanımlayınız)

İzolasyon İhtiyacı

Bireyin izolasyon gereksinimi var mı?

Yok Var (Temas-Sıkı Temas-Damlacık-Solunum-Diğer)

Çevresel Güvenlik Önlemleri

Hasta bilekliği takıldı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Yatak frenleri	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı
Yatak kenarlıkları kaldırıldı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Yatak başı düzeni sağlandı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Refakatçi gereksinimi	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

Birey bu aktivitede; Bağımsız Yarı Bağımlı (araç/kişi) Bağımlı

İLETİŞİM AKTİVİTESİ

Hasta kiminle yaşıyor?.

İletişim şekline göre birey: İçer dönük Dışa dönük İyimser Karamsar Kendisi ile barışık:

Kullandığı dil (Lisanı):

İletişime engel olacak duyuşal/nörolojik kusurlar (İşitme protezi, ses ptotezi, vb.):

İletişim kurabilmek için herhangi bir araç-gerece (yazı tahtası, işitme cihazı, iletişim kartları) gereksinimi var mı?

Yok Var

Hasta, yakınları ile iletişim kuruyor mu?

Evet Hayır

Hasta, diğer hastalar ile iletişim kuruyor mu?

Evet Hayır

Hasta, sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kuruyor mu?

Evet Hayır

Konuşmayı engelleyecek bir sorunu var mı ya da bir girişim, tedavi uygulanmış mı? (disfazi, afazi, yüz travması, endotrekeal entübasyon, antideprasan ilaçlar vb.)

Evet Hayır.....(Tanımlayınız)

Birey sorulan sorulara uygun yanıtlar veriyor mu?

Birey iletişim sırasında göz teması kuruyor mu?

Ağrı, dispne, güçsüzlük gibi bireyin iletişimini etkileyen fiziksel yakınmaları var mı?

İletişim aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz

Birey bu aktivitede; Bağımsız Yarı Bağımlı (araç/kişi) Bağımlı

SOLUNUM AKTİVİTESİ

Solunum Sistemi		Kardiyovasküler Sistem		
Solunum Şekli <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Nazal Kanül.....lt/dk <input type="checkbox"/> Mekanik Ventilasyon <input type="checkbox"/> Oral Maske.....lt/dk <input type="checkbox"/> Hood		Kan Basıncı : <input type="checkbox"/> Sağ Kol <input type="checkbox"/> Sol Kol <input type="checkbox"/> Otururken <input type="checkbox"/> Ayakta <input type="checkbox"/> Yatarken		
Solunum Hızı : <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Diyafragmatik		Nabız Hızı : <input type="checkbox"/> Radyal <input type="checkbox"/> Apikal <input type="checkbox"/> Diğer.....		
Solunum Derinliği <input type="checkbox"/> Yüzeysel <input type="checkbox"/> Derin		Nabız Volümü <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Filiform		
Solunum Ritmi <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz		Nabız Ritmi <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz		
Solunum Türü		Kapiller Dolum	Nabız	Sağ/Sol
<input type="checkbox"/> Apne <input type="checkbox"/> Bradipne <input type="checkbox"/> Hipopne <input type="checkbox"/> Takipne <input type="checkbox"/> Hiperpne <input type="checkbox"/> Kusmaull <input type="checkbox"/> Hipoksi <input type="checkbox"/> Anoksi <input type="checkbox"/> Hiperventilasyon <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Hipoventilasyon <input type="checkbox"/> Cheyne-Stokes		Sağ El :. Sol El : Sağ Ayak : Sol Ayak :	Carotis Arter Radial Arter Femoral Arter Dorsalis Pedis	/

Solunum Sistemine Yönelik Görülen Sorunlar			Kardiyovasküler	Sisteme	Yönelik	Görülen
			Sorunlar			
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hemoptizi	<input type="checkbox"/> Siyanoz	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Varis	
<input type="checkbox"/> Öksürük	<input type="checkbox"/> Hırıltı	<input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı	<input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı	<input type="checkbox"/> Pretibial ödem	<input type="checkbox"/> Çarpıntı	
<input type="checkbox"/> Balgam	<input type="checkbox"/> Wheezing	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Senkop	<input type="checkbox"/> Diğer.....		

Diğer Özellikler	
Triflow kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Seviye..... <input type="checkbox"/> Sıklık.....
Aspirasyon ihtiyacı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Sıklık
Göğüs tüpü varlığı	<input type="checkbox"/> Yeri

Solunum aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz

Birey bu aktivitede; Bağımsız Yarı Bağımlı (araç/kişi) Bağımlı

BESLENME AKTİVİTESİ

Beslenme Şekli	<input type="checkbox"/> Enteral	<input type="checkbox"/> Parenteral
<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Nazogastrik	<input type="checkbox"/> Periferal
	<input type="checkbox"/> Orogastrik	<input type="checkbox"/> Santral
	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Port
	<input type="checkbox"/> Diğer	

Boy :	Son altı ayda kilo aldı /verdi.	Diyet Sınırlaması
Kilo :	<input type="checkbox"/> İstemli <input type="checkbox"/> İstemsiz	<input type="checkbox"/> Yok
BKİ :...kg/m ²	Miktar:kg	<input type="checkbox"/> Var (Tuzsuz, diyabetik):
<input type="checkbox"/> Kaşektik <input type="checkbox"/> Zayıf		
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kilolu		
<input type="checkbox"/> Obez		

Beslenme Aktivitesini Etkileyen Faktörler			
<input type="checkbox"/> Oral Lezyonlar	<input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü	<input type="checkbox"/> Fiziksel güçlük	<input type="checkbox"/> Takma diş
<input type="checkbox"/> Ameliyat	<input type="checkbox"/> Bilinç durumu	<input type="checkbox"/> Bireysel İnançlar	<input type="checkbox"/> Diğer

Beslenme Aktivitesine Yönelik Görülen Sorunlar			
<input type="checkbox"/> Yoktur	<input type="checkbox"/> Bulantı	<input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü	<input type="checkbox"/> Midede ağrı
<input type="checkbox"/> İştahsızlık	<input type="checkbox"/> Kusma	<input type="checkbox"/> Çiğneme	<input type="checkbox"/> Anti-Asit
Kullanımı			
<input type="checkbox"/> Hazımsızlık	<input type="checkbox"/> Diğer		

Günlük öğün sayısı:...3.....			
Günlük sıvı tüketimi: <input type="checkbox"/> Kısıtlanmış	<input type="checkbox"/> Arttırılmış	Günlük:...5.....bardak/gün	
İştahını nasıl tanımlıyor? <input type="checkbox"/> Artmış	<input type="checkbox"/> Azalmış	<input type="checkbox"/> Normal	

(Aldığı-çıkardığı takibinin değerlendirmesinin uygun olduğu zamanlarda AÇT Formunu doldurup raporunuza ekleyiniz)

Beslenme aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz

Birey bu aktivitede; Bağımsız Yarı Bağımlı (araç/kişi) Bağımlı

BOŞALTIM AKTİVİTESİ

Bağırsak hareketlerinin sıklığı/dk
Son Defekasyon Tarihi

İdrar sıklığı.....kez/gün
Miktar.....ml/gün
Son Miksiyon Zamanı:

Dışkı Özellikleri

İçerik: Katı Yumuşak Sıvı
Renk: Sarı Siyah
Diğer.....

İdrar Özellikleri

Dansitesi:
Renk:
Koku:
İçerik...

Dışkı Boşaltımına Yönelik Görülen Sorunlar

Yok Dışkı tıkanıklığı
Hemoroid Hematemez
Konstipasyon Fekal inkontinas
Melena Diyare
Flatulans Distansiyon
Diğer.....

İdrar Boşaltımına Yönelik Görülen Sorunlar

Yok Hematüri Enürezis Pollaküri
 Anüri Hesitensi
 Oligüri İnkontinans Dizüri
 Noktüri Poliüri Retansiyon
 Diğer.....

Dışkı Boşaltımına Yönelik Görülen Uygulamalar

Lavman yaptırma
Kolostomi
 İleostomi

İdrar Boşaltımına Yönelik Görülen Uygulamalar

İdrar sondası Ürostomi
 Hemodiyaliz Periton Diyalizi

Boşaltım aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz

Birey bu aktivitede; Bağımsız Yarı Bağımlı (araç/kişi) Bağımlı

KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİM AKTİVİTESİ

Hijyen Alışkanlıkları

El yıkama sorunu: Yok
OVar(Tanımlayınız).....Yüz temizliği
sorunu: Yok OVar(Tanımlayınız).....
Tırnak bakımı sorunu: Yok
OVar(Tanımlayınız).....
Ayak bakımı sorunu: Yok
OVar(Tanımlayınız).....
Saç banyosu sorunu: Yok
OVar(Tanımlayınız).....
Ayak banyosu sorunu: Yok
OVar(Tanımlayınız).....
Tuvalet hijyeni sorunu: Yok
OVar(Tanımlayınız)..... Kullanılan Ürün
(tuvalet kağıdı, bez,ped vb.):.....
Menstruasyon hijyeni sorunu: Yok
Var(Tanımlayınız).....
Kullanılan Ürün (tuvalet kağıdı, bez,ped
vb.):.....

Giyinme Alışkanlıkları

İnce Kalın
 Mevsimine uygun

Görünümü

Temiz Kirli

Giyinme-Soyunmada Zorluk

Yok Var...

Deri Muayenesi

Derinin genel görünümü: Sıcak Soğuk
 Nemli Kuru
Turgor: Normal Dehidrate Diğer.....
Renk: Soluk Pembe Siyanotik
 Sarı Diğer.....
Basınç Yarası: Var Yok
Yeri:.....Büüklüğü:.....Görünümü:.....Evresi:.....
(Basınç yarası mevcutsa Norton Basınç Yarası Riskini Değerlendirme Skalası doldurup raporunuza ekleyiniz.)
Ödem: Var Yok
Yeri:
Derecesi:
Tanıladığınız Diğer Deri Sorunları/Lezyonları: Yeri:.....Büüklüğü:.....Görünümü:.....
Deri bozuklukları: Peteşi Dermatit Pruritus Psoriasis Skar Fissür Purpura Ülser
Erozyon
 Çomak parmak Kaşık tırnak Spider anjioma

Kişisel temizlik ve Giyim Aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz

Birey bu aktivitede; Bağımsız Yarı Bağımlı (araç/kişi)
 Bağımlı

VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ AKTİVİTESİ

Ortam sıcaklığı tercihi:

Vücut sıcaklığı:

Ölçüldüğü bölge: Temporal Rektal Aksiller Timpanik Oral

Vücut Sıcaklığına Yönelik Görülen Sorunlar

Hipotermi Hipertermi

Vücut sıcaklığının kontrolü aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz

Birey bu aktivitede; Bağımsız Yarı Bağımlı (araç/kişi) Bağımlı

HAREKET AKTİVİTESİ

Genel yaşam tarzınız: Aktif Sedanter
Harekette zorlanma: Hayır Evetse tanımlayınız (zamanı, yeri)

Hareket etmesini engelleyen herhangi bir fiziksel/mental engeli var mı?

Hayır Evetse tanımlayınız (zamanı, yeri).....Hasta ameliyat olduğu için yarı bağımlı ve yardımla hareket edebiliyor.....

Denge: Normal Ayakta duramama Sendeleme

Hasta bireyin hareket etmesine yardımcı araç kullanımı:

Yatak Kenarlıkları Trapez Çengel Yürüyüş Kemer Kaydırma Tahtası Walker
 Koltuk Değneği Baston Korse Boyunluk Yastık

Düşme öyküsü : Hayır Evetse Açıklayınız :.....

Hareketi etkileyen hastalıklar: Var Yok

Hareket Aktivitesine Yönelik Sorunlar

Yorgunluk Amputasyon Kifoza
 Lordoz Skolyoz Kontraktür
 Eklem kısıtlılığı
 Tremor Hemipleji Parapleji Paralizi

Hareket Aktivitesine Yönelik Görülen Uygulamalar

Traksiyon Alçı Splint
 Fizik tedavi Protez

Hareket aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz

Birey bu aktivitede; Bağımsız Yarı Bağımlı (araç/kişi) Bağımlı

ÇALIŞMA VE EĞLENCE AKTİVİTESİ

Çalışma durumu: Aktif çalışmıyor Emekli Aktif çalışıyor.... çalışıyor saat/gün

Son bir aydır sağlık sorununa bağlı olarak normal günlük işleri aksadı mı?(Ev İş, Çalışma Hayatı):

Evet Hayır Biraz

Son bir aydır fiziksel sağlığı ve ruhsal sorunları sosyal aktivitelerini/hobilerini engelledi mi?

O Hayır O Evet(Tanımlayınız)
Çalışıyorsa, son 6 aydır sağlığı yüzünden işe gidemediği oldu mu? O Hayır O Evetse kaç gün:
Baş etme girişimleri: O Var O Yok

Çalışma ve eğlence aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz

Birey bu aktivitede; O Bağımsız O Yarı Bağımlı (araç/kişi) O Bağımlı

CİNSELLİĞİ İFADE ETME AKTİVİTESİ

Tedavi/ilaç ve Hastalığın Cinselliğe Etkisi: O Hayır O Evetse
açıklayınız:.....

Üreme Organları: O Akıntı O Lezyon O Kanama

Açıklayınız:.....

Yıllık/Aylık Kontrol:

Meme: O Hayır O Evet Açıklayınız:

.....

Vajinal Muayene: O Hayır O Evet Açıklayınız:

.....

Prostat Testis Muayenesi: O Hayır O Evet

Açıklayınız:.....

KADIN

-Menstruasyon sırasında yaşadığınız sorunlar: O Ağrı O Aşırı kanama O Halsizlik O
Bulantı/kusma

-Menopoza girdi mi? O Hayır O Evetse ne zaman:.....

-Bireysel baş etme girişimleri:

Cinselliği ifade etme aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz

Birey bu aktivitede; O Bağımsız O Yarı Bağımlı (araç/kişi) O Bağımlı

UYKU VE DİNLEME AKTİVİTESİ

Genel Uyku Alışkanlığı

Gündüz.....st/gün

Kullanılan Yastık Sayısı:

Uyumayı Kolaylaştırmak için Kullanılan Yöntemler

O Süt içmek O Sessiz ortam O İlaç

O Müzik dinlemek O TV seyretmek

O Kitap okumak

O Diğer.....

Uyku Aktivitesine Yönelik Görülen Sorunlar

O Uykuya dalmada güçlük O Dinlenmiş hissetmeme O Huzursuz Bacak Sendromu

<input type="checkbox"/> Sık sık uyanma	<input type="checkbox"/> İnsomnia	<input type="checkbox"/> Sirkadiyen Ritm Bozukuluğu	
<input type="checkbox"/> Çok erken uyanma	<input type="checkbox"/> Hipersomnia	<input type="checkbox"/> Parasomnia	<input type="checkbox"/> Horlama
<input type="checkbox"/> Uyuklama	<input type="checkbox"/> Uyku Apnesi	<input type="checkbox"/> Narkolepsi	<input type="checkbox"/>
Diğer.....			

Ağrı, hareket g¼çlüđ¼ , sık idrara çıkma gibi bireyin uykusunu etkileyen biyo-fizyolojik fakt¼rler var mı?

Hayır Evetse tanımlayınız

Korku, stres, kaygı gibi bireyin uykusunu etkileyen duygusal fakt¼rler var mı?

Hayır Evetse tanımlayınız:.....

G¼r¼lt¼, ışık, ısı, hastanede kahvaltı saatleri, tedavi saatleri, tedavi için kullanılan araç-gereçler gibi uykusunu etkileyen çevresel fakt¼rler var mı?

Hayır Evetse tanımlayınız:.....

Uyku ve dinlenme aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz

Birey bu aktivitede; Bağımsız Yarı Bağımlı (araç/kişi) Bağımlı

12.ÖL¼M (DEĞERLENDİRME GEREKLİ İSE)

Palyatif bakım ihtiyacı: Yok Varsa tanımlayınız.....

Aile desteğinin niteliği:.....

Öl¼m aktivitesi ile ilgili gözlemlenen durumlar

İnkâr Kızgınlık Depresyon İçe kapanma
 Üz¼nt¼ Umutsuzluk Ağlama Kendini suçlama

HEMŞİRELİK TANILARI

Hastanın Adı Soyadı:
Oda No:

Klinik:

GÜVENLİ ÇEVRE NİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ	İLETİŞİM	SOLUNUM
BESLENME	BOŞALTIM	KİŞİSEL HİJYEN VE GİYİM
BEDEN SICAKLIĞININ KONTROLÜ	HAREKET	ÇALIŞMA VE EĞLENCE
CİNSELLİĞİ İFADE ETME	UYKU	ÖLÜM

HASTALIK HAKKINDA KISA BILGI:

HASTALIĞIN TANIMLANMASI	HASTAYA İLİŞKİN HASTALIK SÜRECİ
HASTALIĞIN ETİYOLOJİ/PATOFİZYOLOJİSİ	HASTADA GÖRÜLEN ETİYOLOJİ/PATOFİZYOLOJİ
HASTALIĞIN TANI YÖNTEMLERİ	HASTAYA YAPILAN TANI YÖNTEMLERİ
HASTALIĞIN KLİNİK BELİRTİ/BULGULARI	HASTADA GÖRÜLEN KLİNİK BELİRTİ/BULGULAR
HASTALIĞIN TIBBİ ve HEMŞİRELİK YÖNETİMİ	HASTAYA YAPILAN TIBBİ ve HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

LABORATUVAR ÇALIŞMALARI

TEST	NORMAL DEĞERLER	TARİH	TARİH	TARİH	1-Bu test bu hasta için neden istenmiş açıklayın 2-Anormal bulguların hastanın durumuyla ilişkisi.
Eritrosit (RBC)					
Hemoglobin(HGB)					
Hemotokrit(HTC)					
Trombosit					
Lökosit(WBC)					
Nötrofil					
Eozinofil					
Bazofil					
Lenfosit					
Monosit					
Na+					
K+					
Ca					
P					
Mg					
KAN ŞEKERİ KŞ Açlık: Tokluk :					
HbA1C					
BUN					
Kreatin					
Total Kolesterol					
HDL					

LDL					
Trigliserid					
CRP					
Ferritin					
D-DİMER					
LDH					
SGOT/AST					
SGPT/ALT					
Total protein					
Albumin					
Total bilirubin					
Direkt bilirubin					
Ürik asid					
PT					
PTT					
INR					
Kan İlaç Düzeyi					
ARTERİYEL KAN GAZLARI PH PaO2 PaCO2 O2 Satürasyonu					
İDRAR Dansite pH Lökosit Eritrosit Kültür/Antibiyogram					
*DİĞER					

*Gerekirse spesifik bulguları yazınız.

İLAC TEDAVİSİ

ALERJİLERİ:

İlacın Ticari İsmi	İlacın Kullanım			Hastanın Kullanma Nedeni	İlacın Görülen Etkileri	Hastada Yan	İlaç Tedavi Sürecindeki Hemşirelik Uygulamaları
	Dozu	Sıklığı	Veriliş Yolu				

ALDIĞI - ÇIKARDIĞI TAKİBİ

Saat	ORAL	IV	Toplam alınan	İDRAR	DREN	Toplam çıkan	DENGE
09.00							
10.00							
11.00							
12.00							
13.00							
14.00							
15.00							
16.00							
17.00							
18.00							
TOPLAM							
BALANS							

HASTA BAKIM PLANI

Yatak No:

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih:

HEMŞİRELİK TANILAMASI	AMAÇLAR/HEDEFLER	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ/ PLANLAMA	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
OBJEKTİF VERİLER: SUBJEKTİF VERİLER: ETYOLOJİ: <hr/> HEMŞİRELİK TANISI				

HEMŞİRELİK TANILAMASI	AMAÇLAR/HEDEFLER	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ/ PLANLAMA	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
OBJEKTİF VERİLER: SUBJEKTİF VERİLER: ETYOLOJİ: <hr/> HEMŞİRELİK TANISI:				

HEMŞİRELİK TANILAMASI	AMAÇLAR/HEDEFLER	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ/ PLANLAMA	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
OBJEKTİF VERİLER: SUBJEKTİF VERİLER: ETYOLOJİ: <hr/> HEMŞİRELİK TANISI:				

HEMŞİRELİK TANILAMASI	AMAÇLAR/HEDEFLER	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ/ PLANLAMA	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
OBJEKTİF VERİLER: SUBJEKTİF VERİLER: ETYOLOJİ: <hr/> HEMŞİRELİK TANISI:				