

HB. FR.03

30.03.2017

Rev03

17.05.2021

1/2

BARKOD

Yatış tarihi: / / Yatış saati: Bölüm:
Cinsiyet: K E Yaş: Boy: Kilo:
Gerektiğinde iletişim kurulabilecek hasta yakını ad soyad / Tel no:

Vücut ısısı: Nabız: Solunum: TA:

Ön Tanı / Tanı:

1)ANAMNEZ

Hastaneye Geliş Şekli: Yürüyerek Sedyeye Diğer **Geldiği Yer :** Ev Yoğun Bakım Acil Diğer

Kan Grubu:

Bulaşıcı Hastalıklar HbsAg : Negatif Pozitif **HCV :** Negatif Pozitif

Kronik Hastalıklar

DM HT
 KBY Kalp yetmezliği
 Diğer

Kullandığı ilaçlar

1)
2)
3)
4)
5)
6)
7)
8)
9)
10)
11)
12)

izolasyon ihtiyacı var yok

Var ise;

Temas Sıkı temas
 Damlacık Solunum

Geçirilen Operasyonlar

yok
 var(belirtiniz)

1)
2)
3)

Özellikli durum

Alışkanlıklar

Sigara:..... tane/paket/gün

Önceden kullanma durumu.....

Alkol:sıklığı/miktarı

Önceden kullanma durumu.....

Madde:.....sıklığı/miktarı

Önceden kullanma durumu.....

Alerji Var Yok

	ilaç	Reaksiyon/Semptom	Yiyecek	Reaksiyon/Semptom	Diğer	Reaksiyon/Semptom
1						
2						
3						

2)AĞRI TANILAMA

Bilinç açık Bilinç açık non-koopere Bilinç kapalı

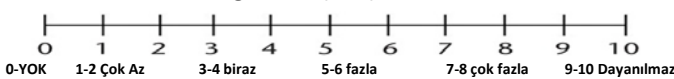
Sedatize

Ağrı: Yok Var (Lokalizasyonu belirtiniz).....

Şekli..... Süresi.....

*** (Ağrı puanını skala üzerinden işaretleyiniz)

2.1 Vizüel analog skalası (VAS)



2.2 Yüz skalası (YS) (3 yaş ve üzeri)



4 saat 3-4 saat 2 saat 1 saat ½ saat ½ saat

2.3 Flacc Skalası (F) (0-3 Yaş arası)

Kategori	0	1	2
Yüz ifadesi	Özel bir ifade yok	Hafif kaşlarını çatma, yüzünü ekşitme	Yüzünü buruşturma, dişlerini sıkma
Bacaklar	Normal pozisyonda	Gergin, rahatsız	Sağ, sola tekmeler savurma
Hareketler	Sakin	Öne arkaya dönme	Yay gibi kıvrılma, silkinme
Ağlama	Ağlama yok	Sızlama, inleme şeklinde ağlama	Bağıra bağıra ağlama, çığlık atma
Avutma	Rahat	Sarılma ve dokunmayla avutma	Hiçbir şekilde avutulmama

3) NÜTRİSYON TANILAMA

Beslenme şekli Oral IV Enteral: PEG NG

Hastalığı nedeniyle özel bir diyet alması gerekiyormu Evet Hayır

Son 6 ayda istem dışı kilo kaybı varmı Evetkg Hayır

4) SİSTEM TANILAMA

KARDİYOYASKÜLER	<input type="checkbox"/> Siyanoz	SOLUNUM	<input type="checkbox"/> Solunum güçlüğü	ÜRİNER	<input type="checkbox"/> Anüri
	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon		<input type="checkbox"/> Hemoptizi		<input type="checkbox"/> Poliüri
	<input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı		<input type="checkbox"/> Hırıltı		<input type="checkbox"/> Hematüri
	<input type="checkbox"/> Senkop		<input type="checkbox"/> Wheezing		<input type="checkbox"/> Dizüri
	<input type="checkbox"/> Çarpıntı		<input type="checkbox"/> Solunum hızı.....		<input type="checkbox"/> İnkontinans
	<input type="checkbox"/> Peritibal Ödem		<input type="checkbox"/> Öksürük.....		<input type="checkbox"/> Pollaküri
	<input type="checkbox"/> Renk değişikliği		<input type="checkbox"/> Balgam.....		<input type="checkbox"/> Noktüri
	<input type="checkbox"/> Varis		<input type="checkbox"/> Yardımcı solunum araçları		<input type="checkbox"/> Üretral Katater T.T.
	<input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Diğer
	<input type="checkbox"/> Sorun Saptanmadı		<input type="checkbox"/> Sorun Saptanmadı		<input type="checkbox"/> Sorun Saptanmadı
NÖROLOJİ	<input type="checkbox"/> Oryantasyon	CİLT	<input type="checkbox"/> Soluk	GASTROİNTESTİNAL	<input type="checkbox"/> Bulantı
	<input type="checkbox"/> Oryante		<input type="checkbox"/> Peteşi		<input type="checkbox"/> Kusma
	<input type="checkbox"/> Oryante Değil		<input type="checkbox"/> Ekimoz		<input type="checkbox"/> Melena
	<input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Kuru		<input type="checkbox"/> Hemoroid
	<input type="checkbox"/> Bilinç		<input type="checkbox"/> Kızarıklık		<input type="checkbox"/> Ağız kokusu
	<input type="checkbox"/> Açık		<input type="checkbox"/> Döküntü		<input type="checkbox"/> İshal
	<input type="checkbox"/> Bulanık		<input type="checkbox"/> Kaşıntı		<input type="checkbox"/> Konstipasyon
	<input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Nemli		
	<input type="checkbox"/> Duygusal / Psikolojik		<input type="checkbox"/> Ödemli		<input type="checkbox"/> Hematemez
	<input type="checkbox"/> Endişeli		<input type="checkbox"/> Yara		<input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> Ajite	<input type="checkbox"/> Dekübit	<input type="checkbox"/> Sorun Saptanmadı			
<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Diğer				
<input type="checkbox"/> Sorun Saptanmadı	<input type="checkbox"/> Sorun Saptanmadı				
AĞIZ / DİL	<input type="checkbox"/> Aft	GÖRME	<input type="checkbox"/> Görüyor	İSİTME/KONUŞMA	<input type="checkbox"/> Konuşabiliyor
	<input type="checkbox"/> Monilya		<input type="checkbox"/> Görmüyor		<input type="checkbox"/> Konuşamıyor
	<input type="checkbox"/> Paslı dil		<input type="checkbox"/> Kızarıklık		<input type="checkbox"/> Duyuyor
	<input type="checkbox"/> Diş çürüğü		<input type="checkbox"/> Şaşılık		<input type="checkbox"/> Az duyuyor
	<input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Akıntı		<input type="checkbox"/> Duymuyor
	<input type="checkbox"/> Sorun Saptanmadı		<input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Diğer

***Sistem tanınmasına ilişkin bir ya da daha fazla sorun saptanmış ise doktora haber veriniz.

Dr. iletili.

Kemoterapi Risk Faktörü Değerlendirmesi (Ekstravazyon açısından risk görülen parametreleri işaretleyiniz)

Kronik Hastalık: () Yaş () Bilinç Düzeyi () Deride Dejenerasyon () Ajitasyon ()
 Kemoterapi Ajan Özelliği: () Kilo () İlaç Veriliş Hızı / Şekli () Osmolarite Yüksekliği ()
 Diğer :

Günlük yaşam aktiviteleri

Fiziksel gereksinimleri karşılama durumu	Bağımsız	Yarı bağımlı	Bağımlı
Beslenme			
Kişisel hijyen			
Dengeli yürüme			
Yatışında dönme/kalkma			
Tuvalet			


Hastanın kendisine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı? Evet Hayır (Evet ise "Kısıtlama Talimatı" uygulanır.)

SOSYAL HİZMET(Gerekli durumlarda)

Gereksinim saptanan konu ile ilgili kişi ile /..... /..... tarih ve saatte görüşüldü.

**Görüşme yapılan kişi
(Ad, Soyad, İmza)**

**Formu dolduran Hemşire
(Ad, Soyad, İmza)**

 MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFA SULTAN HASTANESİ	HARİZMİ DÜŞME OLAYLARINI ÖNLEME ve İZLEME FORMU (0-16 YAŞ ARASI)			HASTA BARKODU	
	HB.FR.06	30.03.2017	R00	Revizyon tarihi	1/1

****** Değerlendirme zamanı: 1) İlk değerlendirme 2) Post-Op dönem 3) Hasta Düşmesi 4) Bölüm Değişikliği 5) Durum değişikliği**

RİSK FAKTÖRLERİ		DEĞERLENDİRMELER						
		Değerlendirme numarası						
		Tarih	Tarih	Tarih	Tarih	Tarih	Tarih	Tarih
1	Nörolojik hastalığı/semptomu var	5	5	5	5	5	5	5
2	Oksijenlenme değişikliği var	5	5	5	5	5	5	5
3	Düşme riski açısından özellikli hastalığı/semptomu var	15	15	15	15	15	15	15
4	Hasta uygun yatakta yatırılmıyor	5	5	5	5	5	5	5
5	Görme engeli var	5	5	5	5	5	5	5
6	Hastaya bağlı 3 ve üstünde bakım ekipmanı var	5	5	5	5	5	5	5
7	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, kişi desteği gibi.) ihtiyacı var	5	5	5	5	5	5	5
8	Hasta Post-Op ilk 48 saatlik dönemde	5	5	5	5	5	5	5
9	Riskli ilaç kullanımı var	5	5	5	5	5	5	5
TOPLAM PUAN								
DÜŞÜK RİSK (Toplam Puanı 15'in altında)		"Haftada bir" yeniden değerlendirme yapılır.						
 YÜKSEK RİSK (Toplam Puanı 15 ve üzeri) "DÖRT YAPRAKLI YONCA" figürü kullanılır.		"Her gün" değerlendirme yapılır.**(Bilgilendirme tablosuna bakınız.)						

Nörolojik semptomlar	<ul style="list-style-type: none"> -Epilepsi -Mental retardasyon -Konvülsiyon -Denge bozukluğu -Kooperasyon bozukluğu vb. 	Oksijenlenme değişiklikleri	<ul style="list-style-type: none"> -Solunum hastalıkları -Dehidratasyon -Hipotansiyon vb. -Anoreksi -Senkop -Baş dönmesi -Asidoz -Ödem -Anemi
Özellikli hastalıklar/Semptomlar	<ul style="list-style-type: none"> -Cam kemik hastalığı -Hemofili -Trombositopeni -İdiopatik trombositopeni purpura 	Hasta bakım ekipmanları	<ul style="list-style-type: none"> -IV infüzyon -Solunum cihazı -Kalıcı katater -Diren -Perfürozatör -Pacemaker vb.
Riskli ilaçlar	<ul style="list-style-type: none"> -Hipnotikler -Barbitüratlar -Nöroleptikler -Antidepresanlar -Laksatifler/Diüretikler -Narkotikler -Kemoterapötikler -Sedatifler -Antihipertansifler -Antidiyabetikler 		

Düşme olayı gerçekleştiği durumlarda HBYS(Güvenlik Raporlama Sistemi) "Olay Bildirim Formunu" doldurunuz. Kalite yönetim birimini olaydan haberdar ediniz.