

HB. FR.14

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:
Eğitim Durumu: Meslek: Medeni Hali: Evli Bekar
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:

Gebelik: var yok

Emzirme durumu: var yok

Kronik Hastalıklar

DM HT KOAH
 KBY Kalp yetmezliği
 Diğer.....

Bulaşıcı Hastalıklar

HbsAg : Negatif Pozitif
HCV : Negatif Pozitif

İzolasyon ihtiyacı var yok

Var ise;
 Temas Sıkı temas
 Damlacık Solunum

Geçirilen Operasyonlar

yok
 var(belirtiniz)

1)
2)
3)

Özellikli durum

Mastektomi.....Taraf
 AV fistül.....Taraf
 Diğer.....

Kullandığı ilaçlar

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

Alışkanlıklar

Sigara:..... tane/.....paket/.....gün
Önceden kullanma durumu.....
 Alkol:sıklığı/miktarı
Önceden kullanma durumu.....
 Madde:.....sıklığı/miktarı
Önceden kullanma durumu.....

Alerji Var Yok

İlaç	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)

Vizüel analog skalası (VAS)



Yüz skalası (YS) (3 yaş ve üzeri hastalar ile kendini ifade edemeyen durumdaki hastalarda kullanılır.)



Ağrı ne zaman değerlendirilir: 4 saat 3-4 saat 2 saat 1 saat ½ saat ½ saat

3) NÜTRİSYON TANILAMABeslenme şekli Oral IV Enteral: PEG NGHastalığı nedeniyle özel bir diyet alması gerekiyormu Evet HayırSon 6 ayda istem dışı kilo kaybı varmı Evetkg Hayır**4) SİSTEM TANILAMA**

KARDİYOVASKÜLER	<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
	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"/> Kaşınıtı		<input type="checkbox"/> Konstipasyon
	<input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Nemli		<input type="checkbox"/> Hematemiz
	Duygusal / Psikolojik		<input type="checkbox"/> Ödemli		<input type="checkbox"/> Diğer
	<input type="checkbox"/> Endişeli		<input type="checkbox"/> Yara		<input type="checkbox"/> Sorun Saptanmadı
<input type="checkbox"/> Ajite	<input type="checkbox"/> Dekübit				
<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 tanılmasına 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			

Protezler: Diş Lens Gözlük İşıtme cihazı Kalp pili Ekstremitte protezi DiğerHastanın 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)**