

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR DERSİ**  
**HASTA TANILAMA FORMU**

**Tarih:**

|                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                                    |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>A. DEMOGRAFİK VERİLER</b>                                                                                                                                                                                               |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Klinik:</b>                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Hastanın Adı Soyadı:</b>                                                                                                                                                                                                |                                         | <b>Hastaneye Kabul Tarihi:</b>                                                     |                                         |
| <b>Doğum Tarihi:</b>                                                                                                                                                                                                       | <b>Yaşı:</b>                            | <b>Medeni Hali:</b>                                                                | <b>Çocuk Sayısı:</b>                    |
| <b>Eğitim Durumu:</b>                                                                                                                                                                                                      |                                         | <b>Mesleği:</b>                                                                    |                                         |
| <b>Adres:</b>                                                                                                                                                                                                              |                                         |                                                                                    |                                         |
| Birinci Dereceden Yakınının Adı Soyadı:                                                                                                                                                                                    |                                         | Tel No:                                                                            |                                         |
| Yakınlık Derecesi:                                                                                                                                                                                                         |                                         | Adresi:                                                                            |                                         |
| <b>Hastaneye Kabul Şekli:</b>                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Acil           | <input type="checkbox"/> Tetkik                                                    | <input type="checkbox"/> Tıbbi Tedavi   |
|                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Cerrahi Tedavi |                                                                                    | <input type="checkbox"/> Rehabilitasyon |
| <b>Tıbbi Tanısı:</b>                                                                                                                                                                                                       |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>B. TIBBİ ANAMNEZİ</b>                                                                                                                                                                                                   |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Hastanın Yakınması:</b> .....                                                                                                                                                                                           |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Kronik Hastalıklar:</b> <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Diğer..... |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Sürekli Kullandığı İlaçlar:</b> .....                                                                                                                                                                                   |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? Nereye?</b> .....                                                                                                                                                                        |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Geçirilmiş Hastalık / Operasyon:</b> .....                                                                                                                                                                              |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Hasta kimlik bilekliği:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Protezler:</b> <input type="checkbox"/> Diş <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Lens <input type="checkbox"/> İşitme Cihazı <input type="checkbox"/> Diğer.....                                    |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Alerjisi:</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok                                                                                                                                                 |                                         | <b>Alerji bilekliği:</b> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> |                                         |
| <input type="checkbox"/> İlaç <input type="checkbox"/> Yiyecek <input type="checkbox"/> Diğer.....                                                                                                                         |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Alışkanlıkları</b>                                                                                                                                                                                                      |                                         |                                                                                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok                                                                                                                                                                  |                                         | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok                          |                                         |
| <input type="checkbox"/> Düzenli Egzersiz Yapma                                                                                                                                                                            |                                         | <input type="checkbox"/> Sigara..... adet/paket/gün .....yıl                       |                                         |
| <input type="checkbox"/> Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma                                                                                                                                                                  |                                         | <input type="checkbox"/> Alkol .....adet/paket/gün .....yıl                        |                                         |
| <input type="checkbox"/> Düzenli ve Dengeli Beslenme                                                                                                                                                                       |                                         | <input type="checkbox"/> Madde ..... adet/paket/gün .....yıl                       |                                         |
| <input type="checkbox"/> Stresle Baş edebilme                                                                                                                                                                              |                                         | <input type="checkbox"/> Diğer.....                                                |                                         |
| <input type="checkbox"/> Olumlu Kişiler Arası İlişkiler                                                                                                                                                                    |                                         |                                                                                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Diğer .....                                                                                                                                                                                       |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>C. HASTANIN SERVİSE ORYANTASYONU</b>                                                                                                                                                                                    |                                         |                                                                                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> YemekSaati                                                                                                                                                                                        |                                         | <input type="checkbox"/> Hemşire-                                                  |                                         |
| <input type="checkbox"/> Telefon                                                                                                                                                                                           |                                         | <input type="checkbox"/> Refakatçi <input type="checkbox"/> Tuvalet                |                                         |
| <b>D. YAŞAM BULGULARI</b>                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>A:</b> .....°C <b>N:</b> ...../dk. <b>Ritmi:</b> ..... <b>S:</b> ...../dk. <b>TA:</b> .....mmHg.                                                                                                                        |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Kan Grubu:</b> .....                                                                                                                                                                                                    |                                         |                                                                                    |                                         |
| <b>Daha Önce Kan Verdiniz mi :</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <b>Reaksiyon:</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır                                             |                                         |                                                                                    |                                         |

**Bilgi Alınan Kaynak:**

**Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:**

## 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/mm <sup>3</sup>    | 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/mm <sup>3</sup> | LDH           |       | 100-190              | U/L    |
|            | HGB    |       | 12.2-16.2                       | g/dl                   | GGT           |       | 5-85                 | U/L    |
|            | HCT    |       | 42-52 (erkek);<br>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                   | Ürik 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 |
|       | 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  |
| DİĞER |                 |       |           |           |       |          |

*TEDAVISI*

...../...../ **20...**

...../...../ 20...

---

**Hastanızın Tedavisinde Kullanılan İlaçlar İle ilgili Bilgileri Yazınız**[illegible]

## 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 ☐ Sedatif 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 iletişim yeterli ☐ Laterjik ☐ Konfüze  
☐ Disoryante ☐ Afazik ☐ Konuşma Güçlüğü ☐ Ajite ☐ Depresif ☐ Anksiyete  
☐ İçer Dönük ☐ İşitme Sorunu  
☐ Korku ☐ Yalnızlık ☐ Stres Stresle Başetme

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:.....

Yöntemleri.....

### 3. Solunum

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

Solunum Niteliği: Düzenli ☐ Düzensiz ☐ Dispne ☐ Paroksizmal 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 ☐

### 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(halitazis) ☐ Anorexia(yememe) ☐ Yutma Güçlüğü(disfaji) ☐ Bulantı Kusma  
☐ NGTüp ☐ Kilo Kaybı ☐ Total Parenteral Beslenme(TPN) ☐ Distansiyon(şişkinlik)

☐ Kaşeksi ☐ Obesite ☐ Hematemez ☐ Gaz Çıkımı

Bağırsak sesleri:...../dk Diğer:.....

## 5. 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 İnkontinansı ☐ Foley Kateter

Diyaliz: Hemodiyaliz ☐ Periton Diyalizi ☐ Diyaliz giriş yeri:.....

Diğer:.....

## 6. 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 ☐

Sarılık ☐ 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<br>(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 temiz tutma                                                                               |  | İlaç yönetimi                         |  |

## 7. Beden Isısının Kontrolü

☐ Çevre Isısına uygun Giyim ☐ Hipotermi ☐ Hipertermi ☐ Soğuğa İntolerans

☐ Sıcığa İntolerans ☐ Terleme ☐ Titreme

## 8. 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 .....

## 9. Çalışma ve Eğlence

Çalışma Durumu..... Gelir Durumu.....

Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme: Var ☐ Yok ☐

Boş Zamanlarını Değerlendirme..... İş Ortamı ve Koşulları.....

Hobileri.....Diğer.....

## 10. Cinselliği İfade Etme

Beden İmajı..... Cinsiyete Uygun Giyim.....

Perineal Hijyen Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu): .....

Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi: Yok ☐ Var ☐

## 11. Uyku

Uyku Saatleri:.....İstirahat Süresi:.....☐ Uykuya Dalmada Güçlük

Uyku İçin Yardımcı Girişimler:.....

☐ Uykuya Eğilim ☐ Horlama ☐ Uyku İlacına

Bağımlılık Diğer:.....

## 12. Ölüm

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

Bireyin sağlığını algılama durumu: İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐

Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi: İnkâr ☐ Öfke ☐ Pazarlık ☐ Depresyon ☐ Kabullenme ☐

Diğer: .....

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

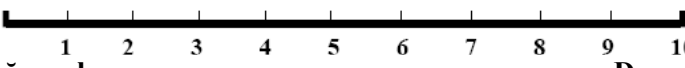
Spiritüel Gereksinim:..... Ailenin Desteklenmesi:.....

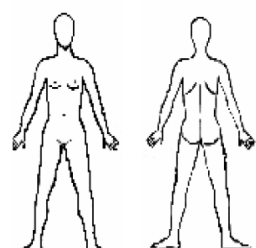
Diğer:.....

## Hastanın ve Ailenin Bilgi Gereksinimleri: (Başlıklar Halinde)

- 
- 
- 
- 

## Ağrı Değerlendirme

|                                                                                  |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>6 aydan</b> daha uzun süren ağrı mı? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Nitelik                                                                                                    | Farmakolojik tedavi                                                                                  | Non-farmakolojik Tedavi                                                                                           | Ağrıya karşı tepkiler                                                                                                                                                                | Ağrının Lokalizasyonu                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Kramp<br>2. Yanıcı<br>3. Batıcı<br>4. Spazm<br>5. Zonklayıcı<br>6. Baskı verici<br>7. Ezici/sıkıştırıcı | 1. Non-Steroid Antienflamatuarlar<br>2. Narkotik analjezikler<br>3. Adjuvan tedavi<br>4. Diğer ..... | 1. Masaj<br>2. Dikkati dağıtma<br>3. Müzik<br>4. Pozisyon değişikliği<br>5. Sıcak/soğuk uygulama<br>6. Diğer..... | 1. Kızgınlık/Ağlama<br>2. Aktivitede azalma<br>3. İştahta azalma<br>4. Uyku problemleri<br>5. Konsantrasyon bozukluğu<br>6. Analjezi isteme<br>7. Terleme/çarpıntı<br>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 kızarıklık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir.     | EVRE III | Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir.  |
|---------|---------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------|
| EVRE II | Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel 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 |
|                                                                                                                                                                                          |   | Lokelize edici      | 5 | Oryante yanıt          |   |
|                                                                                                                                                                                          |   | İstemli             | 6 |                        |   |
| <b>Bilinç düzeyi (Toplam puan üzerinden):</b> 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 | Bilgilendirme Tablosu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Minör Risk Faktörleri</b>                                                                                                                      | 1. 65 yaş ve üstü.                                                                           | 1             | <b>*Kronik hastalıklar:</b><br>Hipertansiyon, Diyabet,<br>Dolaşım Sistemi Hast.,<br>Sindirim Sistemi Hast.,<br>Artrit, Paralizi, Depresyon,<br>Nörolojik Hastalıklar<br><b>**Hasta Bakım Ekipmanları:</b> IV<br>İnfüzyon, Solunum Cihazı,<br>Kalıcı Kateter, Göğüs<br>Tüpü, Dren Perfüzör,<br>Pacemaker vb<br><b>***Riskli İlaçlar:</b><br>Psikotropolar, Narkotikler,<br>Benzodiazepinler,<br>Nöroleptikler,<br>Antikoagülanlar, Narkotik<br>Analjezikler,<br>Diüretikler/Laksatifler,<br>Antidiyabetikler, Santral<br>Venöz Sistem İlaçları<br>(Digoksin vb.) Kan<br>Basıncını Düzenleyici<br>İlaçlar |
|                                                                                                                                                   | 2. Bilinci kapalı.                                                                           | 1             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 3. Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.                                                         | 1             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 4. Kronik hastalık öyküsü var.*                                                              | 1             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 5. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var | 1             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 6. Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.                                                     | 1             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 7. Görme durumu zayıf                                                                        | 1             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 8. 4'den fazla ilaç kullanımı var.                                                           | 1             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 9. Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**                                          | 1             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 10. Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.                                                | 1             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 11. Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.                                              | 1             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Majör Risk Faktörleri</b>                                                                                                                      | 12. Bilinç açık, koopere değil.                                                              | 5             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 13. Ayakta/ürürken denge problemi var.                                                       | 5             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 14. Baş dönmesi var.                                                                         | 5             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 15. Ortostatik hipotansiyonu var.                                                            | 5             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 16. Görme engeli var.                                                                        | 5             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 17. Bedensel engeli var.                                                                     | 5             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 18. Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**                                            | 5             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                   | 19. Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***                                         | 5             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>TOPLAM PUAN</b>                                                                                                                                |                                                                                              |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> <b>Düşük Risk:</b> Toplam Puanı 5'in altında <input type="checkbox"/> <b>Yüksek Risk:</b> Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde |                                                                                              |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**ÖĞRENCİ SIVI İZLEM FORMU**

[illegible]

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**ÖĞRENCİ ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ FORMU**

|                                     |                     |
|-------------------------------------|---------------------|
| <b>ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ</b> | <b>Adı Soyadı</b> : |
|                                     | <b>Bölümü</b> :     |
|                                     | <b>Oda No</b> :     |

| 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  |            |      |     |           |     |         |      |       |       |      |
| <b>TOPLAM</b> |            |      |     |           |     |         |      |       |       |      |

| 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  |            |      |     |           |     |         |      |       |       |  |
| <b>TOPLAM</b> |            |      |     |           |     |         |      |       |       |  |

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**ÖĞRENCİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU**

Hastanın Adı Soyadı:  
Klinik:  
Oda No:

Yaş:  
Tanı:  
Öğrenci Hemşire Adı Soyadı:

| TARİH | YAŞAM BULGULARI     |  |  |  | TEDAVİ                                                     |         |  |  |  |
|-------|---------------------|--|--|--|------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|
|       | SAAT                |  |  |  | İlacın adı, şekli, dozu, uygulama yolu ve uygulama sıklığı | SAATLER |  |  |  |
|       | TA (mmHg)           |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       | NABİZ (dk)          |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       | V.İSİSİ (°C)        |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       | SOL. (dk)           |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       | O <sub>2</sub> SAT. |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       | AKŞ (mg/dl)         |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       |                     |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       |                     |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       |                     |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       |                     |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       |                     |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       |                     |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       |                     |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       |                     |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       |                     |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       |                     |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |
|       |                     |  |  |  |                                                            |         |  |  |  |

## **TIBBİ TANİ 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 : MEVCUT (M), POTANSİYEL (P)**

| GYA                                                   | ...../...../.....                                  |                     |                      | ...../...../.....                                     |                     |                      |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|----------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
|                                                       | TANIMLAYICI<br>ÖZELLİKLER<br>(Belirti ve Bulgular) | ETYOLOJİ<br>(Sebep) | HEMŞİRELİK<br>TANISI | TANIMLAYICI<br>ÖZELLİKLER<br>(Belirti ve<br>Bulgular) | ETYOLOJİ<br>(Sebep) | HEMŞİRELİK<br>TANISI |
| GÜVENLİ ÇEVRE<br>NİN SAĞLANMASI<br>VE<br>SÜRDÜRÜLMESİ |                                                    |                     |                      |                                                       |                     |                      |
| İLETİŞİM                                              |                                                    |                     |                      |                                                       |                     |                      |
| SOLUNUM                                               |                                                    |                     |                      |                                                       |                     |                      |
| BESLENME                                              |                                                    |                     |                      |                                                       |                     |                      |
| BOŞALTIM                                              |                                                    |                     |                      |                                                       |                     |                      |
| KİŞİSEL<br>HİJYEN VE<br>GİYİM                         |                                                    |                     |                      |                                                       |                     |                      |
| BEDEN<br>SICAKLIĞININ<br>KONTROLÜ                     |                                                    |                     |                      |                                                       |                     |                      |
| HAREKET                                               |                                                    |                     |                      |                                                       |                     |                      |
| ÇALIŞMA VE<br>EĞLENCE                                 |                                                    |                     |                      |                                                       |                     |                      |
| CİNSELLİĞİ<br>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 tanımlar oluşturulmalıdır.
4. Hastanın ilaçlarının tümü ayrıntılı olarak incelenmelidir.
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 ifadeler kullanınız.
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 olarak hazırlanmalıdır.
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 ile belirtilmesidir.
10. Uygulama basamağında; planlanan uygulama yapılabildi ise +, yapılamadı ise – işareti her madde için işaretlenmelidir.
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<br>(+/-) | DEĞERLENDİRME |
|-------|---------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
|       | Etyolojik<br>Faktör<br>(Sebebi) | Tanı Adı            | Tanımlayıcı<br>Özellikleri<br>(Belirti ve<br>Bulgular) | Amaç (-mek, -mak)                                                                                                 | Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak) |                   |               |
|       |                                 | Alan:<br><br>Sınıf: |                                                        | Amaç:<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Beklenen hasta<br>sonuçları:<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |                                     |                   |               |

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

| TARİH | HEMŞİRELİK TANISI              |                     |                                                        | PLANLAMA                                              |                                     | UYGULAMA<br>(+/-) | DEĞERLENDİRME |
|-------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
|       | Etyolojik<br>Faktör<br>(SebeP) | Tanı Adı            | Tanımlayıcı<br>Özellikleri<br>(Belirti ve<br>Bulgular) | Amaç (-mek, -mak)                                     | Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak) |                   |               |
|       |                                | Alan:<br><br>Sınıf: |                                                        | Amaç:<br><br><br><br><br>Beklenen hasta<br>sonuçları: |                                     |                   |               |

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

| TARİH | HEMŞİRELİK TANISI              |                     |                                                        | PLANLAMA                                              |                                     | UYGULAMA<br>(+/-) | DEĞERLENDİRME |
|-------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
|       | Etyolojik<br>Faktör<br>(SebeP) | Tanı Adı            | Tanımlayıcı<br>Özellikleri<br>(Belirti ve<br>Bulgular) | Amaç (-mek, -mak)                                     | Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak) |                   |               |
|       |                                | Alan:<br><br>Sınıf: |                                                        | Amaç:<br><br><br><br><br>Beklenen hasta<br>sonuçları: |                                     |                   |               |

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

| TARİH | HEMŞİRELİK TANISI               |                     |                                                        | PLANLAMA                                                                                       |                                     | UYGULAMA<br>(+/-) | DEĞERLENDİRME |
|-------|---------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
|       | Etyolojik<br>Faktör<br>(Sebebi) | Tanı Adı            | Tanımlayıcı<br>Özellikleri<br>(Belirti ve<br>Bulgular) | Amaç (-mek, -mak)                                                                              | Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak) |                   |               |
|       |                                 | Alan:<br><br>Sınıf: |                                                        | Amaç:<br><br><br><br><br><br><br><br>Beklenen hasta sonuçları:<br><br><br><br><br><br><br><br> |                                     |                   |               |

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

| TARİH | HEMŞİRELİK TANISI              |                     |                                                        | PLANLAMA                                                                                       |                                     | UYGULAMA<br>(+/-) | DEĞERLENDİRME |
|-------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
|       | Etyolojik<br>Faktör<br>(Sebep) | Tanı Adı            | Tanımlayıcı<br>Özellikleri<br>(Belirti ve<br>Bulgular) | Amaç (-mek, -mak)                                                                              | Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak) |                   |               |
|       |                                | Alan:<br><br>Sınıf: |                                                        | Amaç:<br><br><br><br><br><br><br><br>Beklenen hasta sonuçları:<br><br><br><br><br><br><br><br> |                                     |                   |               |

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

| TARİH | HEMŞİRELİK TANISI             |                     |                                                        | PLANLAMA                                                                  |                                     | UYGULAMA<br>(+/-) | DEĞERLENDİRME |
|-------|-------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
|       | Etyolojik<br>Faktör<br>(Sebe) | Tanı Adı            | Tanımlayıcı<br>Özellikleri<br>(Belirti ve<br>Bulgular) | Amaç (-mek, -mak)                                                         | Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak) |                   |               |
|       |                               | Alan:<br><br>Sınıf: |                                                        | Amaç:<br>-<br>-<br>-<br><br>Beklenen hasta sonuçları:<br>-<br>-<br>-<br>- |                                     |                   |               |

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

| TARİH | HEMŞİRELİK TANISI               |                     |                                                        | PLANLAMA                                                                |                                     | UYGULAMA<br>(+/-) | DEĞERLENDİRME |
|-------|---------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
|       | Etyolojik<br>Faktör<br>(Sebebi) | Tanı Adı            | Tanımlayıcı<br>Özellikleri<br>(Belirti ve<br>Bulgular) | Amaç (-mek, -mak)                                                       | Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak) |                   |               |
|       |                                 | Alan:<br><br>Sınıf: |                                                        | Amaç:<br>-<br>-<br>-<br><br>Beklenen hasta<br>sonuçları:<br>-<br>-<br>- |                                     |                   |               |

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

| TARİH | HEMŞİRELİK TANISI               |                     |                                                        | PLANLAMA                                                                  |                                     | UYGULAMA<br>(+/-) | DEĞERLENDİRME |
|-------|---------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
|       | Etyolojik<br>Faktör<br>(Sebebi) | Tanı Adı            | Tanımlayıcı<br>Özellikleri<br>(Belirti ve<br>Bulgular) | Amaç (-mek, -mak)                                                         | Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak) |                   |               |
|       |                                 | Alan:<br><br>Sınıf: |                                                        | Amaç:<br>-<br>-<br>-<br><br>Beklenen hasta sonuçları:<br>-<br>-<br>-<br>- |                                     |                   |               |

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

| TARİH | HEMŞİRELİK TANISI               |                     |                                                        | PLANLAMA                                                                |                                     | UYGULAMA<br>(+/-) | DEĞERLENDİRME |
|-------|---------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
|       | Etyolojik<br>Faktör<br>(Sebebi) | Tanı Adı            | Tanımlayıcı<br>Özellikleri<br>(Belirti ve<br>Bulgular) | Amaç (-mek, -mak)                                                       | Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak) |                   |               |
|       |                                 | Alan:<br><br>Sınıf: |                                                        | Amaç:<br>-<br>-<br>-<br><br>Beklenen hasta<br>sonuçları:<br>-<br>-<br>- |                                     |                   |               |

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

| TARİH | HEMŞİRELİK TANISI               |                     |                                                        | PLANLAMA                                                                     |                                     | UYGULAMA<br>(+/-) | DEĞERLENDİRME |
|-------|---------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
|       | Etyolojik<br>Faktör<br>(Sebebi) | Tanı Adı            | Tanımlayıcı<br>Özellikleri<br>(Belirti ve<br>Bulgular) | Amaç (-mek, -mak)                                                            | Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak) |                   |               |
|       |                                 | Alan:<br><br>Sınıf: |                                                        | Amaç:<br>-<br>-<br>-<br><br>Beklenen hasta<br>sonuçları:<br>-<br>-<br>-<br>- |                                     |                   |               |

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

| TARİH | HEMŞİRELİK TANISI             |                     |                                                        | PLANLAMA                                                                |                                     | UYGULAMA<br>(+/-) | DEĞERLENDİRME |
|-------|-------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
|       | Etyolojik<br>Faktör<br>(Sebe) | Tanı Adı            | Tanımlayıcı<br>Özellikleri<br>(Belirti ve<br>Bulgular) | Amaç (-mek, -mak)                                                       | Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak) |                   |               |
|       |                               | Alan:<br><br>Sınıf: |                                                        | Amaç:<br>-<br>-<br>-<br><br>Beklenen hasta<br>sonuçları:<br>-<br>-<br>- |                                     |                   |               |