|  |
| --- |
| C:\Users\user\Desktop\KSU- SBF Logo s0000n.jpg**T.C.** |
| **KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ** |
| **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ** |

**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**HE116 HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR**

**YAZ STAJI**

**DEĞERLENDİRME DOSYASI**

**ÖĞRENCİ:**

**ADI-SOYADI: DANIŞMAN**

**NO : ÖĞRETİM ELEMANI**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİKBÖLÜMÜ 20..-20.. EĞİTİM ÖĞRETİM YILI HE116 HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR**

**YAZ STAJI REHBERİ**

**1. YAZ STAJININ SÜRESİ:**

Hemşirelik uygulamasının süresi (Stajın başlangıç ve bitiş tarihleri, KSÜ Eğitim Öğretim Sınav ve Staj Yönergesinde belirtilen akademik takvim dahilinde**4 hafta (20 iş günü)**dür.

**2. ÖĞRENCİLERİN GÖREVLENDİRİLECEĞİ BİRİMLER:**

1. sınıflar “HE116 Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar” dersinin kapsamında (öncelikli olarak dahiliye ve cerrahi kliniklerinde) olacak şekilde (10 iş günü dahiliye, 10 iş günü cerrahi klinikleri) görevlendirilmeleri gerekmektedir.Poliklinik, doğum salonu, KETEM, EKG, Kan Bankası ve çocuk servisleri vb. yerlerde yapılan uygulamalar geçersiz sayılacaktır.

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

Öğrencilerin uygulama çalışmalarının değerlendirilmesinde göndermiş olduğumuz ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU " kullanılmalı ve staj yürütücüsü ve kurum yetkili amiri (Başhekim) imzaladıktan Sonra ÖĞRENCİ DEVAM ÇİZELGESİ" ile birlikte en geç **…/…/…** tarihine kadar fakültemize gönderilmelidir.

**4. YAZ STAJINA KATILAN ÖĞRENCİLERİN GÖREV VE SORUMLULUKLARI:**

Yaz stajına katılan öğrencilerin görev ve sorumlulukları KSÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Eğitim Öğretim Sınav ve Staj Yönergesinde belirtilmiştir. Uymayan öğrencilerin okulumuza bildirilmesi halinde haklarında gerekli işlemler yapılacaktır.

**KSÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi 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 ayrılamazlar. Çok zorunlu durumlarda uygun görülürse staj yürütücüsünden kısa süreler için izin alabilirler.

\* Staj sırasında hastalanan veya hastalığı sebebiyle staja üç günden fazla devam edemeyen ya da bir kazaya uğrayan stajyerin stajı kesilerek, durum Fakülte Staj Komisyonu'na bildirilir.

\* 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 Sağlık Bilimleri Fakültesi İsmet Paşa Mah. Bahçelievler Yerleşkesi 46100 Kahramanmaraş Tel: 0 344 3002601 e-mail: sagyuk@ksu.edu.tr |
|  |

**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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 BÖLÜMÜ**

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 farmakolojik 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 farmakolojik 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 farmakolojik 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 SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

# HE116 HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR YAZ STAJI 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: Yakınlık Derecesi: Adresi: |
| **Hastaneye Kabul Şekli:**   |
| **Tıbbi Tanısı:** |
| **B.TIBBİ ANAMNEZİ****Hastanın Yakınması:**…………………………………………………......…………………………………………………………………………….. |
| **Kronik Hastalıklar** |
| **Sürekli Kullandığı İlaçlar:**………………………………………………….……………………………………………………………………………… |
| **Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? Nereye?**..............................................…………………………………………………………………………….... |
| **Geçirilmiş Hastalık / Operasyon:**……………………………………….... **Hasta kimlik bilekliği:** Var 🞎 Yok 🞎 |
| **Protezler** |
| **Alerjisi:  Alerji bilekliği**: Var🞎 Yok🞎 |
| **Alışkanlıkları**  |
| Düzenli Egzersiz YapmaDüzenli ve Dengeli Beslenme Stresle Baş edebilmeOlumlu Kişiler Arası İlişkiler Diğer ……………. |  |
| **C. HASTANIN SERVİSE ORYANTASYONU**YemekSaati şire– |
| **D.YAŞAM BULGULARI****A:**….….0C **N**:….……./dk. Ritmi:............ **S**:…..../dk. **TA**:……………….mmHg. **Kan Grubu**:……....**Daha Önce Kan Verdiniz mi** **Reaksiyon** |

**Bilgi Alınan Kaynak: Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:**

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



|  |  |
| --- | --- |
| **HEMATOLOJİ** | **BİYOKİMYA** |
| Tarih | Tetkik | Sonuç | Normal DeğerAralığı | Birim | Tetkik | Sonuç | Normal DeğerAralığı | 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 GÖRE TANILAMA

1. **Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması**

 Düşme Öyküsü Var  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 iletişim yeterli  Laterjik  Konfüze

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

 Birlikte yaşama durumu: Yalnız🞎 Aile🞎 Arkadaş🞎 Diğer……………

 Bakmakla yükümlü olduğu kişiler: Var🞎 Yok🞎 Açıklayınız: ...........

 Evde hastanın bakımından sorumlu olan kişi: ……………………………………

 Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik, sosyal, kültürel ruhsal):Var🞎 Yok🞎 Açıklayınız:………………

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

# Solunum

Solunum Hızı:............... Derinliği:................... Trakeostomi: Var🞎 Yok🞎

Solunum Niteliği: Düzenli🞎 Düzensiz🞎 Dispne🞎 Paroksismal Noktürnal Dispne 🞎 Ortopne 🞎

Siyanoz 🞎 Hipoventilasyon 🞎 Hiperventilasyon 🞎 Öksürük 🞎 Balgam🞎 Hemoptizi🞎

Solunum Sesleri: Normal🞎 Anormal🞎

Solunum Örüntüsü: Apne 🞎 Taşipne🞎 Bradipne🞎 Cheynes-Stokes solunum🞎

Kussmaul solunum 🞎 Wheezing 🞎 Raller 🞎

Solunumla Ağrı: Var 🞎 Yok 🞎

# 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  NGTüp Kilo Kaybı Total Parenteral Benslenme(TPN) Distansiyon(şişkinlik)

 Kaşeksi Obesite  Hematemez  Gaz Çıkımı

Bağırsak sesleri:........./dk Diğer:…………………………

# Boşaltım

Önceki Defekasyon Alışkanlığı:……………En Son Defekasyona Çıktığı Gün……………. 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: Hemodiyaliz 🞎 Periton Diyalizi 🞎 Diyaliz giriş yeri:......................

Diğer:………………….

# Kişisel Temizlik ve Giyim

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

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

 Ter kokusu  Ciltte Ülserasyon  Dekibütüs(BasıYarası)  Kızarıklık

 Deskuamasyon  Extravazasyon  Varis  Ödem (+, ++, +++, ++++)

Periferal Nabızlar:…………….

Cilt:Normal🞎 Kuru🞎 Nemli/Terli🞎 Kızarık🞎 Siyanotik🞎 Soğuk 🞎 Soluk 🞎 Sıcak🞎 **S**arılık🞎 Peteşi 🞎 Purpura🞎 Ekimoz 🞎 Hematom🞎 Kaşıntı🞎 Lezyon🞎 Diğer..........

Saç/saçlı deri: Temiz🞎 Yağlı🞎 Kuru🞎 Kepeklenme🞎 Dökülme🞎 Kitle 🞎 Skar🞎 Şekil bozukluğu🞎

Deri Turgoru:Normal🞎 Azalmış🞎 Artmış 🞎

Kapiller Dolum: Normal🞎 Gecikmiş🞎

Nabız:Normal 🞎 Taşikardi 🞎 Bradikardi🞎 Çarpıntı🞎 Filiform (ipliksi) nabız 🞎

|  |
| --- |
| **Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği** **(Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)** |
| Beslenme  |  | Pozisyon Değiştirme/ Hareket |  |
| Tuvalete gitme  |  | Güvenliği için riskleri değerlendirme |  |
| Giyinme |  | Çevredeki tehlikelerden kaçınma |  |
| Banyo yapma |  | İletişim kurma |  |
| Bedenini temiztutma |  | İlaç yönetimi  |  |

# Beden Isısının Kontrolü

 Çevre Isısına uygun Giyim Hipotermi Hipertermi Soğuğa İntolerans Sıcağa İntolerans Terleme Titreme

# Hareket

Kas Gücü ve gelişimi:.............. İmmobilite 🞎

Genel Görünüş: Normal 🞎 Kifoz🞎 Skolyoz 🞎 Lordoz 🞎 Spinal Deformite 🞎 Tremor 🞎

Yürüyüş bozulmuş 🞎 Postür bozulmuş 🞎 Amputasyon 🞎  Kırık

Kaslar:  Kaslarda Zayıflık  Paralizi  Parapleji  Hemipleji

Eklemler: Normal 🞎 Kızarıklık 🞎 Eklemde şişlik 🞎 Hareket kısıtlılığı 🞎 Kontraktür 🞎Deformite 🞎

Yardımcı Araç Kullanımı:Yok🞎 Var🞎 Açıklayınız ……….

# Çalışma ve Eğlence

Çalışma Durumu…………………………… Gelir Durumu………………..…………………..

Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme:Var🞎 Yok🞎

Boş Zamanlarını Değerlendirme………………. İş Ortamı ve Koşulları…………………. Hobileri……………………………..Diğer……………………………..…………………

# Cinselliği İfade Etme

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

Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi: Yok🞎 Var🞎

# Uyku

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

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

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

Bireyin sağlığını algılama durumu: İyi🞎 Orta🞎 Kötü🞎

Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi: İnkar🞎 Öfke 🞎  Pazarlık 🞎 Depresyon 🞎 Kabullenme 🞎

Diğer: ..........................

Birey Ve Ailesinin/Yakınlarının/Arkadaşlarının Bilgi Gereksinimleri:……………………...…

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

# Hastanın ve Ailenin Bilgi Gereksinimleri: (Başlıklar Halinde)

- -

- -

- -

- -

**Ağrı Değerlendirme**

|  |
| --- |
|  **6 aydan** daha uzun süren ağrı mı? Hayır🞎 Evet🞎**Ağrı yok Dayanılmaz Ağrı** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nitelik** | **Farmakolojik tedavi** | **Non-farmakolojik Tedavi** | **Ağrıya karşı tepkiler**  | **Ağrının Lokalizasyonu**  |
| 1. Kramp
2. Yanıcı
3. Batıcı
4. Spazm
5. Zonklayıcı
6. Baskı verici
7. Ezici/sıkıştırıcı
 | 1. Non-Steroid Antienflamatuarlar
2. Narkotik analjezikler
3. Adjuvan tedavi
4. Diğer …………..
 | 1. Masaj
2. Dikkati dağıtma
3. Müzik
4. Pozisyon değişikliği
5. Sıcak/soğuk

uygulama 1. Diğer…………
 | 1. Kızgınlık/Ağlama
2. Aktivitede azalma
3. İştahta azalma
4. Uyku problemleri
5. Konsantrasyon bozukluğu
6. Analjezi isteme
7. Terleme/çarpıntı
8. Diğer …………..
 |  |

|  |
| --- |
| **BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16’dan az olması basınç ülseri riskini gösterir)** |
| **Duyu / algı** | **Nem** | **Aktivite** | **Hareketlilik** | **Beslenme** | **Sürtünme** | **Toplam** |
| Tamamen sınırlı **1** | Sürekli nemli **1**  | Yatağa Bağımlı **1**  | İmmobil **1** | Çok kötü **1**  | Problem **1**  |  |
| Çok sınırlı **2**   | Çok nemli **2**  | Sandalye **2**  | Çok Sınırlı **2**  | Yetersiz **2** | Olası problem **2**  |  |
| Hafif Sınırlı **3**  | Arasıra nemli **3**  | Ara sıra yürüyor **3**  | Hafif Sınırlı **3** | Yeterli **3**  | Problem yok **3** |  |
| Bozulma yok **4**   | Nadiren nemli **4** | Sık sık yürüyor **4**  | Sınırlama yok **4** | Çok iyi **4**  | Bozulma yok **4**  |  |

 Basınç yarası🞎 Varsa Yeri:……………Evresi: Evre I 🞎 Evre II 🞎 Evre III🞎 Evre IV🞎

|  |
| --- |
| **Bası Yarası Sınıflaması** |
| **EVRE I** | Bölge kızarık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir. | **ERE III** | Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir. |
| **EVRE II** | Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeyel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir. | **EVRE IV** | Kas yada kemikleri de tutan ülserdir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **GLASGOW KOMA SKALASI** |  |
| **Göz Açma** |  | **Motor Yanıt** |  | **Sözel Yanıt** |  |
| Yok | **1** | Yok  | **1** | Yok | **1** |
| Ağrılı uyarılara yanıt olarak | **2** | Ektensör yanıt | **2** | Anlaşılmaz sesler | **2** |
| Konuşmaya yanıt olarak | **3** | Fleksör | **3** | Uygun olmayan yanıt | **3** |
| Kendiliğinden | **4** | Geri çekme şeklinde | **4** | Dağınık, konfüze yanıt | **4** |
| Lokalize edici | **5** | Oryante yanıt | **5** |
| İstemli  | **6** |
| **Bilinç düzeyi (Toplam puan üzerinden)**: **3-8** puan Koma🞎 **8-9** puan Stupor🞎 **10-11** puan Laterji🞎 **12-13** puan Konfüzyon🞎 **13-14** puan Deliryum ve Hafif Nörolojik Hasar 🞎 **15** puan Bilinçli🞎 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Düşme öyküsü :** Hayır🞎 Evet🞎 Açıklayınız……………………………..**İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Değerlendirme** |
| **Minör Risk Faktörleri** | 1. 65 yaş ve üstü.
 | **1** |
| 1. Bilinci kapalı.
 | **1** |
| 1. Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.
 | **1** |
| 1. Kronik hastalık öyküsü var.\*
 | **1** |
| 1. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var
 | **1** |
| 1. Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.
 | **1** |
| 1. Görme durumu zayıf
 | **1** |
| 1. 4'den fazla ilaç kullanımı var.
 | **1** |
| 1. Hastaya bağlı 3’ün altında bakım ekipmanı var.\*\*
 | **1** |
| 1. Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.
 | **1** |
| 1. Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.
 | **1** |
| **Majör Risk Faktörleri** | 1. Bilinç açık, koopere değil.
 | **5** |
| 1. Ayakta/ürürken denge problemi var.
 | **5** |
| 1. Baş dönmesi var.
 | **5** |
| 1. Ortostatik hipotansiyonu var.
 | **5** |
| 1. Görme engeli var.
 | **5** |
| 1. Bedensel engeli var.
 | **5** |
| 1. Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.\*\*
 | **5** |
| 1. Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.\*\*\*
 | **5** |
|  | **TOPLAM PUAN** |  |
| 🞎 **Düşük Risk:** Toplam Puanı 5’in altında 🞎 **Yüksek Risk:** Toplam Puanı 5 ve 5’in üstünde  |

**Bilgilendirme Tablosu****\*Kronik hastalıklar:** Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hast., Sindirim Sistemi Hast., Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar **\*\*Hasta Bakım Ekipmanları:** IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren Perfüzatör, Pacemaker vb\*\*\***Riskli İlaçlar:** Psikotroplar, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiayebetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar |

**HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**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 / Veriliş hızı  | ŞİŞE SEVİYESİ | GİDEN MİKTAR | II. SIVI CİNSİ / Veriliş hızı  | ŞİŞE SEVİYESİ | GİDEN MİKTAR |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 24 SAATLİK TOPLAM |  |  |  |  |  |  |

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**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 BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**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)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

**TIBBİ TANI BİLGİ FORMU**

**HASTANIN TIBBİ TANISI:**

**Etiyoloji:**

**Patofizyoloji:**

**Tanı Yöntemleri:**

**Klinik Belirti - Bulgular:**

**Tıbbi Tedavi ve Hemşirelik Yönetimi:**

|  |
| --- |
| **TABURCULUK PLANINDA ELE ALINACAK KONULAR****İlaç:****Diyet:****Egzersiz:****Öz bakımın desteklenmesi/ özel sağlık gereksinimi:****Sağlık kontrolü:****Hastalığın komplikasyonlarına yönelik eğitim:** |

# Hastanın AdıSoyadı: Klinik: OdaNo:

 **HEMŞİRELİK TANILARI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **……../………/………….** | **……../………/………….** |
| **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:**

**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:**

**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) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**CERRAHİ SERVİSİ**

**HASTA BAKIM PLANI**

# KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

# HE116 HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR YAZ STAJI 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: Yakınlık Derecesi: Adresi: |
| **Hastaneye Kabul Şekli:**   |
| **Tıbbi Tanısı:** |
| **B.TIBBİ ANAMNEZİ****Hastanın Yakınması:**…………………………………………………......…………………………………………………………………………….. |
| **Kronik Hastalıklar** |
| **Sürekli Kullandığı İlaçlar:**………………………………………………….……………………………………………………………………………… |
| **Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? Nereye?**..............................................…………………………………………………………………………….... |
| **Geçirilmiş Hastalık / Operasyon:**……………………………………….... **Hasta kimlik bilekliği:** Var 🞎 Yok 🞎 |
| **Protezler** |
| **Alerjisi:  Alerji bilekliği**: Var🞎 Yok🞎 |
| **Alışkanlıkları**  |
| Düzenli Egzersiz YapmaDüzenli ve Dengeli Beslenme Stresle Baş edebilmeOlumlu Kişiler Arası İlişkiler Diğer ……………. |  |
| **C. HASTANIN SERVİSE ORYANTASYONU**YemekSaati şire– |
| **D.YAŞAM BULGULARI****A:**….….0C **N**:….……./dk. Ritmi:............ **S**:…..../dk. **TA**:……………….mmHg. **Kan Grubu**:……....**Daha Önce Kan Verdiniz mi** **Reaksiyon** |

**Bilgi Alınan Kaynak: Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:**

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



|  |  |
| --- | --- |
| **HEMATOLOJİ** | **BİYOKİMYA** |
| Tarih | Tetkik | Sonuç | Normal DeğerAralığı | Birim | Tetkik | Sonuç | Normal DeğerAralığı | 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 GÖRE TANILAMA

1. **Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması**

 Düşme Öyküsü Var  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 iletişim yeterli  Laterjik  Konfüze

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

 Birlikte yaşama durumu: Yalnız🞎 Aile🞎 Arkadaş🞎 Diğer……………

 Bakmakla yükümlü olduğu kişiler: Var🞎 Yok🞎 Açıklayınız: ...........

 Evde hastanın bakımından sorumlu olan kişi: ……………………………………

 Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik, sosyal, kültürel ruhsal):Var🞎 Yok🞎 Açıklayınız:………………

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

# Solunum

Solunum Hızı:............... Derinliği:................... Trakeostomi: Var🞎 Yok🞎

Solunum Niteliği: Düzenli🞎 Düzensiz🞎 Dispne🞎 Paroksismal Noktürnal Dispne 🞎 Ortopne 🞎

Siyanoz 🞎 Hipoventilasyon 🞎 Hiperventilasyon 🞎 Öksürük 🞎 Balgam🞎 Hemoptizi🞎

Solunum Sesleri: Normal🞎 Anormal🞎

Solunum Örüntüsü: Apne 🞎 Taşipne🞎 Bradipne🞎 Cheynes-Stokes solunum🞎

Kussmaul solunum 🞎 Wheezing 🞎 Raller 🞎

Solunumla Ağrı: Var 🞎 Yok 🞎

# 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  NGTüp Kilo Kaybı Total Parenteral Benslenme(TPN) Distansiyon(şişkinlik)

 Kaşeksi Obesite  Hematemez  Gaz Çıkımı

Bağırsak sesleri:........./dk Diğer:…………………………

# Boşaltım

Önceki Defekasyon Alışkanlığı:……………En Son Defekasyona Çıktığı Gün……………. 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: Hemodiyaliz 🞎 Periton Diyalizi 🞎 Diyaliz giriş yeri:......................

Diğer:………………….

# Kişisel Temizlik ve Giyim

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

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

 Ter kokusu  Ciltte Ülserasyon  Dekibütüs(BasıYarası)  Kızarıklık

 Deskuamasyon  Extravazasyon  Varis  Ödem (+, ++, +++, ++++)

Periferal Nabızlar:…………….

Cilt:Normal🞎 Kuru🞎 Nemli/Terli🞎 Kızarık🞎 Siyanotik🞎 Soğuk 🞎 Soluk 🞎 Sıcak🞎 **S**arılık🞎 Peteşi 🞎 Purpura🞎 Ekimoz 🞎 Hematom🞎 Kaşıntı🞎 Lezyon🞎 Diğer..........

Saç/saçlı deri: Temiz🞎 Yağlı🞎 Kuru🞎 Kepeklenme🞎 Dökülme🞎 Kitle 🞎 Skar🞎 Şekil bozukluğu🞎

Deri Turgoru:Normal🞎 Azalmış🞎 Artmış 🞎

Kapiller Dolum: Normal🞎 Gecikmiş🞎

Nabız:Normal 🞎 Taşikardi 🞎 Bradikardi🞎 Çarpıntı🞎 Filiform (ipliksi) nabız 🞎

|  |
| --- |
| **Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği** **(Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)** |
| Beslenme  |  | Pozisyon Değiştirme/ Hareket |  |
| Tuvalete gitme  |  | Güvenliği için riskleri değerlendirme |  |
| Giyinme |  | Çevredeki tehlikelerden kaçınma |  |
| Banyo yapma |  | İletişim kurma |  |
| Bedenini temiztutma |  | İlaç yönetimi  |  |

# Beden Isısının Kontrolü

 Çevre Isısına uygun Giyim Hipotermi Hipertermi Soğuğa İntolerans Sıcağa İntolerans Terleme Titreme

# Hareket

Kas Gücü ve gelişimi:.............. İmmobilite 🞎

Genel Görünüş: Normal 🞎 Kifoz🞎 Skolyoz 🞎 Lordoz 🞎 Spinal Deformite 🞎 Tremor 🞎

Yürüyüş bozulmuş 🞎 Postür bozulmuş 🞎 Amputasyon 🞎  Kırık

Kaslar:  Kaslarda Zayıflık  Paralizi  Parapleji  Hemipleji

Eklemler: Normal 🞎 Kızarıklık 🞎 Eklemde şişlik 🞎 Hareket kısıtlılığı 🞎 Kontraktür 🞎Deformite 🞎

Yardımcı Araç Kullanımı:Yok🞎 Var🞎 Açıklayınız ……….

# Çalışma ve Eğlence

Çalışma Durumu…………………………… Gelir Durumu………………..…………………..

Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme:Var🞎 Yok🞎

Boş Zamanlarını Değerlendirme………………. İş Ortamı ve Koşulları…………………. Hobileri……………………………..Diğer……………………………..…………………

# Cinselliği İfade Etme

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

Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi: Yok🞎 Var🞎

# Uyku

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

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

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

Bireyin sağlığını algılama durumu: İyi🞎 Orta🞎 Kötü🞎

Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi: İnkar🞎 Öfke 🞎  Pazarlık 🞎 Depresyon 🞎 Kabullenme 🞎

Diğer: ..........................

Birey Ve Ailesinin/Yakınlarının/Arkadaşlarının Bilgi Gereksinimleri:……………………...…

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

# Hastanın ve Ailenin Bilgi Gereksinimleri: (Başlıklar Halinde)

- -

- -

- -

- -

**Ağrı Değerlendirme**

|  |
| --- |
|  **6 aydan** daha uzun süren ağrı mı? Hayır🞎 Evet🞎**Ağrı yok Dayanılmaz Ağrı** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nitelik** | **Farmakolojik tedavi** | **Non-farmakolojik Tedavi** | **Ağrıya karşı tepkiler**  | **Ağrının Lokalizasyonu**  |
| 1. Kramp
2. Yanıcı
3. Batıcı
4. Spazm
5. Zonklayıcı
6. Baskı verici
7. Ezici/sıkıştırıcı
 | 1. Non-Steroid Antienflamatuarlar
2. Narkotik analjezikler
3. Adjuvan tedavi
4. Diğer …………..
 | 1. Masaj
2. Dikkati dağıtma
3. Müzik
4. Pozisyon değişikliği
5. Sıcak/soğuk

uygulama 1. Diğer…………
 | 1. Kızgınlık/Ağlama
2. Aktivitede azalma
3. İştahta azalma
4. Uyku problemleri
5. Konsantrasyon bozukluğu
6. Analjezi isteme
7. Terleme/çarpıntı
8. Diğer …………..
 |  |

|  |
| --- |
| **BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16’dan az olması basınç ülseri riskini gösterir)** |
| **Duyu / algı** | **Nem** | **Aktivite** | **Hareketlilik** | **Beslenme** | **Sürtünme** | **Toplam** |
| Tamamen sınırlı **1** | Sürekli nemli **1**  | Yatağa Bağımlı **1**  | İmmobil **1** | Çok kötü **1**  | Problem **1**  |  |
| Çok sınırlı **2**   | Çok nemli **2**  | Sandalye **2**  | Çok Sınırlı **2**  | Yetersiz **2** | Olası problem **2**  |  |
| Hafif Sınırlı **3**  | Arasıra nemli **3**  | Ara sıra yürüyor **3**  | Hafif Sınırlı **3** | Yeterli **3**  | Problem yok **3** |  |
| Bozulma yok **4**   | Nadiren nemli **4** | Sık sık yürüyor **4**  | Sınırlama yok **4** | Çok iyi **4**  | Bozulma yok **4**  |  |

 Basınç yarası🞎 Varsa Yeri:……………Evresi: Evre I 🞎 Evre II 🞎 Evre III🞎 Evre IV🞎

|  |
| --- |
| **Bası Yarası Sınıflaması** |
| **EVRE I** | Bölge kızarık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir. | **ERE III** | Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir. |
| **EVRE II** | Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeyel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir. | **EVRE IV** | Kas yada kemikleri de tutan ülserdir. |

|  |  |
| --- | --- |
| **GLASGOW KOMA SKALASI** |  |
| **Göz Açma** |  | **Motor Yanıt** |  | **Sözel Yanıt** |  |
| Yok | **1** | Yok  | **1** | Yok | **1** |
| Ağrılı uyarılara yanıt olarak | **2** | Ektensör yanıt | **2** | Anlaşılmaz sesler | **2** |
| Konuşmaya yanıt olarak | **3** | Fleksör | **3** | Uygun olmayan yanıt | **3** |
| Kendiliğinden | **4** | Geri çekme şeklinde | **4** | Dağınık, konfüze yanıt | **4** |
| Lokalize edici | **5** | Oryante yanıt | **5** |
| İstemli  | **6** |
| **Bilinç düzeyi (Toplam puan üzerinden)**: **3-8** puan Koma🞎 **8-9** puan Stupor🞎 **10-11** puan Laterji🞎 **12-13** puan Konfüzyon🞎 **13-14** puan Deliryum ve Hafif Nörolojik Hasar 🞎 **15** puan Bilinçli🞎 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Düşme öyküsü :** Hayır🞎 Evet🞎 Açıklayınız……………………………..**İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Değerlendirme** |
| **Minör Risk Faktörleri** | 1. 65 yaş ve üstü.
 | **1** |
| 1. Bilinci kapalı.
 | **1** |
| 1. Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.
 | **1** |
| 1. Kronik hastalık öyküsü var.\*
 | **1** |
| 1. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var
 | **1** |
| 1. Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.
 | **1** |
| 1. Görme durumu zayıf
 | **1** |
| 1. 4'den fazla ilaç kullanımı var.
 | **1** |
| 1. Hastaya bağlı 3’ün altında bakım ekipmanı var.\*\*
 | **1** |
| 1. Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.
 | **1** |
| 1. Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.
 | **1** |
| **Majör Risk Faktörleri** | 1. Bilinç açık, koopere değil.
 | **5** |
| 1. Ayakta/ürürken denge problemi var.
 | **5** |
| 1. Baş dönmesi var.
 | **5** |
| 1. Ortostatik hipotansiyonu var.
 | **5** |
| 1. Görme engeli var.
 | **5** |
| 1. Bedensel engeli var.
 | **5** |
| 1. Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.\*\*
 | **5** |
| 1. Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.\*\*\*
 | **5** |
|  | **TOPLAM PUAN** |  |
| 🞎 **Düşük Risk:** Toplam Puanı 5’in altında 🞎 **Yüksek Risk:** Toplam Puanı 5 ve 5’in üstünde  |

**Bilgilendirme Tablosu****\*Kronik hastalıklar:** Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hast., Sindirim Sistemi Hast., Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar **\*\*Hasta Bakım Ekipmanları:** IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren Perfüzatör, Pacemaker vb\*\*\***Riskli İlaçlar:** Psikotroplar, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiayebetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar |

**HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**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 / Veriliş hızı  | ŞİŞE SEVİYESİ | GİDEN MİKTAR | II. SIVI CİNSİ / Veriliş hızı  | ŞİŞE SEVİYESİ | GİDEN MİKTAR |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 24 SAATLİK TOPLAM |  |  |  |  |  |  |

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**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 BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**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)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

**TIBBİ TANI BİLGİ FORMU**

**HASTANIN TIBBİ TANISI:**

**Etiyoloji:**

**Patofizyoloji:**

**Tanı Yöntemleri:**

**Klinik Belirti - Bulgular:**

**Tıbbi Tedavi ve Hemşirelik Yönetimi:**

|  |
| --- |
| **TABURCULUK PLANINDA ELE ALINACAK KONULAR****İlaç:****Diyet:****Egzersiz:****Öz bakımın desteklenmesi/ özel sağlık gereksinimi:****Sağlık kontrolü:****Hastalığın komplikasyonlarına yönelik eğitim:** |

# Hastanın AdıSoyadı: Klinik: OdaNo:

 **HEMŞİRELİK TANILARI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **……../………/………….** | **……../………/………….** |
| **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:**

**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:**

**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) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **T.C.** |  |
| **KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ** |  |
| **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI** |  |
| **HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ HE116 HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR YAZ STAJI**  |  |
| **ÖĞRETİM ELEMANI ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI  | :…………………………………………….. |  |  |  |
| BÖLÜMÜ  | **: HEMŞİRELİK**  |  |  |  |
| 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**