

..... HASTANESİ

Adı Soyadı :

Bölümü :

Dosya /Bilgisayar No :

HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA
TANILAMA FORMU

Oda No :

Cinsiyeti

Tanı/Hastalık Kodu :

ÖN TANI/TANI/TEŞHİS					
HASTANIN YAKINIĞI					
EV KOŞULLARI					
MESLEĞİ					
EĞİTİM DURUMU					
ÇOCUK SAYISI					
HASTA YAKINI TEL. NO					
HASTANEYE GELİŞ ŞEKLİ		<input type="checkbox"/> Yürüyerek HASTANIN SERVİSE KABULÜNDE AÇIKLAMA YAPILAN MADDELERİ İŞARETLEYİNİZ.			
<input type="checkbox"/> Sedyeye		<input type="checkbox"/> Yemek saatleri			
<input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Sigara yasağı			
		<input type="checkbox"/> Tuvalet-banyo			
<input type="checkbox"/> Ev		<input type="checkbox"/> Refakatçi kuralları			
<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım		<input type="checkbox"/> Servis tanıtımı			
<input type="checkbox"/> Acil		<input type="checkbox"/> Ziyaret saati ve kuralları			
<input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Diğer hastalarla tanıştırma			
GELDİĞİ YER		SİSTEM TANILAMASI			
FİZİKSEL GEREKSİNİMLERİ KARŞILAMA DURUMU		DERİ	GİS	SOLUNUM	EMOSYONEL
BİLİNÇ DURURMU					
HASTANEYE YATMA NEDENİ		NÖROLOJİK	KAS-İSKELET	BESLENME	
DAHA ÖNCE HASTANEYE YATTI MI?					
DAHA ÖNCE AMELİYAT OLDU MU?		SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR	DIŞKILAMA ALIŞKANLIKLARI	UYKU DÜZENİ	KAN GRUBU
KULLANDIĞI PROTEZLER					
KRONİK HASTALIKLAR		DAHA ÖNCE KAN TRANSFÜZYONU	KAN TRANSFÜZYONUNDA REAKSİYON	Hbs <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	Hcv <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif
GEÇİRİLEN HASTALIKLAR					
ALLERJİLERİ (İlaç, Gıda, Flester vb.)		KAN TRANSFÜZYONUNDA REAKSİYON	Hbs <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	Hcv <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	
ALIŞKANLIKLARI (Sigara, Alkol, İlaç)					
SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR		KAN TRANSFÜZYONUNDA REAKSİYON	Hbs <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	Hcv <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	
DIŞKILAMA ALIŞKANLIKLARI					
UYKU DÜZENİ		KAN TRANSFÜZYONUNDA REAKSİYON	Hbs <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	Hcv <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	
KAN GRUBU					
DAHA ÖNCE KAN TRANSFÜZYONU		KAN TRANSFÜZYONUNDA REAKSİYON	Hbs <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	Hcv <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	
KAN TRANSFÜZYONUNDA REAKSİYON					
Hbs <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif		KAN TRANSFÜZYONUNDA REAKSİYON	Hbs <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	Hcv <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	
Hcv <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif					
KAN TRANSFÜZYONUNDA REAKSİYON		KAN TRANSFÜZYONUNDA REAKSİYON	Hbs <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	Hcv <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	
ADI SOYADI :					
İMZASI :		KAN TRANSFÜZYONUNDA REAKSİYON	Hbs <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	Hcv <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	
TARİH :					

Arka sayfaya geçiniz.

AĞRI TANILAMA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı yok

En şiddetli ağrı

 0, Yok 1-2, Çok az 3-4, Biraz fazla 5-6, Çok 7-8, Fazla 9-10, Dayanılmaz

HASTANIN MEVCUT VE OLASI SORUNLARI

<input type="checkbox"/> Yatağa bağımlılık	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Ajitasyon	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kendine yetememe	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Depresif belirtiler	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kontraktür	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Oryantasyon Bozukluğu	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> İnfeksiyon	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Bilinç Bozukluğu	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kaşıntı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Koma	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kanama	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> İşitme Kaybı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Terleme	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Görme kaybı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Travma	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Beden İmgesinde Değişiklik	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Digital alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Ameliyat	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kortizon alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Tetkik	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Antikoagülan alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Tedavi	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kemoterapi alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Eğitim Gereklinimi	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Radyoterapi alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Konuşamama	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Hiperalbuminasyon	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Sıcak İntoleransı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> İdrara inkontinansı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Soğuk İntoleransı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Gaita inkontinansı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz)	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Bası yarası (Dekübitis vb)	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut			

BASI YARALARI RİSK TANILAMA

(Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğuna düşündüğünüz hastalara uygulayınız)

DUYGUSAL ALGILAMA	<input type="checkbox"/> Tamamen Sınırlı	1	MOBİLİZASYON	<input type="checkbox"/> Tamamen İmmobil	1
	<input type="checkbox"/> Çok Sınırlı	2		<input type="checkbox"/> Çok Sınırlı	2
	<input type="checkbox"/> Hafif Sınırlı	3		<input type="checkbox"/> Biraz Sınırlı	3
	<input type="checkbox"/> Normal	4		<input type="checkbox"/> Aktif	4
VÜCUT TEMİZLİĞİ	<input type="checkbox"/> Sürekli Islak	1	BESLENME	<input type="checkbox"/> Kaşektik	1
	<input type="checkbox"/> Çok Sık Islak	2		<input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli	2
	<input type="checkbox"/> Ara-Sıra Islak	3		<input type="checkbox"/> Yeterli	3
	<input type="checkbox"/> Çok Seyrek Islak	4		<input type="checkbox"/> Çok İyi	4
AKTİVİTE	<input type="checkbox"/> Yatağa Bağımlı	1	SÜRTÜNME VE ÇİZİLME	<input type="checkbox"/> Problem Var	
	<input type="checkbox"/> Sandalyeye Oturabilir	2		<input type="checkbox"/> Problem Olabilir	
	<input type="checkbox"/> Ara-Sıra Yürür	3		<input type="checkbox"/> Problem Yok	
	<input type="checkbox"/> Sık Sık Yürür	4			

***TOTAL PUAN: Total Puan 16'dan düşük ise hasta risk grubuna alınmalı ve her gün izlenmelidir.**

..... HASTANESİ

Adı Soyadı :

Bölümü :

Oda No :

SIVI İZLEM FORMU

Hastalık Kodu :

Dosya No/Bilgisayar No :

Yaş : Kilo: Boy: Cinsiyet :

Dakikada Total sıvı miktarı x 20

Saatte D.D.S.x 60

Damla Sayısı = _____
(D.D.S.) 60 dakika x24Gidecek = _____ =D.D.S. x 3
Sıvı 20

SAAT	I. SIVI CİNSİ D.D.S	ŞİŞE SEVİYESİ	GİDEN MİKTAR	II. SIVI CİNSİ D.D.S	ŞİŞE SEVİYESİ	GİDEN MİKTAR
------	------------------------	------------------	-----------------	-------------------------	------------------	-----------------

24 SAATLİK
TOPLAM

..... HASTANESİ	Hastanın Adı Soyadı :
	Dosya/Bilgisayar No :
HASTA TRANSFER FORMU	Cinsiyeti :
	Yaşı :
	Tarih :

AYRILDIĞI ÜNİTE :	GELDİĞİ ÜNİTE :
ŞİMDİKİ TEŞHİS/HASTALIK KODU	
OPERASYON VE TARİHİ	
IV. SOLÜSYONLAR	
TRANSFER SIRASINDA İNFÜZE EDİLMEKTE OLAN SOLÜSYON	
İNFÜZYON BÖLGESİ	
HIZ (DAKİKADA DAMLA SAYISI)	
ŞİŞEDE KALAN MİKTAR	
HASTA İLA TRANSFER EDİLEN İLAÇLAR	
TEDAVİLER	
HASTA İLE TRANSFER EDİLEN EŞYALAR/FORMLAR	
PANSUMAN VE TÜPLER	
DRENAJ MİKTARI	
DİYET	
HEMŞİRELİK SORUNU/SINIRLAMALAR/YETERLİLİKLER	
TRANSFER SAATİ	
TESLİM ALAN HEMŞİRE ADI, SOYADI, İMZA	TESLİM VEREN HEMŞİRE ADI, SOYADI, İMZA

..... HASTANESİ	Adı Soyadı :
	Dosya No :
	Bölümü :
HASTA EŞYALARI TESLİM FORMU	Oda No :
	Tanı/ Hastalık Kodu :

GİYİM EŞYALARI	Cinsi :
	Adedi :
KITMETLİ EŞYALAR	Nakit Para :
	Kredi Kartı : (Cinsi ve Numarası)
	Takılar :
DİĞER (Protez v.s.)	
Yukarıda/...../.....tarihinde kaydedilen şahsıma ait tüm emanetleri eksiksiz olarak teslim ettim.	
Hemşire Teslim Alan	Hasta/Hasta Yakını Teslim Eden
Yukarıda teslim ettiğim eşyaları...../...../.....tarihinde eksiksiz olarak teslim aldım.	
Hemşire Teslim Eden	Hasta/Hasta Yakını Teslim Alan

..... HASTANESİ		Hastanın Adı Soyadı :	
		Tarih :	
		Cinsiyeti : Yaşı :	
HEMŞİRELİK SÜRECİ AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIK VE AMELİYAT SONRASI TAKİP FORMU		Dosya/Bilgisayar No :	
		Bölümü : Oda No :	
		Tanı/Teşhis/Hastalık Kodu :	
Tıbbi Tanı:		Kan Grubu :	
		Allerjiler (Gıda, İlaç vb.) :	
Sürekli kullandığı ilaçlar :			
Bulaşıcı hastalığı : <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
Sürekli kullandığı : <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> İşitme cihazı <input type="checkbox"/> Kontakt lens <input type="checkbox"/> Diş protezi <input type="checkbox"/> Diğer			
AMELİYATTAN ÖNCEKİ AKŞAM HEMŞİRELİK FAALİYETLERİ		SAAT	ÜNİTE/SERVİS HEMŞİRESİ
1. Planlanmış ameliyat gününün hastaya söylenmesi			
2. Ameliyat öncesi eğitim verilmesi •Soluk alma, öksürme ve yatak içinde dönme egzersizleri öğretildi •İnsizyon ve pansuman yeri anlatıldı •Drenler hakkında bilgi verildi •Foley sonda NG sonda hakkında bilgi verildi •Ameliyathane ve yoğun bakım ortamı hakkında bilgi verildi •Ameliyat sonrası ağrı hakkında bilgi verildi •Ameliyat sonrası ayağa kaldırma hakkında bilgi verildi •Ameliyat sonrası beslenme hakkında bilgi verildi			
3. Tam kan sayımı			
4. Biyokimya tetkikleri			
5. İdrar tetkikleri			
6. Akciğer grafisi çekilmesi			
7. Gerekğinde ameliyat sırasında kullanılacak ilaçların istenmesi			
8. Kan bankası ile kanların hazırlığı hakkında görüşme			
9. Kan cross kartı kontrolü			
10. Anestezi konsültasyonu			
11. Hekim istemine göre sedatif			
12. Hastanın yeterli süre aç bırakılması			
13. Cerrahi izin belgesinin / rıza formunun kontrol edilmesi			
14. Ameliyat bölgesinin tıraş edilmesi			
15. Hekim istemine göre boşaltıcı lavman			
16. Makyaj ve ojenin temizlenmesi			
17. Normal banyo/Providoniodinle banyo			
18. Protez, takı ve değerli eşyaların Hasta Eşyalar Teslim Formu ile teslimi			
19. Şu anda menstruasyon var mı?			
20. Diğer (Açıklayınız)			
AMELİYAT GÜNÜ SABAHİ			
1. Protez, takılar, değerli eşyaların Hasta Eşyalar Teslim Formu ile teslim alınması			
2. Takma dişlerinin çıkarılması			
3. İşitme cihazının çıkarılması veya bırakıldığında ameliyathane hemşiresine haber verilmesi			
4. Ameliyat bölgesinin kontrol edilmesi			
5. Hastaya ait bilgilerin kontrol edilmesi			
6. Aç olup olmadığının kontrol edilmesi			
7. Mesanenin boşaltılması			

8. Tüm çamaşırların çıkarıldığından emin olunması			
9. Ameliyat gömleği ve kepi giydirilmesi			
10. Hekim istemine göre IV. mayı takılması			
11. Hekim istemine göre premedikasyon yapılması			
12. Ameliyatta kullanılacak malzeme ve ilaçların kontrol edilmesi			
13. Hasta dosyası, filmleri, ve ilaçları ile ameliyathaneye teslim			
14. Hastanın güvenli olarak sandalyeye veya sedyeye alınması ve kenarlıkların kaldırılması			
15. Yaşam bulgularının kontrol edilmesi			
16. Hastanın ameliyathaneye güvenli bir şekilde teslim edilmesinin sağlanması			
17. Hastaya hazırlığının her aşamasında psikolojik destek sağlanması			
18. Diğer			
AMELİYAT YATAĞI HAZIRLANMASI			
1. Hastanın yatak takımlarının kontrol edilmesi, odanın havalandırılması			
2. Oda ve banyo temizliğinin sağlanması			
3. Ameliyat bölgesine uygun ara çarşafın hazırlanması			
4. Acil arabası/tepsisi hazırlanması			
5. O ₂ manometresi ve kantülün kontrol edilmesi			
6. İdrar askısı, mayi askısı ve böbrek küvetin temini			
7. İdrar şişesi, sürgü, ördek v.s. hasta tuvaletine hazırlanması			
AMELİYAT SONRASI (ERKEN DÖNEM)			
1. Ameliyatın özelliğine ve kateterine uygun şekilde yatağına alınması			
2. Solunum yollarının açıklığının sağlanması			
3. Durumuna uygun pozisyon verilmesi			
4. IV: yolun kontrol edilmesi			
5. Yaşam bulgularının ilk 2 saatte 15 dakikada bir, sonraki altı saatte saatte bir alınarak hemşire gözlem formuna kaydedilmesi			
6. Hastanın giydirilmesi ve ısıtılması			
7. Kateterlerinin kontrol edilerek seviyelerinin not edilmesi			
8. Bilinç durumunun kontrol edilmesi, ameliyatı, durumu, nerede olduğu hakkında bilgi verilmesi			
9. Hekim isteminin alınması, isteme uygun analjezik ve antiemetik			
10. İnsizyon bölgesinin kanama kontrolünün yapılması			
11. İnternal kanama belirtilerinin izlenmesi (fliform nabız, hipotansiyon, terleme, CVP ↓...)			
12. Spontan idrarının kontrol edilmesi (İlk 8 saatte yapması)			
13. AÇİT yapılması			
14. Hastanın güvenliğinin sağlanması			
AMELİYAT SONRASI (GEÇ DÖNEM)			
1. Öksürme, solunum ve bacak egzersizleri yaptırılması			
2. Hastanın güvenle ayağa kaldırılması			
3. Barsak hareketlerinin kontrol edilmesi			
4. Tromboemboli belirtilerinin gözlenmesi			
5. Kanama kontrolü eviserasyon belirtilerinin izlenmesi			
6. İnfeksiyon belirtilerinin izlenmesi			
7. Hidrasyonun sağlanması			
8. İsteme ve hastaya uygun beslenmenin kontrolü			

..... HASTANESİ	Hastanın Adı Soyadı :
	Cinsiyeti :
AMELİYATTA SAYIMI YAPILACAK MALZEME FORMU	Dosya/Bilgisayar No :
	Yapılan Ameliyat :
	Tarih :

AMELİYATTA SAYILACAK MALZEME	GAZ KOMPRES	TAMPON	UZUN TAMPON	CERRAHİ ALET	İĞNE	DİĞER
AMELİYATA BAŞLARKEN						
İLAVE MALZEME						
DOLAŞAN (SİRKÜLE) HEMŞİRE						
STERİL (SCRAP) HEMŞİRE						
BİRİNCİ SAYIM						
İKİNCİ SAYIM						
AMELİYAT SONU TOPLAM						

TAMAMDIR
Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi
Adı, Soyadı, İmzası

TAMAMDIR
Hekim
Adı, Soyadı, İmza

..... HASTANESİ

HASTA TABURCU VE EĞİTİM FORMU

Hastanın	
Adı Soyadı	:
Dosya/Bilgisayar No	:
Bölümü	:
Oda No	:
Tanı/Teşhis	:

Hastanın Mevcut Yaşam Koşulları	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor
	<input type="checkbox"/> Eşi ile yaşıyor
	<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)
Evde Bakımına Yardımcı Kimse Var Mı?	<input type="checkbox"/> Hayır
	<input type="checkbox"/> Evet Evet ise kim?
Hastalığı ve Tedavisi Hakkında Bilgisi	<input type="checkbox"/> Var
	<input type="checkbox"/> Yok
Hastanın Taburculuktan Sonra Gideceği Yer	
Hasta/Yakınma Taburcu Olacağıın Bildirilmesi	Tarih/ Saat Hemşire /İmza

- ◇ Hastanın hazırlanmasına yardım edilmesi
 ◇ Varsa eşyasının teslimi
 ◇ Gerekirse dolaşım bozukluğu belirtilerinin öğretilmesi. Bu belirtiler görülürse hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi
 ◇ Gerekli ise hastanede yaptırılan egzersizlere evde de devam etmesinin söylenmesi
 ◇ Enfeksiyon belirtilerinin öğretilmesi. Bu belirtilerin görülmesi halinde hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi

TEDAVİ

İLAC

SAATİ

OLABİLECEK YAN ETKİLER

DİYET

KISITLAMALAR

BANYO YAPMA :
 MERDİVEN ÇIKMA :
 ARABA KULLANMA :
 CİNSEL YAŞAMA :
 DİĞER :

KONTROL :

YARA BAKIMI :

YARDIMCI ARAÇ GEREÇLER :

ÖZEL UYARILAR :

TABURCU ÖZETİ :

HEMŞİRENİN
 ADI, SOYADI

İMZASI: