|  |
| --- |
| **C:\Users\Geçmiş\Desktop\logo.jpg**  **T.C.** |
| **KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ** |
| **KAHRAMANMARAŞ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ** |

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

**(HELİTAM)**

**HEMŞİRELİK UYGULAMALARI**

**DEĞERLENDİRME DOSYASI**

**ÖĞRENCİ:**

**ADI-SOYADI: DANIŞMAN**

**NO : ÖĞRETİM ELEMANI**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**KAHRAMANMARAŞ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİKTE LİSANS TAMAMLAMA PROGRAMI 2018-2019 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI HEMŞİRELİK UYGULAMA REHBERİ**

**1. HEMŞİRELİK UYGULAMASININ SÜRESİ:**

Hemşirelik uygulamasının süresi (Stajın başlangıç ve bitiş tarihleri, KSÜ Eğitim Öğretim Sınav ve Staj Yönergesinde belirtilen akademik takvim dahilinde **4 hafta (21 iş günü)**dür. Uygulama final ve bütünleme sınavlarından önce tamamlanmalıdır.

**2. ÖĞRENCİLERÎN GÖREVLENDİRİLECEĞİ BİRİMLER:**

3. sınıflar “Hemşirelik Uygulaması I” dersinin kapsamında (öncelikli olarak dahiliye ve cerrahi kliniklerinde) olacak şekilde (10 iş günü dahiliye, 11 iş günü cerrahi klinikleri) görevlendirilmeleri gerekmektedir.Poliklinik, doğum salonu, KETEM, EKG, Kan Bankası ve çocuk servisleri vb. yerlerde yapılan uygulamalar geçersiz sayılacaktır.

“Hemşirelik uygulaması II” dersinin kapsamında (Kadın doğum ve doğumhane (6 iş günü, Aile sağlığı merkezi/Toplum sağlığı merkezi 5 iş günü), çocuk (5 iş günü) ve psikiyatri klinikleri (5 iş günü)) görevlendirilmeleri gerekmektedir.

**3. DEĞERLENDİRME VE FORMLARIN GERİ GÖNDERİLMESİ:**

Öğrencilerin uygulama çalışmalarının değerlendirilmesinde göndermiş olduğumuz ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU " kullanılmalı ve uygulama yürütücüsü ve kurum yetkili amiri (Başhekim) imzaladıktan Sonra ÖĞRENCİ DEVAM ÇİZELGESİ " ile birlikte en geç **danışmanların belirttiği tarihe kadar**okulumuza gönderilmelidir.

**4. HEMŞİRELİK UYGULAMASINA KATILAN ÖĞRENCİLERİN GÖREV VE SORUMLULUKLARI** :

Hemşirelik uygulamasına katılan öğrencilerin görev ve sorumlulukları KSÜ Sağlık Yüksekokulu Eğitim Öğretim Sınav ve Staj Yönergesinde belirtilmiştir. Uymayan öğrencilerin okulumuza bildirilmesi halinde haklarında gerekli işlemler yapılacaktır.

**KSÜ Sağlık Yüksekokulu Stajda Uyulması Gereken Kurallar:**

\* Uygulama yapan her öğrenci uygulama yaptığı kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uymak ve kullandığı mekan, araç ve gereçleri özenle kullanmakla yükümlüdür.

\*Staj süresince staj yapılan kurumda uygulanmakta olan mesai saatlerine titizlikle uyar. Giriş ve çıkışlarda staj devam çizelgesini imzalar.

\*Staj yerlerinden habersiz ayrılamazlar. Çok zorunlu durumlarda uygun görülürse staj yürütücüsünden kısa süreler için izin alabilirler. Ancak bu izinler devamsızlık hakkından düşülür.

\*Staj süresince hazırlanan staj programına eksiksiz uyarlar. Çeşitli nedenlerle uygulamalarını eksik yapan öğrenciler, kendileri için hazırlanan telafi programına katılırlar.

\* Staj yerlerinde yapmış oldukları çalışmaları rapor haline dönüştürerek kendilerine bildirilen süre içerisinde stajdan sorumlu öğretim elemanlarına veya staj koordinatörlerine teslim ederler.

\* Öğrenciler kurumlarda çalışan diğer personelle iletişim kurarlar. Personel ile ilişkilerinde ölçülü ve dikkatli davranırlar.

\*Öğrenciler her tür araç ve gerecin dikkatli kullanılmasına azami özen gösterirler.

\* Öğrenciler uygulama yerini değiştiremezler.

**5. İLETİŞİM ADRESİ**

|  |
| --- |
| ADRES :  KSÜ. Kahramanmaraş Sağlık Bilimleri Fakültesi İsmet Paşa Mah. Bahçelievler Yerleşkesi 46100 Kahramanmaraş  Tel: 0 344 3002601  e-mail: [sagyuk@ksu.edu.tr](mailto:sagyuk@ksu.edu.tr) |
|  |

**KURUM TANITIM FORMU**

**………………………………………………………………………HASTANESİ**

**KURULUŞ YILI:**

**KURULUŞ AMACI:**

**YATAK SAYISI:**

**AYLIK ORTALAMA YATAN HASTA SAYISI:**

**PERSONEL SAYISI: Doktor: Hemşire: Ebe: Radyolog:**

**Laborant: Eczacı: Diyetisyen: Teknisyen:**

**Kadrolu yardımcı personel:**

**SATINALINAN HİZMETLER:Temizlik Elemanı Sayısı:**

**Güvenlik Elemanı Sayısı:**

**Diğer:…………………………**

**YATAKLI SERVİSLER:**

**HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRÜ/BAŞHEMŞİRE:………………………………………**

**EĞİTİM HEMŞİRESİ :…………………………………………………………..**

**İLETİŞİM BİLGİLERİ**

**ADRES :**

**TELEFON:**

**FAKS :**

**WEB ADRESİ:**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzası

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA**

GÜNLÜK HEMŞİRELİK RAPOR FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Tarih:

Öğrenci No :

Çalıştığı Kliniği :

|  |  |
| --- | --- |
| SAAT | HEMŞİRELİK RAPORU |
|  |  |

Öğrenci İmzası Servis Sorumlusunun İmzas

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ İŞLEM DEĞERLENDİRME LİSTESİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1.GÜN | | | 2.GÜN | | | 3.GÜN | | | 4.GÜN | | | 5.GÜN | | |
| 1. **Hastanın Servise Kabulü** | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU |
| Güvenli çevre sağlama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yatak yapma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mobilize edilmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yatak içi pozisyon verme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aktif-pasif egzersiz yaptırma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hastanın taşınması |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Bireysel Hijyeni Karşılama** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El - yüz bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ağız – göz bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Saç – ayak bakımı – silme banyo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dekübütüs bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Masaj yapma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Perine bakımı (3 bakım) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Aseptik Kurallara Uyma** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tıbbi el yıkama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Steril eldiven giyme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pens kullanımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yara bakımı ve pansuman (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Yaşam Bulguları İzleme** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vücut ısısı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nabız – Solunum |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kan basıncı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Sıcak Uygulama Yapabilme** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lokal sıcak uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oturma ve daldırma banyosu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Işık uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Soğuk Uygulama** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GZ: Gözlem YU: Yardımla Uygulama BU: Bağımsız Uygulama | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOT:UYGULAMALAR GÜNLÜK TOPLAM SAYI İLE İFADE EDİLECEKTİR** | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1.GÜN | | | 2.GÜN | | | 3.GÜN | | | 4.GÜN | | | 5.GÜN | | |
| **7-İlaç Uygulama** | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU |
| Oral ilaç uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IM ilaç uygulama (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IV ilaç uygulama (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SC ilaç uygulama (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kan ve kan ürünleri transfüzyonu başlatma ve |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8-Lokal ilaç Uygulamaları** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Solunum yoluyla |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Deri-Kulak-Burun-Göz-Rektum-Vajina |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9-Temel Fizyolojik İnsan** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gereksinimlerin karşılanması |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Solunum Gereksinimi (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Derin solunum ve öksürme egzersizleri |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Postural drenaj |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oksijen uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Solunum sıkıntısı belirtilerini gözlemleme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Buhar verme - Aspirasyon |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trakeostomy bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Beslenme Gereksinimi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kendi yiyemeyen hastanın beslenmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enteral tüple beslenme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TPN uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Laksatifilça ve lağman |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rekal tüp uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kolostomi bakımı irrigasyonu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Üriner Boşaltım |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aldığı – çıkardığı takibi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Steril idrar örneği alma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 saatlik idrar örneği alma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Katater takma ve bakımı (3 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Uyku gereksinimi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hastanın uyku düzenini sağlama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ağrı ile baş etmede farmokolojik olmayan yöntemler kullanma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GZ: Gözlem YU: Yardımla Uygulama BU: Bağımsız Uygulama**NOT:UYGULAMALAR GÜNLÜK TOPLAM SAYI İLE İFADE EDİLECEKTİR** | | | | | | | | | | | | | | | |

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ İŞLEM DEĞERLENDİRME LİSTESİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1.GÜN | | | 2.GÜN | | | 3.GÜN | | | 4.GÜN | | | 5.GÜN | | |
| 1. **Hastanın Servise Kabulü** | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU |
| Güvenli çevre sağlama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yatak yapma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mobilize edilmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yatak içi pozisyon verme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aktif-pasif egzersiz yaptırma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hastanın taşınması |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Bireysel Hijyeni Karşılama** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El - yüz bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ağız – göz bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Saç – ayak bakımı – silme banyo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dekübütüs bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Masaj yapma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Perine bakımı (3 bakım) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Aseptik Kurallara Uyma** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tıbbi el yıkama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Steril eldiven giyme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pens kullanımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yara bakımı ve pansuman (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Yaşam Bulguları İzleme** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vücut ısısı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nabız – Solunum |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kan basıncı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Sıcak Uygulama Yapabilme** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lokal sıcak uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oturma ve daldırma banyosu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Işık uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Soğuk Uygulama** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GZ: Gözlem YU: Yardımla Uygulama BU: Bağımsız Uygulama | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOT:UYGULAMALAR GÜNLÜK TOPLAM SAYI İLE İFADE EDİLECEKTİR** | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1.GÜN | | | 2.GÜN | | | 3.GÜN | | | 4.GÜN | | | 5.GÜN | | |
| **7-İlaç Uygulama** | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU |
| Oral ilaç uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IM ilaç uygulama (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IV ilaç uygulama (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SC ilaç uygulama (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kan ve kan ürünleri transfüzyonu başlatma ve |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8-Lokal ilaç Uygulamaları** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Solunum yoluyla |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Deri-Kulak-Burun-Göz-Rektum-Vajina |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9-Temel Fizyolojik İnsan** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gereksinimlerin karşılanması |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Solunum Gereksinimi (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Derin solunum ve öksürme egzersizleri |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Postural drenaj |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oksijen uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Solunum sıkıntısı belirtilerini gözlemleme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Buhar verme - Aspirasyon |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trakeostomy bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Beslenme Gereksinimi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kendi yiyemeyen hastanın beslenmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enteral tüple beslenme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TPN uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Laksatifilça ve lağman |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rekal tüp uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kolostomi bakımı irrigasyonu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Üriner Boşaltım |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aldığı – çıkardığı takibi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Steril idrar örneği alma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 saatlik idrar örneği alma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Katater takma ve bakımı (3 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Uyku gereksinimi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hastanın uyku düzenini sağlama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ağrı ile baş etmede farmokolojik olmayan yöntemler kullanma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GZ: Gözlem YU: Yardımla Uygulama BU: Bağımsız Uygulama**NOT:UYGULAMALAR GÜNLÜK TOPLAM SAYI İLE İFADE EDİLECEKTİR** | | | | | | | | | | | | | | | |

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ İŞLEM DEĞERLENDİRME LİSTESİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1.GÜN | | | 2.GÜN | | | 3.GÜN | | | 4.GÜN | | | 5.GÜN | | |
| 1. **Hastanın Servise Kabulü** | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU |
| Güvenli çevre sağlama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yatak yapma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mobilize edilmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yatak içi pozisyon verme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aktif-pasif egzersiz yaptırma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hastanın taşınması |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Bireysel Hijyeni Karşılama** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El - yüz bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ağız – göz bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Saç – ayak bakımı – silme banyo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dekübütüs bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Masaj yapma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Perine bakımı (3 bakım) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Aseptik Kurallara Uyma** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tıbbi el yıkama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Steril eldiven giyme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pens kullanımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yara bakımı ve pansuman (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Yaşam Bulguları İzleme** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vücut ısısı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nabız – Solunum |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kan basıncı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Sıcak Uygulama Yapabilme** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lokal sıcak uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oturma ve daldırma banyosu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Işık uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Soğuk Uygulama** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GZ: Gözlem YU: Yardımla Uygulama BU: Bağımsız Uygulama | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOT:UYGULAMALAR GÜNLÜK TOPLAM SAYI İLE İFADE EDİLECEKTİR** | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1.GÜN | | | 2.GÜN | | | 3.GÜN | | | 4.GÜN | | | 5.GÜN | | |
| **7-İlaç Uygulama** | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU |
| Oral ilaç uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IM ilaç uygulama (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IV ilaç uygulama (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SC ilaç uygulama (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kan ve kan ürünleri transfüzyonu başlatma ve |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8-Lokal ilaç Uygulamaları** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Solunum yoluyla |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Deri-Kulak-Burun-Göz-Rektum-Vajina |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9-Temel Fizyolojik İnsan** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gereksinimlerin karşılanması |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Solunum Gereksinimi (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Derin solunum ve öksürme egzersizleri |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Postural drenaj |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oksijen uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Solunum sıkıntısı belirtilerini gözlemleme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Buhar verme - Aspirasyon |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trakeostomy bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Beslenme Gereksinimi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kendi yiyemeyen hastanın beslenmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enteral tüple beslenme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TPN uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Laksatifilça ve lağman |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rekal tüp uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kolostomi bakımı irrigasyonu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Üriner Boşaltım |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aldığı – çıkardığı takibi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Steril idrar örneği alma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 saatlik idrar örneği alma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Katater takma ve bakımı (3 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Uyku gereksinimi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hastanın uyku düzenini sağlama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ağrı ile baş etmede farmokolojik olmayan yöntemler kullanma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GZ: Gözlem YU: Yardımla Uygulama BU: Bağımsız Uygulama**NOT:UYGULAMALAR GÜNLÜK TOPLAM SAYI İLE İFADE EDİLECEKTİR** | | | | | | | | | | | | | | | |

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ İŞLEM DEĞERLENDİRME LİSTESİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1.GÜN | | | 2.GÜN | | | 3.GÜN | | | 4.GÜN | | | 5.GÜN | | |
| 1. **Hastanın Servise Kabulü** | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU |
| Güvenli çevre sağlama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yatak yapma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mobilize edilmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yatak içi pozisyon verme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aktif-pasif egzersiz yaptırma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hastanın taşınması |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Bireysel Hijyeni Karşılama** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El - yüz bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ağız – göz bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Saç – ayak bakımı – silme banyo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dekübütüs bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Masaj yapma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Perine bakımı (3 bakım) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Aseptik Kurallara Uyma** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tıbbi el yıkama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Steril eldiven giyme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pens kullanımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yara bakımı ve pansuman (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Yaşam Bulguları İzleme** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vücut ısısı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nabız – Solunum |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kan basıncı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Sıcak Uygulama Yapabilme** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lokal sıcak uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oturma ve daldırma banyosu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Işık uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Soğuk Uygulama** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GZ: Gözlem YU: Yardımla Uygulama BU: Bağımsız Uygulama | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOT:UYGULAMALAR GÜNLÜK TOPLAM SAYI İLE İFADE EDİLECEKTİR** | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1.GÜN | | | 2.GÜN | | | 3.GÜN | | | 4.GÜN | | | 5.GÜN | | |
| **7-İlaç Uygulama** | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU | GZ | YU | BU |
| Oral ilaç uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IM ilaç uygulama (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IV ilaç uygulama (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SC ilaç uygulama (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kan ve kan ürünleri transfüzyonu başlatma ve |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8-Lokal ilaç Uygulamaları** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Solunum yoluyla |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Deri-Kulak-Burun-Göz-Rektum-Vajina |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9-Temel Fizyolojik İnsan** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gereksinimlerin karşılanması |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Solunum Gereksinimi (5 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Derin solunum ve öksürme egzersizleri |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Postural drenaj |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oksijen uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Solunum sıkıntısı belirtilerini gözlemleme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Buhar verme - Aspirasyon |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trakeostomy bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Beslenme Gereksinimi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kendi yiyemeyen hastanın beslenmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Enteral tüple beslenme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TPN uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Laksatifilça ve lağman |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rekal tüp uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kolostomi bakımı irrigasyonu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Üriner Boşaltım |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aldığı – çıkardığı takibi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Steril idrar örneği alma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 saatlik idrar örneği alma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Katater takma ve bakımı (3 uygulama) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Uyku gereksinimi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hastanın uyku düzenini sağlama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ağrı ile baş etmede farmokolojik olmayan yöntemler kullanma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GZ: Gözlem YU: Yardımla Uygulama BU: Bağımsız Uygulama**NOT:UYGULAMALAR GÜNLÜK TOPLAM SAYI İLE İFADE EDİLECEKTİR** | | | | | | | | | | | | | | | |

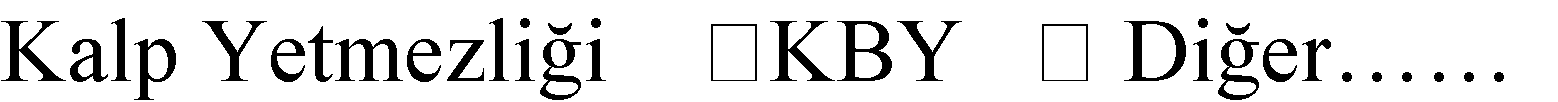
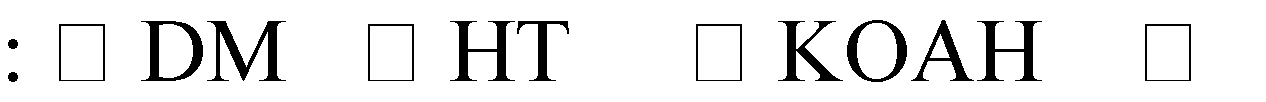
**DAHİLİYE SERVİSİ**

**HASTA BAKIM PLANI**

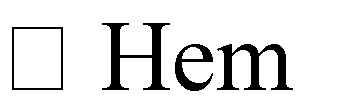
# KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ KAHRAMANMARAŞ SAĞLIK YÜKSEKOKULU

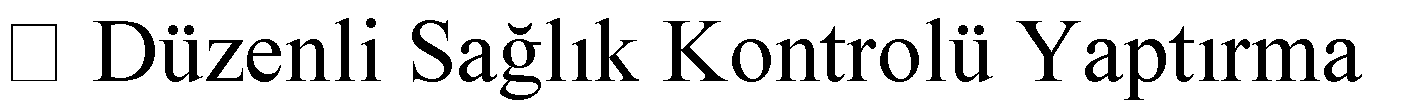
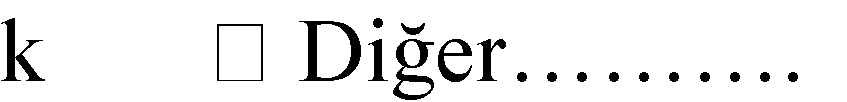
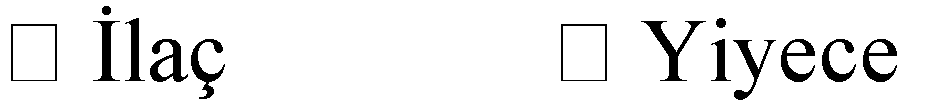
# HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ HASTA TANILAMA FORMU

**Tarih:**



|  |  |
| --- | --- |
| **A. DEMOGRAFİK VERİLER Klinik:** | |
| **Hastanın Adı Soyadı: Hastaneye Kabul Tarihi:** | |
| **Doğum Tarihi: Yaşı: Medeni Hali: Çocuk Sayısı:** | |
| **Eğitim Durumu: Mesleği:** | |
| **Adres:** | |
| **Birinci Dereceden Yakınının** AdıSoyadı: Tel No: YakınlıkDerecesi: Adresi: | |
| **HastaneyeKabulŞekli:** | |
| **Tıbbi Tanısı:** | |
| **B.TIBBİ ANAMNEZİ**  **Hastanın Yakınması:**…………………………………………………......  …………………………………………………………………………….. | |
| **Kronik Hastalıklar** | |
| **Sürekli Kullandığı İlaçlar:**………………………………………………….  ……………………………………………………………………………… | |
| **Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? Nereye?**..............................................  …………………………………………………………………………….... | |
| **Geçirilmiş Hastalık / Operasyon:**………………………………………....  ……………………………………………………………………………..... | |
| **Protezler** | |
| **Alerjisi:** | |
| **Alışkanlıkları** | |
| Düzenli Egzersiz Yapma  Düzenli ve Dengeli Beslenme Stresle Baş edebilme  Olumlu Kişiler Arası İlişkiler Diğer ……………. |  |
| **C. HASTANIN SERVİSE ORYANTASYONU**  YemekSaati şire– | |
| **D.YAŞAM BULGULARI**  **A:**….….0C **N**:….……./dk. Ritmi:............ **S**:…..../dk. **TA**:……………….mmHg. **KanGrubu**:……....  **Daha ÖnceKan** **Reaksiyon** | |

**BilgiAlınanKaynak: Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı: BAKIMPLANINOTU: A+ A B+ B C+ C D E F**



**Değerlendirmeyi Yapan Öğretim elemanı:**

**YAPILAN TETKİKLER-LABORATUAR -TANI YÖNTEMLERİ VE SONUÇLARI**



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HEMATOLOJİ** | | | | | **BİYOKİMYA** | | | |
| Tarih | Tetkik | Sonuç | Normal Değer  Aralığı | Birim | Tetkik | Sonuç | Normal Değer  Aralığı | Birim |
|  | WBC |  | 4.6-10.2 | Bin/mm3 | Glukoz |  | 70-110 | mg/dL |
|  | NEU% |  | 37-80 | % | Ürik Asit |  | 2.6 – 6.0 | mg/dl |
|  | NEU |  | 2-6.9 | K/uL | BUN |  | 7-20 | mg/dL |
|  | LYM% |  | 10-50 | % | Kreatinin |  | 0.6-1.3 | mg/dL |
|  | LYM |  | 0.6-3.4 | K/uL | Kolesterol |  | 0-200 | mg/dL |
|  | MONO% |  | 0-12 | % | HDL |  | 35-60 | mg/dL |
|  | MONO |  | 0-0.9 | K/uL | LDL |  | 35-165 | mg/dl |
|  | EOS% |  | 0-7 | % | Trigliserid |  | 30-150 | mg/dL |
|  | EOS |  | 0-0,7 | K/uL | A. Fosfataz |  | 50-136 | U/L |
|  | BASO% |  | 0-2.5 | % | AST |  | 0-37 | U/L |
|  | BASO |  | 0-0.2 | K/uL | ALT |  | 0-65 | U/L |
|  | RBC |  | 4.04-548 | Milyon/mm3 | LDH |  | 100-190 | U/L |
|  | HGB |  | 12.2-16.2 | g/dl | GGT |  | 5-85 | U/L |
|  | HCT |  | 42-52 (erkek);  36-46 (kadın) | % | T. Protein |  | 6.4-8.2 | g/dL |
|  | MCV |  | 80-97 | fL | Albumin |  | 3.4-5 | g/dL |
|  | MCH |  | 27-31.2 | pg | Total Bil. |  | 0-1.1 | mg/dL |
|  | MCHC |  | 31.8-35.4 | g/dL | Direkt Bil. |  | 0-0.3 | mg/dL |
|  | RDW |  | 11.6-30 | % | İndirekt Bil. |  | 0-0.7 | mg/dL |
|  | PLT |  | 142-424 | K/uL | CK |  | 0-232 | U/L |
|  | MPV |  | 7-11.1 | fL | CKMB |  | 0-20 | U/L |
|  | PCT |  | 0.10-0.41 | - | Kalsiyum |  | 8.5-10.3 | mg/dL |
|  | PDW |  | 10-30 | - | Fosfor |  | 2.5-4.9 | mg/dL |
|  | HbA1c |  | % 4-6 | g/dl | Urik Asit |  | 2.6-7.2 | mg/dL |
|  | CRP |  | 0.00 – 8.20 | mg/L | Sodyum |  | 136-145 | mmol/L |
|  | ASO |  | 0.00 – 200.00 | IU/ml | Potasyum |  | 3.5-5.1 | mmol/L |
| DİĞER |  |  |  |  | Klor |  | 98-107 | mmol/L |
| DİĞER |  |  |  |  | DİĞER |  |  |  |

***Hastaya ait olan verileri yanlarına ↓, N veya ↑ işaretlerini kullanmak suretiyle değerlendiriniz.***



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***İDRAR*** |  | | | | | |
| Tarih | Tetkik | Sonuç | N. Değer | Tetkik | Sonuç | N. Değer |
| DİĞER | Dansite |  | 1010-1020 | Eritrosit |  | 1-2 |
| Glikoz | Negatif | Lökosit | 1-2 |
| Albumin | Negatif | Epitel | 3-4 |
| Mikro. O. Üreme | Negatif | pH | 5-7 |
| Renk | Kehribar | Protein | Negatif |

***TEDAVİSİ***



**......../……../ 20…**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hastanızın Tedavisinde Kullanılan İlaçlar İle ilgili Bilgileri Yazınız** | | | | |
| **İlaç** | **İlacın Grubu** | **Etken Maddesi** | **İstenen Etkisi** | **Yan Etkisi-Ya da Önemli Yönü** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRETANILAMA

1. **Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması**

* Düşme ÖyküsüVar  Yardımla Yürüme  65 Yaş Üzeri  Görme Problemi Ortostatik Hipotansiyon  Hipotansiyon  Hipertansiyon  Sedadif Kullanımı  Kas Zayıflığı/Dengesizliği  Baş Dönmesi/baygınlık Konfüzyon Desoryantasyon Halsizlik IV Kateter Cavafix/santral kateter Kortikosteroid kullanımı  Aspirin/Antikoagülan kullanımı  Yatak kenarlıklarının kullanımı

# İletişim

Yer, Zaman, Kişiye Oryante, Yanıtlar Uygun Ve İletişim Yeterli Laterjik  Konfüze

Disoryante Afazik Konuşma Güçlüğü Ajite Depresif Anksiyete

* İçe Dönük İşitme Sorunu Korku Yalnızlık Stres Stresle Başetme Yöntemleri…………………………………………..

# Solunum

Solunum Hızı:.................Derinliği:.......................Akciğer Sesleri:....................  Dispne Öksürük

Sekresyon Hemoptizi Ortopne Trakeostomi Hıçkırık AralıklıApne

* Diğer…………………

# Beslenme

Boy:………………… Kilo:…………………… BKİ: …………………….. Genel Beslenme Alışkanlıkları:…… …………………………………………………………... Hoşlanmadığı Besinler: ……………………………………***Oral Sıvı Alımı/24h: …………….*** Oral Alımı (sıvıdan katıya R1, R2, R3 (N),Diyet):..............

Oral mukozayı tanılama (0 Normal - 3 çok kötü).................. Diş ve Diş Eti Problemleri

* Ağız Kokusu (holitazis)  Anorexia (yememe) Yutma Güçlüğü (disfaji)  Bulantı Kusma  N/GTüp KiloKaybı TPN Distansiyon(şişkinlik)  Kaşeksi Obesite Hematemez  Gaz Çıkımı

Bağırsaksesleri:........./dk Diğer:…………………………

# Boşaltım

ÖncekiDefekasyonAlışkanlığı:……………EnSonDefekasyonaÇıktığıGün……………. 

Hemoroid Parazit Fekal İnkontinans Ostomi Melena

* Konstipasyon Diyare Diğer………..…

İdrar yapma alışkanlığı 24 saat/ kaç kez:...........Yaklaşık miktarı:…………………… İdrar Rengi:....................  İdrar Retansiyonu  Dizüri  Noktüri Anüri  Oligüri Pollaküri  Poliüri  Hematüri  İdrar İnkontinası Foley Kateter Diyaliz Diğer:………………….

# Kişisel Temizlik veGiyim

Kişisel hijyen ve giyinmede bağımsızlığı............................Vücut ve Giyim Hijyeni …………. Saçlı deri (dökülme vb.):............................................Banyo Yapma Durumu:............................

(Göz, Kulak, Burun, Ağız, Boyun) Akıntı.................Kirlilik…..…….….Kanama......................

* Terkokusu Kuruluk Siyanoz İkterik Fotosensivite
* Ciltte Ülserasyon  Dekibütüs(BasıYarası)  Kaşıntı Kızarıklık
* Deskuamasyon  Extravazasyon Varis  Ödem (+, ++, +++, ++++) Periferal Nabızlar:…………….Kapiller Dolum:................ Bradikardi
* Taşikardi.............................Diğer…………………….…….

# Beden Isısının Kontrolü

* Çevre Isısına uygun Giyim Hipotermi  Hipertermi Soğuğa İntolerans 

Sıcağa İntolerans Terleme Titreme

# Hareket

Kas Gücü ve gelişimi:.............. Deformite Kaslarda Zayıflık Paralizi

* Parapleji  Hemipleji Amputasyon Kırık Kontraktür İmmobilite
* Kullandığı Yardımcı Araçlar Diğer:……………………….…..

# Çalışma veEğlence

Çalışma Durumu…………………………… Gelir Durumu………………..………………….. Boş Zamanlarını Değerlendirme………………. İş Ortamı ve Koşulları…………………. Hobileri……………………………..Diğer……………………………..…………………

# Cinselliği İfadeEtme

Beden İmajı…………………………. Cinsiyete Uygun Giyim………….…………..………… Perineal Hijyen Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu): ……….…….…….…….……….…….……..

# Uyku

Uyku Saatleri:……………………İstirahat Süresi:…………… Uykuya Dalmada Güçlük Uyku İçin Yardımcı Girişimler:………………………..………………………………………..

* Uykuya Eğilim Horlama  Uyku İlacına Bağımlılık Diğer:……...……….

1. **Ölüm** *(Gerekli isedoldurunuz)*

Yaşam ve Ölüm İle İlgili İnançlar:……………………………………………………………...

Şok  İnkar Kızgınlık Pazarlık Depresyon Kabullenme Birey Ve Ailesinin/Yakınlarının/Arkadaşlarının Bilgi Gereksinimleri:……………………...…

Spiritüel Gereksinim:……………………Ailenin Desteklenmesi:………………………..…… Diğer:……………………………………

# Hastanın ve Ailenin Bilgi Gereksinimleri: (Başlıklar Halinde)

- -

- -

- -

- -

# AĞRI TANILAMA FORMU

**Ağrının yeri:……………………………………..**

ÇOK ŞİDDETLİ AĞRI VAR

AĞRI YOK

10

0

Aşağıdaki çizgide “0” noktası hiç ağrının olmadığını göstermektedir. Ağrı şiddeti 0 noktasından 10 noktasına doğru artmaktadır. “10” noktası ise dayanılamayacak şiddetteki ağrıyı göstermektedir.

Lütfen **şu anki ağrı şiddetinizi** aşağıdaki çizgi üzerine koyacağınız bir nokta ile belirtiniz.

**AĞRIDEĞERLENDİRME**

**0-1,4 cm**ağrıyok; **1,5-3,4 cm**hafifağrı; **2,4-5,4 cm** rahatsız ediciağrı;

**5,5-7,4 cm**şiddetliağrı; **7,5-9,4 cm** çokşiddetliağrı**; 9,5-10 cm** dayanılmazağrı.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BASI YARALARI RİSK TANILAMA**  ***(Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğunu düşündüğünüz hastalara uygulayınız)*** | | | | | |
| DUYGUSAL ALGILAMA | Tamamen Sınırlı | 1 | MOBİLİZASYON | Tamamen İmmobil | 1 |
| Çok Sınırlı | 2 | Çok Sınırlı | 2 |
| Hafif Sınırlı | 3 | Biraz Sınırlı | 3 |
| Normal | 4 | Aktif | 4 |
| VÜCUT  TEMİZLİĞİ | Sürekli Islak | 1 | BESLENME | Kaşektik | 1 |
| Çok Sık Islak | 2 | Kısmen Yeterli | 2 |
| Ara-Sıra Islak | 3 | Yeterli | 3 |
| Çok Seyrek Islak | 4 | Çok İyi | 4 |
| AKTİVİTE | Yatağa Bağımlı | 1 | SÜRTÜNME VE ÇİZİLME | Problem Var | |
| Sandalyeye Oturabilir2 | | Problem Olabilir | |
| Ara-Sıra Yürür | 3 | Problem Yok | |
| Sık Sık Yürür | 4 |  | | |
| **\*TOTAL PUAN: Total Puan 16’dan düşük ise hasta risk grubuna alınmalı ve her gün izlenmelidir**. | | | | | |

**HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

**ÖĞRENCİ SIVI İZLEM FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIVI İZLEM FORMU** | | | | | Adı Soyadı : | | |
| **Bölümü :** | | |
| **Oda No :** | | |
| Dakikada Total sıvı miktarı x 20 Saatte D.D.S.x 60  Damla Sayısı = ⎯⎯⎯⎯⎯⎯⎯⎯⎯ Gidecek = ⎯⎯⎯⎯⎯⎯ =D.D.S. x 3  (D.D.S.) 60 dakika x24 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 |  |  |  |  | |  |  |

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

**ÖĞRENCİ ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ** | **Adı Soyadı :** |
| **Bölümü :** |
| **Oda No :** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** |  | | | | | | | | | |
| **SAAT** | ALDIĞI | | | ÇIKARDIĞI | | | | | | |
| DAMAR YOLU | ORAL | NGT | İDRAR | NGT | GÖĞÜS T | DREN | KUSMA | DIŞKI | İMZA |
| 08-16:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16:00-24:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24:00-08 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOPLAM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** |  | | | | | | | | | |
| **SAAT** | ALDIĞI | | | ÇIKARDIĞI | | | | | | |
| DAMAR YOLU | ORAL | NGT | İDRAR | NGT | GÖĞÜS T | DREN | KUSMA | DIŞKI |  |
| 08-16:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16:00-24:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24:00-08 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOPLAM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

**ÖĞRENCİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU**

**Hastanın Adı Soyadı: Yaş:**

**Klinik: Tanı:**

**Oda No: Öğrenci Hemşire Adı Soyadı:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** |  | **YAŞAM BULGULARI** | | | | **TEDAVİ** | | | | |
| **SAAT** |  |  |  |  | **İlacın adı,şekli,dozu, uygulama yolu ve uygulama sıklığı** | **SAATLER** | | | |
| **TA**  **(mmHg)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NABIZ**  **(dk)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **V.ISISI**  **(0C)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOL.**  **(dk)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **O2 SAT.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **AKŞ**  **(mg/dl)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | |

**HASTALIK HAKKINDA BİLGİ**

# Hastanın AdıSoyadı: Klinik: OdaNo:

**HEMŞİRELİK TANILARI : MEVCUT (M), POTANSİYEL (P)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **……../………/………….** | | | **……../………/………….** | | |
| **GYA** | **TANIMLAYICI ÖZELLİKLER**  **(Belirti ve Bulgular)** | **ETYOLOJİ**  **(Sebep)** | **HEMŞİRELİK TANISI** | **TANIMLAYICI ÖZELLİKLER**  **(Belirti ve Bulgular)** | **ETYOLOJİ**  **(Sebep)** | **HEMŞİRELİK TANISI** |
| **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** |  |  |  |  |  |  |

**Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:**

**BAKIM PLANI HAZIRLANIRKEN DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR**

1. Veri toplama aşamasında dikkatli olunmalı hastanın tüm problemlerini kapsayan ayrıntılı veri toplama yapılmalıdır.
2. Veriler toplanırken belirlenen problemlerin tamamına bakım planının “hemşirelik tanıları” bölümünde mutlaka yerverilmelidir.
3. Laboratuvar verilerinin normal olanları da dahil olmak üzere hepsi yazılmalı, değerler analiz edilerek gerekli tanılaroluşturulmalıdır.
4. Hastanın ilaçlarının tümü ayrıntılı olarakincelenmelidir.
5. Hemşirelik tanılarını, NANDA da ifade edilen şekliyle ve mutlaka semptom ve etiyolojisi ile birlikte yazınız.
6. Bakım planlarında ortak bir dil kullanılması gerektiğinden, AMAÇ bölümünde mek-mak eklerini kullanınız.
7. Amacınızı yazarken, genel olarak tanıda belirtilen problemi ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek anlamına gelen basit ve net ifadelerkullanınız.
8. Planlanan hemşirelik girişimleri bölümüne henüz plan aşamasındaki bilgilerinizi yazmanız gerektiğinden ifadeler ecek-acak eki ile bitirilmelidir. Bu bölüm hastaya özel olarak bireyselleştirilmelidir. Kitaplarda yer alan bakım planı örneklerinden faydalanılmalı ancak sadece bakım verdiğiniz hastada var olan gerçek durumlara yönelik çözüm önerilerine yer verilmelidir. Bu bölüm mümkün olduğunca ayrıntılı olarakhazırlanmalıdır.
9. İfadeler somut olmalı öneriler açıkça yazılmalıdır. Örneğin bol sıvı alınması ifadesinde “bol” un ne kadar olduğu açıkça belirtilmelidir. Sık sık ağız bakımı verilecek ifadesinde ne kadar sık olduğu belli değildir. 2x1 denilebilir. Uygun pozisyon verilecek ifadesinde hangi pozisyonun uygun olduğu bilinmemektedir. Diğer bir örnekte “hastaya lifli gıdalar önerilecek” ifadesinde bunların neler olduğu belli değildir. Hastalara yapılacak önerilerde herkesin anlayabileceği ifadelerden yararlanılmalıdır. Örneğin “2000 cc sıvı alımı önerilecek” ifadesinde “cc” herkesçe anlaşılamayabilir. En iyisi bardak hesabı ilebelirtilmesidir.
10. Uygulama basamağında; planlanan uygulama yapılabildi ise +, yapılamadı ise – işareti her madde içinişaretlenmelidir.
11. Değerlendirme basamağında “Tanı ile ilgili son durum nedir? Hastanın son durumunu ortaya koyan objektif veriler nelerdir? Sorularına yanıt verilmelidir.

# HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

**HASTA ADI SOYADI:**

**Klinik: Oda/Yatak No:** ÖĞRENCİ ADISOYADI:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **HEMŞİRELİK TANISI** | | | **PLANLAMA** | | **UYGULAMA (+/-)** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Etyolojik Faktör** *(Sebep)* | **Tanı Adı** | **Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve*  *Bulgular)* | **Amaç** *(-mek, -mak)* | **Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

# HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

**HASTA ADI SOYADI:**

**Klinik: Oda/Yatak No:** ÖĞRENCİ ADISOYADI:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **HEMŞİRELİK TANISI** | | | **PLANLAMA** | | **UYGULAMA (+/-)** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Etyolojik Faktör** *(Sebep)* | **Tanı Adı** | **Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve*  *Bulgular)* | **Amaç** *(-mek, -mak)* | **Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

**HASTA ADI SOYADI:**

**Klinik: Oda/Yatak No:** ÖĞRENCİ ADISOYADI:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **HEMŞİRELİK TANISI** | | | **PLANLAMA** | | **UYGULAMA (+/-)** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Etyolojik Faktör** *(Sebep)* | **Tanı Adı** | **Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve*  *Bulgular)* | **Amaç** *(-mek, -mak)* | **Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

**HASTA ADI SOYADI:**

**Klinik: Oda/Yatak No:** ÖĞRENCİ ADISOYADI:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **HEMŞİRELİK TANISI** | | | **PLANLAMA** | | **UYGULAMA (+/-)** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Etyolojik Faktör** *(Sebep)* | **Tanı Adı** | **Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve*  *Bulgular)* | **Amaç** *(-mek, -mak)* | **Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

**HASTA ADI SOYADI:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **HEMŞİRELİK TANISI** | | | **PLANLAMA** | | **UYGULAMA (+/-)** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Etyolojik Faktör** *(Sebep)* | **Tanı Adı** | **Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve*  *Bulgular)* | **Amaç** *(-mek, -mak)* | **Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Klinik: Oda/Yatak No:** ÖĞRENCİ ADISOYADI:

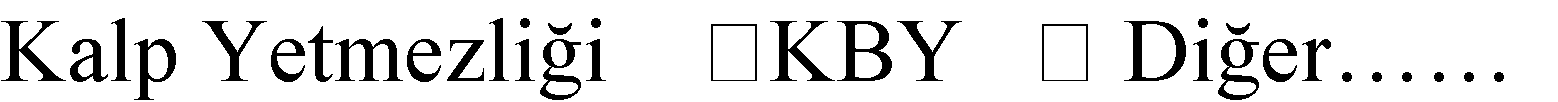
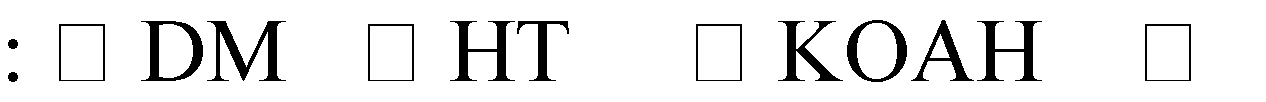
**CERRAHİ SERVİSİ**

**HASTA BAKIM PLANI**

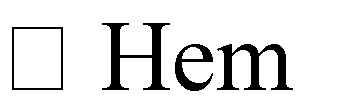
# KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ KAHRAMANMARAŞ SAĞLIK YÜKSEKOKULU

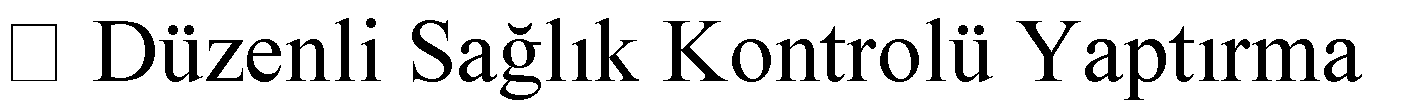
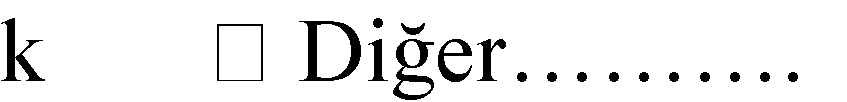
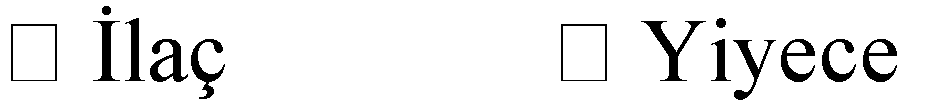
# HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ HASTA TANILAMA FORMU

**Tarih:**



|  |  |
| --- | --- |
| **A. DEMOGRAFİK VERİLER Klinik:** | |
| **Hastanın Adı Soyadı: Hastaneye Kabul Tarihi:** | |
| **Doğum Tarihi: Yaşı: Medeni Hali: Çocuk Sayısı:** | |
| **Eğitim Durumu: Mesleği:** | |
| **Adres:** | |
| **Birinci Dereceden Yakınının** AdıSoyadı: Tel No: YakınlıkDerecesi: Adresi: | |
| **HastaneyeKabulŞekli:** | |
| **Tıbbi Tanısı:** | |
| **B.TIBBİ ANAMNEZİ**  **Hastanın Yakınması:**…………………………………………………......  …………………………………………………………………………….. | |
| **Kronik Hastalıklar** | |
| **Sürekli Kullandığı İlaçlar:**………………………………………………….  ……………………………………………………………………………… | |
| **Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? Nereye?**..............................................  …………………………………………………………………………….... | |
| **Geçirilmiş Hastalık / Operasyon:**………………………………………....  ……………………………………………………………………………..... | |
| **Protezler** | |
| **Alerjisi:** | |
| **Alışkanlıkları** | |
| Düzenli Egzersiz Yapma  Düzenli ve Dengeli Beslenme Stresle Baş edebilme  Olumlu Kişiler Arası İlişkiler Diğer ……………. |  |
| **C. HASTANIN SERVİSE ORYANTASYONU**  YemekSaati şire– | |
| **D.YAŞAM BULGULARI**  **A:**….….0C **N**:….……./dk. Ritmi:............ **S**:…..../dk. **TA**:……………….mmHg. **KanGrubu**:……....  **Daha ÖnceKan** **Reaksiyon** | |

**BilgiAlınanKaynak: Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı: BAKIMPLANINOTU: A+ A B+ B C+ C D E F**



**Değerlendirmeyi Yapan Öğretim elemanı:**

**YAPILAN TETKİKLER-LABORATUAR -TANI YÖNTEMLERİ VE SONUÇLARI**



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HEMATOLOJİ** | | | | | **BİYOKİMYA** | | | |
| Tarih | Tetkik | Sonuç | Normal Değer  Aralığı | Birim | Tetkik | Sonuç | Normal Değer  Aralığı | Birim |
|  | WBC |  | 4.6-10.2 | Bin/mm3 | Glukoz |  | 70-110 | mg/dL |
|  | NEU% |  | 37-80 | % | Ürik Asit |  | 2.6 – 6.0 | mg/dl |
|  | NEU |  | 2-6.9 | K/uL | BUN |  | 7-20 | mg/dL |
|  | LYM% |  | 10-50 | % | Kreatinin |  | 0.6-1.3 | mg/dL |
|  | LYM |  | 0.6-3.4 | K/uL | Kolesterol |  | 0-200 | mg/dL |
|  | MONO% |  | 0-12 | % | HDL |  | 35-60 | mg/dL |
|  | MONO |  | 0-0.9 | K/uL | LDL |  | 35-165 | mg/dl |
|  | EOS% |  | 0-7 | % | Trigliserid |  | 30-150 | mg/dL |
|  | EOS |  | 0-0,7 | K/uL | A. Fosfataz |  | 50-136 | U/L |
|  | BASO% |  | 0-2.5 | % | AST |  | 0-37 | U/L |
|  | BASO |  | 0-0.2 | K/uL | ALT |  | 0-65 | U/L |
|  | RBC |  | 4.04-548 | Milyon/mm3 | LDH |  | 100-190 | U/L |
|  | HGB |  | 12.2-16.2 | g/dl | GGT |  | 5-85 | U/L |
|  | HCT |  | 42-52 (erkek);  36-46 (kadın) | % | T. Protein |  | 6.4-8.2 | g/dL |
|  | MCV |  | 80-97 | fL | Albumin |  | 3.4-5 | g/dL |
|  | MCH |  | 27-31.2 | pg | Total Bil. |  | 0-1.1 | mg/dL |
|  | MCHC |  | 31.8-35.4 | g/dL | Direkt Bil. |  | 0-0.3 | mg/dL |
|  | RDW |  | 11.6-30 | % | İndirekt Bil. |  | 0-0.7 | mg/dL |
|  | PLT |  | 142-424 | K/uL | CK |  | 0-232 | U/L |
|  | MPV |  | 7-11.1 | fL | CKMB |  | 0-20 | U/L |
|  | PCT |  | 0.10-0.41 | - | Kalsiyum |  | 8.5-10.3 | mg/dL |
|  | PDW |  | 10-30 | - | Fosfor |  | 2.5-4.9 | mg/dL |
|  | HbA1c |  | % 4-6 | g/dl | Urik Asit |  | 2.6-7.2 | mg/dL |
|  | CRP |  | 0.00 – 8.20 | mg/L | Sodyum |  | 136-145 | mmol/L |
|  | ASO |  | 0.00 – 200.00 | IU/ml | Potasyum |  | 3.5-5.1 | mmol/L |
| DİĞER |  |  |  |  | Klor |  | 98-107 | mmol/L |
| DİĞER |  |  |  |  | DİĞER |  |  |  |

***Hastaya ait olan verileri yanlarına ↓, N veya ↑ işaretlerini kullanmak suretiyle değerlendiriniz.***



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***İDRAR*** |  | | | | | |
| Tarih | Tetkik | Sonuç | N. Değer | Tetkik | Sonuç | N. Değer |
| DİĞER | Dansite |  | 1010-1020 | Eritrosit |  | 1-2 |
| Glikoz | Negatif | Lökosit | 1-2 |
| Albumin | Negatif | Epitel | 3-4 |
| Mikro. O. Üreme | Negatif | pH | 5-7 |
| Renk | Kehribar | Protein | Negatif |

***TEDAVİSİ***



**......../……../ 20…**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hastanızın Tedavisinde Kullanılan İlaçlar İle ilgili Bilgileri Yazınız** | | | | |
| **İlaç** | **İlacın Grubu** | **Etken Maddesi** | **İstenen Etkisi** | **Yan Etkisi-Ya da Önemli Yönü** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRETANILAMA

1. **Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması**

* Düşme ÖyküsüVar  Yardımla Yürüme  65 Yaş Üzeri  Görme Problemi Ortostatik Hipotansiyon  Hipotansiyon  Hipertansiyon  Sedadif Kullanımı  Kas Zayıflığı/Dengesizliği  Baş Dönmesi/baygınlık Konfüzyon Desoryantasyon Halsizlik IV Kateter Cavafix/santral kateter Kortikosteroid kullanımı  Aspirin/Antikoagülan kullanımı  Yatak kenarlıklarının kullanımı

# 2-İletişim

Yer, Zaman, Kişiye Oryante, Yanıtlar Uygun Ve İletişim Yeterli Laterjik  Konfüze

Disoryante Afazik Konuşma Güçlüğü Ajite Depresif Anksiyete

* İçe Dönük İşitme Sorunu Korku Yalnızlık Stres Stresle Başetme Yöntemleri…………………………………………..

# 3-Solunum

Solunum Hızı:.................Derinliği:.......................Akciğer Sesleri:....................  Dispne Öksürük

Sekresyon Hemoptizi Ortopne Trakeostomi Hıçkırık AralıklıApne

* Diğer…………………

# 4-Beslenme

Boy:………………… Kilo:…………………… BKİ: …………………….. Genel Beslenme Alışkanlıkları:…… …………………………………………………………... Hoşlanmadığı Besinler: ……………………………………***Oral Sıvı Alımı/24h: …………….*** Oral Alımı (sıvıdan katıya R1, R2, R3 (N),Diyet):..............

Oral mukozayı tanılama (0 Normal - 3 çok kötü).................. Diş ve Diş Eti Problemleri

* Ağız Kokusu (holitazis)  Anorexia (yememe) Yutma Güçlüğü (disfaji)  Bulantı Kusma  N/GTüp KiloKaybı TPN Distansiyon(şişkinlik)  Kaşeksi Obesite Hematemez  Gaz Çıkımı

Bağırsaksesleri:........./dk Diğer:…………………………

# 5-Boşaltım

ÖncekiDefekasyonAlışkanlığı:……………EnSonDefekasyonaÇıktığıGün……………. 

Hemoroid Parazit Fekal İnkontinans Ostomi Melena

* Konstipasyon Diyare Diğer………..…

İdrar yapma alışkanlığı 24 saat/ kaç kez:...........Yaklaşık miktarı:…………………… İdrar Rengi:....................  İdrar Retansiyonu  Dizüri  Noktüri Anüri  Oligüri Pollaküri  Poliüri  Hematüri  İdrar İnkontinası Foley Kateter Diyaliz Diğer:………………….

# 6-Kişisel Temizlik veGiyim

Kişisel hijyen ve giyinmede bağımsızlığı............................Vücut ve Giyim Hijyeni …………. Saçlı deri (dökülme vb.):............................................Banyo Yapma Durumu:............................

(Göz, Kulak, Burun, Ağız, Boyun) Akıntı.................Kirlilik…..…….….Kanama......................

* Terkokusu Kuruluk Siyanoz İkterik Fotosensivite
* Ciltte Ülserasyon  Dekibütüs(BasıYarası)  Kaşıntı Kızarıklık
* Deskuamasyon  Extravazasyon Varis  Ödem (+, ++, +++, ++++) Periferal Nabızlar:…………….Kapiller Dolum:................ Bradikardi
* Taşikardi.............................Diğer…………………….…….

# 7-Beden Isısının Kontrolü

* Çevre Isısına uygun Giyim Hipotermi  Hipertermi Soğuğa İntolerans 

Sıcağa İntolerans Terleme Titreme

# 8-Hareket

Kas Gücü ve gelişimi:.............. Deformite Kaslarda Zayıflık Paralizi

* Parapleji  Hemipleji Amputasyon Kırık Kontraktür İmmobilite
* Kullandığı Yardımcı Araçlar Diğer:……………………….…..

# 9-Çalışma veEğlence

Çalışma Durumu…………………………… Gelir Durumu………………..………………….. Boş Zamanlarını Değerlendirme………………. İş Ortamı ve Koşulları…………………. Hobileri……………………………..Diğer……………………………..…………………

# 10-Cinselliği İfadeEtme

Beden İmajı…………………………. Cinsiyete Uygun Giyim………….…………..………… Perineal Hijyen Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu): ……….…….…….…….……….…….……..

# 11-Uyku

Uyku Saatleri:……………………İstirahat Süresi:…………… Uykuya Dalmada Güçlük Uyku İçin Yardımcı Girişimler:………………………..………………………………………..

* Uykuya Eğilim Horlama  Uyku İlacına Bağımlılık Diğer:……...……….

**12-Ölüm** *(Gerekli isedoldurunuz)*

Yaşam ve Ölüm İle İlgili İnançlar:……………………………………………………………...

Şok  İnkar Kızgınlık Pazarlık Depresyon Kabullenme Birey Ve Ailesinin/Yakınlarının/Arkadaşlarının Bilgi Gereksinimleri:……………………...…

Spiritüel Gereksinim:……………………Ailenin Desteklenmesi:………………………..…… Diğer:……………………………………

# Hastanın ve Ailenin Bilgi Gereksinimleri: (Başlıklar Halinde)

- -

- -

- -

- -

# AĞRI TANILAMA FORMU

**Ağrının yeri:……………………………………..**

ÇOK ŞİDDETLİ AĞRI VAR

AĞRI YOK

10

0

Aşağıdaki çizgide “0” noktası hiç ağrının olmadığını göstermektedir. Ağrı şiddeti 0 noktasından 10 noktasına doğru artmaktadır. “10” noktası ise dayanılamayacak şiddetteki ağrıyı göstermektedir.

Lütfen **şu anki ağrı şiddetinizi** aşağıdaki çizgi üzerine koyacağınız bir nokta ile belirtiniz.

**AĞRIDEĞERLENDİRME**

**0-1,4 cm**ağrıyok; **1,5-3,4 cm**hafifağrı; **2,4-5,4 cm** rahatsız ediciağrı;

**5,5-7,4 cm**şiddetliağrı; **7,5-9,4 cm** çokşiddetliağrı**; 9,5-10 cm** dayanılmazağrı.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BASI YARALARI RİSK TANILAMA**  ***(Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğunu düşündüğünüz hastalara uygulayınız)*** | | | | | |
| DUYGUSAL ALGILAMA | Tamamen Sınırlı | 1 | MOBİLİZASYON | Tamamen İmmobil | 1 |
| Çok Sınırlı | 2 | Çok Sınırlı | 2 |
| Hafif Sınırlı | 3 | Biraz Sınırlı | 3 |
| Normal | 4 | Aktif | 4 |
| VÜCUT  TEMİZLİĞİ | Sürekli Islak | 1 | BESLENME | Kaşektik | 1 |
| Çok Sık Islak | 2 | Kısmen Yeterli | 2 |
| Ara-Sıra Islak | 3 | Yeterli | 3 |
| Çok Seyrek Islak | 4 | Çok İyi | 4 |
| AKTİVİTE | Yatağa Bağımlı | 1 | SÜRTÜNME VE ÇİZİLME | Problem Var | |
| Sandalyeye Oturabilir2 | | Problem Olabilir | |
| Ara-Sıra Yürür | 3 | Problem Yok | |
| Sık Sık Yürür | 4 |  | | |
| **\*TOTAL PUAN: Total Puan 16’dan düşük ise hasta risk grubuna alınmalı ve her gün izlenmelidir**. | | | | | |

**HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

**ÖĞRENCİ SIVI İZLEM FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIVI İZLEM FORMU** | | | | | Adı Soyadı : | | |
| **Bölümü :** | | |
| **Oda No :** | | |
| Dakikada Total sıvı miktarı x 20 Saatte D.D.S.x 60  Damla Sayısı = ⎯⎯⎯⎯⎯⎯⎯⎯⎯ Gidecek = ⎯⎯⎯⎯⎯⎯ =D.D.S. x 3  (D.D.S.) 60 dakika x24 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 |  |  |  |  | |  |  |

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

**ÖĞRENCİ ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ** | **Adı Soyadı :** |
| **Bölümü :** |
| **Oda No :** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** |  | | | | | | | | | |
| **SAAT** | ALDIĞI | | | ÇIKARDIĞI | | | | | | |
| DAMAR YOLU | ORAL | NGT | İDRAR | NGT | GÖĞÜS T | DREN | KUSMA | DIŞKI | İMZA |
| 08-16:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16:00-24:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24:00-08 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOPLAM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** |  | | | | | | | | | |
| **SAAT** | ALDIĞI | | | ÇIKARDIĞI | | | | | | |
| DAMAR YOLU | ORAL | NGT | İDRAR | NGT | GÖĞÜS T | DREN | KUSMA | DIŞKI |  |
| 08-16:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16:00-24:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24:00-08 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOPLAM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

**ÖĞRENCİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU**

**Hastanın Adı Soyadı: Yaş:**

**Klinik: Tanı:**

**Oda No: Öğrenci Hemşire Adı Soyadı:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** |  | **YAŞAM BULGULARI** | | | | **TEDAVİ** | | | | |
| **SAAT** |  |  |  |  | **İlacın adı,şekli,dozu, uygulama yolu ve uygulama sıklığı** | **SAATLER** | | | |
| **TA**  **(mmHg)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NABIZ**  **(dk)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **V.ISISI**  **(0C)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOL.**  **(dk)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **O2 SAT.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **AKŞ**  **(mg/dl)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | |

**HASTALIK HAKKINDA BİLGİ**

# Hastanın AdıSoyadı: Klinik: OdaNo:

**HEMŞİRELİK TANILARI : MEVCUT (M), POTANSİYEL (P)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **……../………/………….** | | | **……../………/………….** | | |
| **GYA** | **TANIMLAYICI ÖZELLİKLER**  **(Belirti ve Bulgular)** | **ETYOLOJİ**  **(Sebep)** | **HEMŞİRELİK TANISI** | **TANIMLAYICI ÖZELLİKLER**  **(Belirti ve Bulgular)** | **ETYOLOJİ**  **(Sebep)** | **HEMŞİRELİK TANISI** |
| **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** |  |  |  |  |  |  |

**Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:**

**BAKIM PLANI HAZIRLANIRKEN DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR**

1. Veri toplama aşamasında dikkatli olunmalı hastanın tüm problemlerini kapsayan ayrıntılı veri toplama yapılmalıdır.
2. Veriler toplanırken belirlenen problemlerin tamamına bakım planının “hemşirelik tanıları” bölümünde mutlaka yerverilmelidir.
3. Laboratuvar verilerinin normal olanları da dahil olmak üzere hepsi yazılmalı, değerler analiz edilerek gerekli tanılaroluşturulmalıdır.
4. Hastanın ilaçlarının tümü ayrıntılı olarakincelenmelidir.
5. Hemşirelik tanılarını, NANDA da ifade edilen şekliyle ve mutlaka semptom ve etiyolojisi ile birlikte yazınız.
6. Bakım planlarında ortak bir dil kullanılması gerektiğinden, AMAÇ bölümünde mek-mak eklerini kullanınız.
7. Amacınızı yazarken, genel olarak tanıda belirtilen problemi ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek anlamına gelen basit ve net ifadelerkullanınız.
8. Planlanan hemşirelik girişimleri bölümüne henüz plan aşamasındaki bilgilerinizi yazmanız gerektiğinden ifadeler ecek-acak eki ile bitirilmelidir. Bu bölüm hastaya özel olarak bireyselleştirilmelidir. Kitaplarda yer alan bakım planı örneklerinden faydalanılmalı ancak sadece bakım verdiğiniz hastada var olan gerçek durumlara yönelik çözüm önerilerine yer verilmelidir. Bu bölüm mümkün olduğunca ayrıntılı olarakhazırlanmalıdır.
9. İfadeler somut olmalı öneriler açıkça yazılmalıdır. Örneğin bol sıvı alınması ifadesinde “bol” un ne kadar olduğu açıkça belirtilmelidir. Sık sık ağız bakımı verilecek ifadesinde ne kadar sık olduğu belli değildir. 2x1 denilebilir. Uygun pozisyon verilecek ifadesinde hangi pozisyonun uygun olduğu bilinmemektedir. Diğer bir örnekte “hastaya lifli gıdalar önerilecek” ifadesinde bunların neler olduğu belli değildir. Hastalara yapılacak önerilerde herkesin anlayabileceği ifadelerden yararlanılmalıdır. Örneğin “2000 cc sıvı alımı önerilecek” ifadesinde “cc” herkesçe anlaşılamayabilir. En iyisi bardak hesabı ilebelirtilmesidir.
10. Uygulama basamağında; planlanan uygulama yapılabildi ise +, yapılamadı ise – işareti her madde içinişaretlenmelidir.
11. Değerlendirme basamağında “Tanı ile ilgili son durum nedir? Hastanın son durumunu ortaya koyan objektif veriler nelerdir? Sorularına yanıt verilmelidir.

# HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

**HASTA ADI SOYADI:**

**Klinik: Oda/Yatak No:** ÖĞRENCİ ADISOYADI:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **HEMŞİRELİK TANISI** | | | **PLANLAMA** | | **UYGULAMA (+/-)** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Etyolojik Faktör** *(Sebep)* | **Tanı Adı** | **Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve*  *Bulgular)* | **Amaç** *(-mek, -mak)* | **Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

# HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

**HASTA ADI SOYADI:**

**Klinik: Oda/Yatak No:** ÖĞRENCİ ADISOYADI:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **HEMŞİRELİK TANISI** | | | **PLANLAMA** | | **UYGULAMA (+/-)** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Etyolojik Faktör** *(Sebep)* | **Tanı Adı** | **Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve*  *Bulgular)* | **Amaç** *(-mek, -mak)* | **Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

**HASTA ADI SOYADI:**

**Klinik: Oda/Yatak No:** ÖĞRENCİ ADISOYADI:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **HEMŞİRELİK TANISI** | | | **PLANLAMA** | | **UYGULAMA (+/-)** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Etyolojik Faktör** *(Sebep)* | **Tanı Adı** | **Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve*  *Bulgular)* | **Amaç** *(-mek, -mak)* | **Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

**HASTA ADI SOYADI:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **HEMŞİRELİK TANISI** | | | **PLANLAMA** | | **UYGULAMA (+/-)** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Etyolojik Faktör** *(Sebep)* | **Tanı Adı** | **Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve*  *Bulgular)* | **Amaç** *(-mek, -mak)* | **Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Klinik: Oda/Yatak No:** ÖĞRENCİ ADISOYADI:

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **HEMŞİRELİK TANISI** | | | **PLANLAMA** | | **UYGULAMA (+/-)** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Etyolojik Faktör** *(Sebep)* | **Tanı Adı** | **Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve*  *Bulgular)* | **Amaç** *(-mek, -mak)* | **Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**HASTA ADI SOYADI:**

**Klinik: Oda/Yatak No:** ÖĞRENCİ ADISOYADI:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **T.C.** | | | | | | | | |  |
| **KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ** | | | | | | | | |  |
| **SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ** | | | | | | | | |  |
| **HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA HEMŞİRELİK UYGULAMALARI** | | | | | | | | |  |
| **ÖĞRETİM ELEMANI ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU** | | | | | | | | |  |
|  |  | |  | | |  | |  |  |
|  |  | |  | | |  | |  |  |
| ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI | | | :…………………………………………….. | | |  | |  |  |
| BÖLÜMÜ | | | **: HEMŞİRELİK LİSANS TAMAMLAMA** | | |  | |  |  |
| ÖĞRENCİ NO | | | :…………………………………………….. | | |  | |  |  |
| SINIFI | | | :…………………………………………….. | | |  | |  |  |
| STAJ YAPTIĞI HASTANE | | | :…………………………………………….. | | |  | |  |  |
| STAJ YAPTIĞI KLİNİKLER | | | :…………………………………………….. | | |  | |  |  |
| STAJ YAPTIĞI TARİHLER | | | :…………………………………………….. | | |  | |  |  |
| KURUM DEĞERLENDİRME NOTU %50’si | | | :…………………………………………….. | | |  | |  |  |
|  | |  |  | | |  | |  |  |
|  | |  |  | | |  | |  |  |
|  | |  |  | | |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  | |  | | |
|  | | **DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ** | | **PUAN** | **VERİLEN** | |  | | |
| **PUAN** | |  | | |
| **1** | | **KURUM HAKKINDA BİLGİ** | | **10** |  | |  | | |
| **2** | | **GÜNLÜK RAPOR FORMU** | | **20** |  | |  | | |
| **3** | | **İKİ ADET BAKIM PLANI** | | **50** |  | |  | | |
| **4** | | **İŞLEM DEĞERLENDİRME LİSTESİ** | | **20** |  | |  | | |
| **TOPLAM** | | | | **100** |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  | |  | | |
|  |  | |  |  |  | |  | | |

**\*TOPLAM NOT 60 PUANIN ALTINDA OLURSA ÖĞRENCİ BAŞARISIZ SAYILIR**