



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
2017-2018 EĞİTİM-ÖĞRETİM DÖNEMİ

..... FAKÜLTESİ/YÜKSEKOKULU

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

.....DERSİ

Öğrencinin Adı-Soyadı:

Numarası:

Uygulama Yaptığı Alan:

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

Kronik Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Kronik hastalık yok <input type="checkbox"/> Böbrek yetmezliği	<input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Kalp yetmezliği	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Astım	<input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Diğer.....
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.....		
Yatış Deneyimi	<input type="checkbox"/> Yok Tarih:/...../.....	<input type="checkbox"/> Var (işaretlediyseniz aşağıda verilen yerleri doldurunuz) Yatış Nedeni:		
SÜREKLİ KULLANILAN İLAÇLAR		<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	
İlacın Adı	Kullanım Nedeni	Dozu ve Sıklığı	Veriliş Yolu	Süresi (ay/yıl)
.....
.....
.....
.....
Evde Hastanın Tedavisi İle İlgili Yaptığı Uygulamalar: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var				
.....				
.....				
.....				
Alışkanlıklar	Sigara: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Miktar...../gün Süre..... Bırakma Tarihi..... Alkol : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Miktar...../gün Süre..... Bırakma Tarihi..... Madde bağımlılığı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Cinsi/miktarı.....			
Aile İle Görüşme (Hasta Yanında Görüşülmeyecek)				
-Hastalık Süreci Hakkında Bilgileri (tedavi süreci, beslenme, fiziksel aktivite, etiyoloji, poliklinik kontrolü, ilaç kullanımı, hastaneye başvurusu gereken durumlar, hastalığa özgü bakım uygulamaları, vb.):				
.....				
-Hastanın Önemli Sorunları- Gereksinimleri (fiziksel, psikolojik, sosyokültürel):				
.....				
-Evdeki Bakım Olanakları (evin fiziksel koşulları):				
.....				

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

GÜVENLİ ÇEVRENİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ AKTİVİTESİ		
Bilinç Durumu		
<input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı <input type="checkbox"/> Konfüze Skala Skoru:..... <i>(Bireyin bilinci kapalıysa Glasgow Koma Skalasını ekleyiniz.)</i>		
Duyu Organları		
Görme	Pupilla Sağ Göz <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal..... Sol Göz <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal.....	Gözlük/Kontakt Lens <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....(Nedeni)
İşitme	Sağ Kulak <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> İşitme Kaybı %..... Sol Kulak <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> İşitme Kaybı %..... Duymayı etkileyen bir sorun var mı? (akıntı, kaşıntı, çınlama vb.): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....	İşitme Cihazı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....(Yeri)
Koklama	Sağ Burun <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal..... Sol Burun <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal..... Koku almayı etkileyen bir sorun var mı? (Burun akıntısı, tıkanıklık vb.): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....	Koklama Duyusu <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok.....(Nedeni)
Dokunma	His Kaybı (sıcaklık, acı, ağrı, basınç, karıncalanma, uyuşma vb.) <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....(Yeri)	
Tat Alma	Tat alma duyusu : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....	
Ağrı Varlığı		
<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <i>(Birey ağrısı olduğunu belirtiyorsa Ağrı Tanılama ve Tedavi Formunu doldurup raporunuza ekleyiniz)</i>		
Düşme Riski		
<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <i>(Düşme riski değerlendirmesinin uygun olduğu zamanlarda uygun Düşme Riski Ölçeğini doldurup raporunuza ekleyiniz)</i>		
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.....
<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? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Tanımlayınız).....		
İzolasyon İhtiyacı		
Bireyin izolasyon gereksinimi var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Temas-Sıkı Temas-Damlacık-Solunum-Diğer).....		
Çevresel Güvenlik Önlemleri		
Kimlik doğrulandı	<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

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

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

SÖZEL İLETİŞİM

Kullandığı dil (Lisanı):.....

Sözel iletişime engel olacak psikolojik nedenler var mı? Yok Var (İşaretleyiniz)

Konuyu değiştirme
 Tehdit etme

Öğüt verme
 Emretme

Teselli etme
 Konuşmayı reddetme

Kiminle iletişim kurmakta zorlanıyor?

.....

Kiminle iletişim kolaylıkla iletişim kurabiliyor?

.....

Sözel iletişim kurabilmek için herhangi bir araç-gerece (yazı tahtası, işitme cihazı, iletişim kartları, işitme protezi, ses protezi, vb.) gereksinimi var mı?

Yok Var (Kullandığı araç-gereci belirtiniz).....

Konuşma özellikleri (Konuşma hızı, kelimelerin anlaşılır olması, ses tonu, ses şiddeti vs.).....

.....

.....

SÖZSÜZ İLETİŞİM

Beden Dili (beden duruşu, göz teması, göz hareketleri, jest ve mimikler, kol-bacak hareketleri, oturuş biçimi)

.....

.....

Genel Görünüm (giyim şekli, kültürü, dini inançlarına uygun mu?)

.....

.....

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

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

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

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 :.....mm/Hg <input type="checkbox"/> Sağ Kol <input type="checkbox"/> Sol Kol <input type="checkbox"/> Otururken <input type="checkbox"/> Ayakta <input type="checkbox"/> Yatarken	
Solunum Hızı :...../dk <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Diyafragmatik		Nabız Hızı :...../dk <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 <input type="checkbox"/> Apne <input type="checkbox"/> Bradipne <input type="checkbox"/> Takipne <input type="checkbox"/> Hipopne <input type="checkbox"/> Hiperpne <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> OHipoksi <input type="checkbox"/> Hiperventilasyon <input type="checkbox"/> Hipoventilasyon <input type="checkbox"/> Kusmaull <input type="checkbox"/> Cheyne-Stokes <input type="checkbox"/> Anoksi		Kapiller Dolum Sağ/sol eldensn süreyle Sağ/sol ayaktansn süreyle	
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"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Hırıltı <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Balgam <input type="checkbox"/> Wheezin <input type="checkbox"/> ODİğer		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Varis <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Pretibial ödem <input type="checkbox"/> Çarpıntı <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"/> Renk/Miktar..... <input type="checkbox"/> Sıklık..... Göğüs tüpü varlığı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Renk/miktar..... <input type="checkbox"/> Yeri.....			
Solunum aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile turnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz			
Birey bu aktivitede; <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yarı Bağımlı (araç/kişi) <input type="checkbox"/> Bağımlı			
BESLENME AKTİVİTESİ			
Beslenme Şekli: <input type="checkbox"/> Oral		<input type="checkbox"/> Enteral ⇨ <input type="checkbox"/> Nazogastrik <input type="checkbox"/> Orogastrik <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Diğer	
		<input type="checkbox"/> Parenteral ⇨ <input type="checkbox"/> Periferal <input type="checkbox"/> Santral	
Boy :cm Kilo : kg BKİ :.....kg/m ² <input type="checkbox"/> Kaşektik <input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kilolu <input type="checkbox"/> Obez		Son altı 6 ayda kilo aldı/verdi mi? <input type="checkbox"/> Evet ⇨ <input type="checkbox"/> İstemli <input type="checkbox"/> İstemsiz <input type="checkbox"/> Miktar:kg <input type="checkbox"/> Hayır	
		Diyet Sınırlaması <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> OVar (Tuzsuz, diyabetik):	
Beslenme Aktivitesini Etkileyen Faktörler			

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

<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"/> Diğer.....
<input type="checkbox"/> Hazımsızlık	<input type="checkbox"/> Anti-Asit Kullanımı(İlacın adını belirtiniz)		
Günlük öğün sayısı:.....			
Günlük sıvı tüketimi:	<input type="checkbox"/> Kısıtlanmış	<input type="checkbox"/> Arttırılmış	Günlük:.....bardak/gün
İştahını nasıl tanımlıyor?	<input type="checkbox"/> Artmış	<input type="checkbox"/> Azalmış	<input type="checkbox"/> Normal
<i>(Aldığı-çıkardığı takibinin değerlendirmesinin uygun olduğu zamanlarda AÇT Formunu doldurup raporunuza ekleyiniz)</i>			
Beslenme aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz			
Birey bu aktivitede; <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yarı Bağımlı (araç/kışı) <input type="checkbox"/> Bağımlı			
BOŞALTIM AKTİVİTESİ			
Bağırsak hareketlerinin sıklığı/dk Son Defekasyon Tarihi/...../.....		İdrar sıklığı.....kez/gün Miktar.....ml/gün Son Miksiyon Zamanı:.....	
Dışkı Özellikleri İçerik: <input type="checkbox"/> Katı <input type="checkbox"/> Yumuşak <input type="checkbox"/> Sıvı Renk: <input type="checkbox"/> Sarı <input type="checkbox"/> Siyah <input type="checkbox"/> Diğer.....		İdrar Özellikleri Dansitesi:..... Renk..... Koku:..... İçerik.....	
Dışkı Boşaltımına Yönelik Görülen Sorunlar <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Dışkı tıkanıklığı <input type="checkbox"/> Hemoroid <input type="checkbox"/> Hematemez <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Fekal inkontinas <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Flatulans <input type="checkbox"/> Distansiyon <input type="checkbox"/> Diğer.....		İdrar Boşaltımına Yönelik Görülen Sorunlar <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Enürezis <input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Hesitensi <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Retansiyon <input type="checkbox"/> Diğer.....	
Dışkı Boşaltımına Yönelik Görülen Uygulamalar <input type="checkbox"/> Lavman yaptırma <input type="checkbox"/> Kolostomi <input type="checkbox"/> İleostomi		İdrar Boşaltımına Yönelik Görülen Uygulamalar <input type="checkbox"/> İdrar sondası <input type="checkbox"/> Ürostomi <input type="checkbox"/> Hemodiyaliz <input type="checkbox"/> Periton Diyalizi	
Boşaltım aktivitesi ile ilgili birey tarafında n ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz			
Birey bu aktivitede; <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yarı Bağımlı (araç/kışı) <input type="checkbox"/> Bağımlı			
KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİM AKTİVİTESİ			
Hijyen Alışkanlıkları: El yıkama sorunu: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Tanımlayınız)..... Yüz temizliği sorunu: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Tanımlayınız)..... Tırnak bakımı sorunu: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Tanımlayınız).....		Giyinme Alışkanlıkları <input type="checkbox"/> İnce <input type="checkbox"/> Kalın <input type="checkbox"/> Mevsimine uygun Görünümü <input type="checkbox"/> Temiz <input type="checkbox"/> Kirli Giyinme-Soyunmada Zorluk <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....	

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

Ayak bakımı sorunu: <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/> Var(Tanımlayınız).....	Menstrasyon hijyeni sorunu: <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/> Var (Tanımlayınız)
Saç banyosu sorunu: <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/> Var(Tanımlayınız).....	
Ayak banyosu sorunu: <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/> Var(Tanımlayınız).....	
Tuvalet hijyeni sorunu: <input type="radio"/> Yok <input type="radio"/> Var(Tanımlayınız).....	
Kullanılan Ürün (tuvalet kağıdı, bez):.....	

Deri Muayenesi:

Derinin genel görünümü: Sıcak Soğuk Nemli Kuru

Turgor: Normal Dehidrate Diğer.....

Renk: Soluk Pembe Siyanotik Sarı Diğer.....

Basınç Yarası: Yok Var

Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....Evresi:.....

(Basınç yarası mevcutsa Norton Basınç Yarası Riskini Değerlendirme Skalası doldurup raporunuza ekleyiniz)

Ödem: Yok Var Yeri:..... Derecesi:.....

Tanıladığınız Diğer Deri Sorunları/Lezyonları: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....

Deri sorunları: 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: °C
Vücut sıcaklığı: °C
Ölçüldüğü bölge: Temporal Rektal Aksiller Timpanik

Vücut Sıcaklığına Yönelik Görülen Sorunlar: Yok Var
 Hipotermi Hipotermi

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).....

Hasta bireyin hareket etmesine yardımcı araç kullanımı:

Yatak Kenarlıkları Trapez Çengel Yürüyüş Kemer Kaydırma Tahtası Walker

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

Koltuk Değneği Baston Korse Boyunluk Yastık

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

Denge: Normal Ayakta duramama Sendeleme

Düşme öyküsü : Yok Var (Açıklayınız):.....

Hareketi etkileyen hastalıklar: Yok Var.....

Hareket Aktivitesine Yönelik Sorunlar

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

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.....saat/gün

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

Evet Hayır Biraz

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

Evet Hayır

Çalışıyorsa, son 6 aydır sağlığı yüzünden işe gidemediği oldu mu? Hayır Evetse kaç gün:.....

Baş etme girişimleri: Var Yok

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

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

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

CİNSELLİĞİ İFADE ETME AKTİVİTESİ

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

Üreme Organları: Akıntı Lezyon Kanama Açıklayınız:.....

Yıllık/Aylık Meme Muayene: Hayır Evet Açıklayınız:

Yıllık/Aylık Vajinal Muayene: Hayır Evet Açıklayınız:

Yıllık/Aylık Prostat/Testis Muayenesi: Hayır Evet Açıklayınız:.....

KADIN

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

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

-Bireysel başatme girişimleri:.....

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

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

UYKU VE DİNLEME AKTİVİTESİ

Genel Uyku Alışkanlığı

Gece.....st/gün Gündüz.....st/gün

Kullanılan Yastık Sayısı:.....

Uyumayı Kolaylaştırmak için Kullanılan Yöntemler

Süt içmek Sessiz ortam İlaç
 Müzik dinlemek TV seyretmek
 Kitap okumak Diğer.....

Uyku Aktivitesine Yönelik Görülen Sorunlar

Uykuya dalmada güçlük Dinlenmiş hissetmeme Huzursuz Bacak Sendromu Horlama
 Sık sık uyanma İnsomnia Sirkadiyen Ritm Bozukluğu
 Çok erken uyanma Hipersomnia Parasomnia
 Uyuklama Uyku Apnesi Narkolepsi Diğer.....

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

Hayır Evet:.....

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

Hayır Evet:.....

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

Hayır Evet:.....

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

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

12.ÖLÜM (DEĞERLENDİRME GEREKLİ İSE)

Palyatif bakım ihtiyacı: O Yok O Varsa

Hastanın ailesi ve yakınlarının ölüm süreciyle ilgili yaklaşımlarını açıklayınız (Maddi ve manevi destek, ölümü kabulleniş, kadercilik, öfke, korku vs.):

.....
.....

Ölüm aktivitesi ile ilgili gözlemlenen durumlar

İnkâr

Kızgınlık

Depresyon

İçer kapanma

Üzüntü

Korku

Anksiyete

Umutsuzluk

Ağlama

Kendini suçlama

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

HEMŞİRELİK TANILARI

Hastanın Adı Soyadı:

Servis:

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

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

HASTALIĞIN TANIMLANMASI	HASTAYA İLİŐKİN HASTALIK SÜRECİ
HASTALIĞIN ETİYOLOJİ/PATOFİZYOLOJİSİ	HASTADA GÖRÜLEN ETİYOLOJİ/PATOFİZYOLOJİ
HASTALIĞIN TANI YÖNTEMLERİ	HASTAYA YAPILAN TANI YÖNTEMLERİ
HASTALIĞIN KLİNİK BELİRTİ/BULGULAR I	HASTADA GÖRÜLEN KLİNİK BELİRTİ/BULGULAR
HASTALIĞIN TIBBİ ve HEMŞİRELİK YÖNETİMİ	HASTAYA YAPILAN TIBBİ ve HEMŞİRELİK YÖNETİMİ
Tedavi ve bakım sürecinde hastaya yapılan özel uygulamalar varsa (kan transfüzyonu, diyaliz vb.) kısaca açıklayınız.	

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

LABORATUAR ÇALIŞMALARI

TEST	NORMAL DEĞERLER	TARİH	TARİH	TARİH	1. Bu test bu hasta için neden istenmiş, belirtiniz. 2. Anormal bulguların hastanın durumuyla ilişkisini açıklayınız
Eritrosit (RBC)	K= _____ E= _____				
Hemoglobin(HGB)	K= _____ E= _____				
Hemotokrit(HTC)	K= _____ E= _____				
Trombosit					
Lökosit(WBC)					
Nötrofil					
Eozinofil					
Bazofil					
Lenfosit					
Monosit					
Na+					
P					
K+					
Mg					
Ca					
KAN ŞEKERİ KŞ Açlık: Tokluk : HbA1C :					
BUN					
Kreatin					

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

Total Kolesterol					
HDL					
LDL					
Trigliserid					
LDH					
SGOT/AST					
SGPT/ALT					
Total protein					
Albumin					
Total bilirubin					
Direkt bilirubin					
Ürik asid					
PT					
PTT					
INR					
Kan İlaç Düzeyi					
ARTERİYEL KAN GAZLARI					
PH					
PaO ₂					
PaCO ₂					
O ₂ Saturasyonu					
İDRAR					
Dansite					
pH					
Lökosit					
Eritrosit					
Kültür/Antibiyogram					

*Gerekli ise başka spesifik bulgurları ekleyiniz.

ERİŞKİN TANILAMA FORMU

HASTA BAKIM PLANI

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih:

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

ERİŞKİN TANILAMA FORMU