

	T.C. KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMA VERİ TOPLAMA FORMLARI	
---	---	---

KSÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ HASTA VE AİLE DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı :

Öğrencinin Numarası :

Uygulama Yapılacak Klinik :

Uygulama Tarihleri :

Klinik Eğitcinin Adı Soyadı :

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ÇOCUK HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

1.TANITICI BİLGİLER

Hasta Adı-Soyadı:	Görüşme Tarihi:
Doğum yeri:	Görüşme Yapılan Kişi:
Doğum yılı/ Yaşı:	Kan grubu:
Cinsiyeti:	Bulaşıcı hastalığı:
Yattığı klinik/ bölüm:	Geçirmiş olduğu ameliyatları:
Tıbbi tanısı/ tanıları:	
Annenin Adı Soyadı :	
Yaşı:	
Eğitim Durumu:	
Mesleği:	
Sağlık Durumu:	
Yaşayan Çocuk Sayısı:	
Akraba Evliliği:	
Ailede Kalıtsal/ Kronik Hastalıklar:	

2.HASTANEYE GELİŞ ZAMANI:

GELDİĞİ YER:Ev Başka bir sağlık kurumuDiğer bir servis
.....Acil üniteDiğer

3.HASTANEYE GELİŞ ŞEKLİ:Tekerlekli sandalyeAmbulansSedye
.....Yürüyerek Diğer

4.HASTANEYE YATIŞ NEDENİ (ANA YAKINMASI):

Yakınma/yakınmaların ne olduğu, ne zaman başladığı/ süresi?

5.ŞİMDİKİ/ MEVCUT HASTALIĞI (ÖZELLİKLERİ):

Belirtilerin /yakınmaların ne zaman, nasıl başladığı /Yakınmaları başlatan ya da eşlik eden faktörler?

Belirtilerin/ yakınmaların özellikleri? (şekli, şiddeti, süresi ve sıklığı)

Yakınmayı/yakınmaları gidermeye yönelik evde yapılan uygulamalar

6.SAĞLIK DURUMUNU ALGILAYIŞI (Ailenin hastalığa bakış açısı):

7.DAHA ÖNCE HASTANEYE YATIŞ:VAR

.....YOK

Daha önce yattığı hastane ve servis:

Yatış nedeni ve tarihi:

Kalış süresi ve sonucu:

8.ÖZGEÇMİŞİ:

Doğum öyküsü (Prenatal, Natal, Postnatal)

Doğum Şekli: Sezaryen ☐ ☐ Normal

Önceki hastalıkları, kazalar/ travma, operasyonları

Daha önce kullandığı/ kullanageldiği ilaçları:YOKVAR (Açıklayınız)

Allerjileri:YOKVAR (Açıklayınız)

9.BÜYÜME VE GELİŞME

Motor gelişimi:

Bilişsel gelişimi:

Dil gelişimi:

Sosyal gelişimi:

MOTOR BECERİLER_(Motor-Mental Gelişimi:0-2 yaş grubu için doldurulacaktır)			
Gözleriyle objeyi takip		Emekleme	
Başını tutma		Yürüme	
Eşya yakalama		Kelime Söyleme	
Sağa-Sola Dönme		Kaşık Tutma	
Destekli Oturma		Gündüz İdrarını Söyleme	
Desteksiz Oturma			

NOT: (Ayına/ yaşına uygun olmayan gelişim sorunları var ise belirtiniz):

.....

10.Alışkanlıkları:

Tırnak yeme, parmak emme, pika,

Ritüelleri (emzik gibi):

11. AİLE ÖYKÜSÜ:

1.Aile Yapısı (Ailedeki bireyler, kardeş sayısı, yaşları ve rolleri):

2.Ev ve toplumsal çevre: (Tanımlayınız)

Fiziksel ortam (Ev ve çevresi):

Çevredeki Olanak ve Sınırlılıklar:

3.Ailenin Sosyoekonomik Durumu

Gelir kaynağı:

Sağlık güvencesi:

5.Aile İçi İlişkiler (Örneklendiriniz)

Birlikte geçirilen zaman:

Duygusal paylaşım:

6.Ailenin son 1 yıl içinde major durumsal ve/veya gelişimsel stres yaşama durumu:

....Yok

.....Var (açıklayınız)

7.Aile bireylerinin ölüm ve hastalığa tepkileri:

8.Stres / kriz durumunda en büyük /en önemli destek kaynakları

FİZİKSEL DEĞERLENDİRME- SİSTEMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. GENEL

Nabız:/dk

Solunum:/dk

KB:...../.....mmHg

Ateş:..... °C

2- GENEL DURUM- GENEL GÖRÜNÜM

Genel sağlık durumu:

Son günlerde kilo kaybı/ kilo artışı:

Egzersiz toleransı:

Genel görünümü:

FİZİKSEL ÖLÇÜMLER**DOĞUMDAKI****Çocuğun**

Doğumdaki Tartısı:

Doğumdaki Boy Uzunluğu:

Doğumdaki Baş Çevresi:

Fontanel: Açık () Kapalı ()

Doğum Şekli: Sezaryen ☐ ☐ Normal**MEVCUT****Çocuğun**

Şu Andaki Tartısı :

Persentil:

Boy Uzunluğu:

Persentil:

Baş Çevresic (0-3 yaş çocuklar için):

Persentil:

Göğüs Çevresi:

Karın Çevresi:

Fontanel: Açık ()

Kapalı ()

3- DERİ

Rengi	Normal	Soluk	Siyanotik	Kül rengi	Sarılık
Sıcaklık	Normal	Sıcak	Soğuk		
Turgor	Normal	Zayıf			
Ödem	Yok	Var/Yeri ve özellikleri:			
Lezyonlar	Yok	Var/Yeri ve özellikleri:			
Ekimozlar	Yok	Var/Yeri ve özellikleri:			
Kızarıklık	Yok	Var/Yeri ve özellikleri:			
Kaşınıtı	Yok	Var/Yeri ve özellikleri:			
Kıllanma	Yok	Var/Yeri ve özellikleri:			
Tırnaklar	Normal	Deformite	Renklenme	Hijyenik sorun	

4- BAŞ

Şekil ve simetrisi:

Saçlı deri:

(0-2 yaş çocuklarda) Baş kontrolü:

Suturlar, Fontoneller:

Baş ağrısı, baş dönmesi, travma (varsa ayrıntılı tanım)

5- GÖZLER

Görme Proplemleri	Yok	Var (açıklayınız):
Göz kapaklarında Ödem	Yok	Var (açıklayınız):
Lakrimasyonda artış	Yok	Var (açıklayınız):
Gözlük-lens kullanımı	Yok	Var (açıklayınız):
Göz muayenesi	Yok	Var (açıklayınız):

6- KULAKLAR

Kulak ağrısı, akıntısı: Yok Var(açıklayınız):

İşitme kaybı belirtileri (dikkatsizlik, söyleneni tekrar ettirme, yüksek sesle konuşma, tepkisiz davranış) Yok Var(açıklayınız):

En son işitme testi/kulak kulak muayenesi tarihi - sonucu (varsa):

7- BURUN

Burun tıkanıklığı: Yok Var(açıklayınız):

Yoğun-sık burun akıntısı: Yok Var(açıklayınız):

Burun kanaması: Yok Var(açıklayınız):

8-AĞIZ

Diş	Yok	Normal	Çürük, Eksik, Dolgu
Diş etleri	Normal	Beyaz Plaklar	Lezyonlar
Diş eti kanaması	Yok	Var (Açıklayınız):	
Diş ağrısı	Yok	Var (Açıklayınız):	
Diş hekimi muayenesi tarihi-sonucu (varsa)			
Mukozada değişim	Normal	Var (Açıklayınız):	
Dil görünümü	Normal	Var (Açıklayınız):	

9-BOYUN-BOĞAZ

Ağrı, hareket kısıtlılığı, sertlik, başı çevirmede güçlük:	Yok	Var(açıklayınız):
Lenfadenopati-LAP, kitle:	Yok	Var(açıklayınız):
Boğaz ağrısı, yutma güçlüğü:	Yok	Var(açıklayınız):
Farenkste- tonsillerde kızarıklık:	Yok	Var(açıklayınız):
Ses kısıklığı-boğukluğu:	Yok	Var(açıklayınız):

10- GÖĞÜS

Memelerde büyüme, akıntı, kitle: Yok Var(açıklayınız):

Aksiller nodlarda büyüme: Yok Var(açıklayınız):

KKMM (adölesan ise): Yok Var(açıklayınız):

11- SOLUNUM SİSTEMİ

Solunum hızı:		
Solunumun Niteliği:	Normal	Yüzeysel..... Hızlı..... Çabalı..... Diğer:.....
Öksürük:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Sekresyon:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Wheezing:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Stridor:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):

Eforla nefes nefese kalma:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Sık üst/alt solunum yolu hastalık öyküsü:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):

12- KARDİYOVASKÜLER SİSTEM

Eforla yorgunluk ya da siyanoz	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Kalpde üfürüm öyküsü	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Romatizmal ateş, anemi, öyküsü:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Transfüzyon öyküsü/varsaa transfüzyon zamanı:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Kan Grubu:		

13- GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

Bulantı, kusma:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Deri ve sklerada sarılık:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Geğirme, sindirim güçlüğü:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Diyare-konstipasyon:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Gaita renginde değişim, gaitada kan	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Paraziter enfeksiyon öyküsü/belirtileri	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Abdominal distansiyon:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Barsak Sesleri	Yok	Var

14-GENİTOÜRİNER SİSTEM

İdrarda ağrı, yanma:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
İdrar yapamama:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
İdrar tutamama:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
İdrarda koku:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
İdrarda hematüri, noktüri, poliüri:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
İdrar miktarı- sıklığı:		
Son idrar analizi tarihi, sonuçları:		
Testislerin büyüklüğü/ lokasyonu:		
Testislerin büyüklüğünde değişme, kitle (erkek adölesanda kendi kendine testis muayenesi):		
Menarş, menstrasyon düzeni, sorunları:		
Vajinal akıntı, kaşıntı:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):

15-NÖROLOJİK-DUYGUSAL

Mental Durum:	Alert ☐ Oryante.....	Duygusal Küntlük..... Ajite...
	Tepkisiz... Laterjik.....	Bellekte zayıflık..... Konfüze....
Konuşma:	Normal Kekeme....	Bozuk... Motor afazi.....
Mevcut/ Öyküde Nöbet, tremor:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Mevcut/ Öyküde baş dönmesi:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Mevcut/ Öyküde bellek kaybı:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Mevcut/ Öyküde konuşma problemi:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Mevcut/ Öyküde anormal alışkanlıklar:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Işık reaksiyonu:	Evet	Hayır (Tanımlayınız):
Refleksler:		
Yenidoğan Refleksleri:		

16- KAS-İSKELETSİSTEMİ

ROM:	Tam	Diğer
Yürüyüş ve denge:	Dengeli	Dengesiz
El kavrayışı:	Eşit/Güçlü	Zayıflık/paralizi (....sağsol)
Bacak kasları:	Eşit/Güçlü	Zayıflık/paralizi (....sağsol)
Kas ağrısı, halsizlik, zayıflık:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Sakarlık, koordinasyon kaybı:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Alışılmamış hareketler:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Sırt ve eklem sertliği:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Kas ağrısı, krampları:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Anormal postür, yürüyüş:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Deformite, kırık, burkulma:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
GKÇ bulguları:		
Gluteal plilerin simetrisi:		

17- ENDOKRİN SİSTEM

Hava değişimlerine toleranssızlık:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Yoğun susama:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Yoğun terleme:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Deride tuz tadı:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):
Erken puberte belirtileri:	Hayır	Evet (Tanımlayınız):

18.HASTANIN AĞRISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

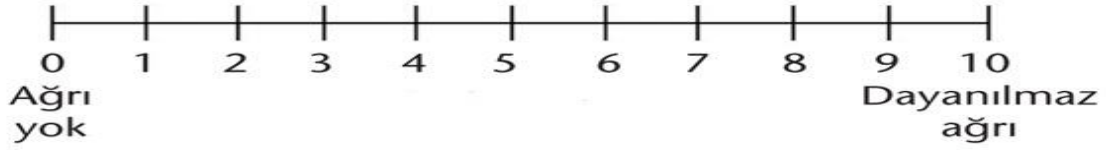
0-5 yaş Wong Baker Yüzler Ağrı Değerlendirme Ölçeği

Ağrıyı Değerlendirme Tarih/Saati:



Okul Çağı Çocuk Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası

Ağrıyı Değerlendirme Tarih/Saati:



İLAÇLAR

İlaç Adı	Veriliş Sıklığı/Yolu/Dozu	Endikasyonları	Major Yan Etkileri	Hemşirelik Girişimleri

LABORATUAR TESTLERİ

Test	Değeri	Tarih	Normal Değeri	Sizce Hastanın Durumu İle İlişkisi Nedir?
Eritrosit				
Hemoglobin				
Hemotokrit				
Trombosit				
Lökosit				
Nötrofil				
Eozinofil				
Bazofil				
Lenfosit				
Na+				
K+				
Cl				
Ca				
Mg				
P				
Açlık kan şekeri				
Tokluk kan şekeri				
HbA1C				
BUN				
Kreatinin				
Üre				
Ürik asit				
Total Kolesterol				
HDL				
LDL				
Trigliserid				
Troponin				
CPK				
CPKMB				
LDH				
ALT				
AST				
SGOT				
SGPT				
Total protein				
Albumin				
Globulin				
IgG				
IgA				

IgM				
Fe				
Ferritin				
Total bilirubin				
Direkt bilirubin				
İndirekt bilirubin				
PT				
PTT				
INR				
PH				
PaO2				
PaCO2				
O2 Saturasyonu				
HCO3				
TSH				
T3				
T4				
Troid antikoru				
Sedimantasyon				
Diğer:				

YAPILAN TANI VE TETKİK İŞLEMLERİ (Tarih/Saat ve Tanısal Bulgular/Sonuçlar)

Tomografi:

MR:

USG:

EKG:

Bronkoscopi:

Endoscopi:

Biyopsi:

Diğer:

**FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ SAĞLIĞI ALGILAMA-
SAĞLIĞIN YÖNETİMİ ÖRÜNTÜSÜ**

Doğumdan beri bebeğin/ çocuğun genel sağlık durumu:

Genellikle çok iyi İyi Sık sık hastalanır Genellikle bazı sağlık sorunları var

Rutin sağlık kontrolleriYapılıyorBazen yapılıyorHiç yapılmıyor

Geçirdiği Enfeksiyon hastalıkları:YOKVAR (Açıklayınız)

Diş sağlığı:

Sağlığı korumak için yaptıkları uygulamalar?

Herhangi bir hastalık belirtisi olduğunu algıladıklarında ebeveynlerin ne yaptığı?

Bağışıklanma durumu:

AŞI	Yapılış Tarihi				
Hep-B					
BCG					
DBT- IPA-Hib					
KPA					
KKK					
DaPT-IPA					
OPA					
Hep-A					
Su çiçeği					
Diğer					

Ebeveynler / aile üyeleri sigara kullanıyor mu?EVETHAYIR

Çocuğun yanında sigara içiliyor mu?EVETHAYIR

Geçirdiği ev içi /dışı kazalar ?YOKVAR (Sayı ve türünü açıklayınız)

1
2
3

Evde çocuğa özel oyuncaklar var mı?YOK VAR (Açıklayınız)

Oyuncak seçerken nelere dikkat ediliyor?

Çocuğun güvenliği için alınan önlemler ?

Ebeveynlerin genel sağlık durumu? Genellikle çok iyiİyiSık sık hastalanır

Genellikle bazı sağlık sorunları var

AKTİVİTE-EGZERSİZ ÖRÜNTÜSÜ

-Banyo rutini (Ne zaman, nerede ve nasıl ?)

- Bebek / çocuğun güçlülüğüne ilişkin ebeveynlerin değerlendirmesi ?

..... Güçlü bir çocuk Çabuk yorulur/ dayanıksızNormal

ÇOCUĞUN ÖZBAKIM YETERLİLİĞİ

	Tamamen bağımsız	Denetim gerekiyor	Yardım gerekiyor	Tamamen bağımlı
Beslenme				
Giyinme				
Tuvalet				
Kendine çeki -düzen verme				
Banyo				

Oyun Özellikleri:

Tercih ettiği oyunlar ve oyun türü:

Diğer kişilerle birlikte oynama tercihi: YOK VAR(Açıklayınız)

Özellikle düşkün olduğu bir oyuncak /obje YOK VAR (Açıklayınız)

Bu oyuncak/ obje yanında mı? HAYIR EVET (Açıklayınız)

BESLENME /METABOLİK

BEBEK İSE:

Beslenme /yeme şekli:

Anne sütü ☐ Mama ☐ Anne sütü ve mama ☐

Anne sütü /mama ve ek gıdalar ☐ Diğer ☐

Ek gıdalara başlama durumu: HAYIR EVET (Açıklayınız)

NELER VERİLDİĞİ	NASIL VERİLDİĞİ

BEBEK VE ÇOCUKLAR İÇİN:

İştah durumu:Çok iştahlı İştahı normal İştahsız

Besin tercihleri:YOKVAR (Açıklayınız)

Beslenme konusunda çatışma:HAYIREVET (Açıklayınız)

Çocuğun bir günlük tipik /genelde yedikleri (örnekleyiniz)

Ebeveynlerin / ailenin beslenme durumu?

BOŞALTIM ÖRÜNTÜSÜ

Barsak alışkanlıkları	/gün	Son defakasyon zamanı/...../...	Konstipasyon	Diyare	Enkomprezis	Diğer
Mesane alışkanlıkları	Sıklığı/gün	İdrarda koku	İdrarda yanma	Hematüri	Retansiyon	İnkontinans Enürezis

Bez değişimi rutini?

Tuvalet eğitimi?YOKDEVAM EDİYOR(Açıklayınız)KAZANILMIŞ

Aile tarafından tanımlanan bir problem var mı?YOKVAR (Açıklayınız)

UYKU- DİNLENME ÖRÜNTÜSÜ

Uyku süresi :.....saat/gece

Yatma zamanı..... Uyanma zamanı.....

Gündüz uykusu Zamanı ve süresi.....

Yatmadan önce özel alışkanlıkları?YOK VAR (Açıklayınız)

Uyku problemleri ?YOK VAR (Açıklayınız)

..... Uykuya dalmada güçlükKabus görmeUykuda gezme Diğer

BİLİŞSEL - ALGISAL ÖRÜNTÜ

- Bebek/ çocuğun genel olarak uyaranlara tepkililiği
..... Tepki veriyor Ancak güçlü uyaranlara tepkiliTepkisiz
- -Konuşma/ sesli uyaranlara tepkisi
.....NormalAz tepkili.Tepkisiz
- Görsel uyaranlara tepkisi / obje takibi
..... NormalAz tepkili.Tepkisiz
- Taktil /dokunsal uyaranlara tepkisi
..... Normal.....Az tepkili.Tepkisiz
- Çocuğun tanımadığı kişilere tepkisi?
- Kullandığı sözcükler / cümleler ya da çıkardığı sesler ?.....
- Çocuğun özel olarak kullandığı sözcükler ve anlamları ?.....
- Gereksinimlerini bildiriş şekli?.....
- Arkadaş sayısı ?
- Arkadaşları/ başkaları ile ilişkileri ?
- Okul performansı ?
- Çocuğun evden/ ebeveynlerden ayrılmaya genel tepkileri ?
- Ebeveynlerin ve çocuğun hastalık ve hastaneye yatmaya ilişkin major endişeleri?

CİNSELLİK

- Çocuğun davranışlarının cinsel kimliğine uygunluğu ?
- Menstruasyon ve özellikleri

HASTA PROFİLİ/HEMŞİRELİK YORUMU:

TIBBİ TANI FORMU (Hastanın tıbbi tanısı bilimsel kaynaklardan yararlanılarak yazılmalı)

YARARLANILAN KAYNAKLAR

GÖZLEM FORMU

Adı Soyadı:	Dosya No:	Oda/Yatak No:	Klinik:
-------------	-----------	---------------	---------

Tarih:	Yatış Tarihi:	Boy/Kilo:
--------	---------------	-----------

Diyet:	Kan Grubu:	Adlı Vaka:
--------	------------	------------

Kronik Hastalık:	Bilinç Durumu	İzolasyon:
------------------	---------------	------------

"DİKKAT: ALERJİ YAPIYOR"

[illegible]

ÖĞRENCİ HEMŞİRE GÖZLEM NOTLARI	08-16	16-24	24-08

AÇT	08-16	16-24	24-08		
	Oral Parenteral	Oral	Oral Parenteral	Toplam	Balans
Aldığı					
Çıkardığı					

SIVI İZLEM FORMU

[illegible]

KSÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMA DERSİ

Hastanın
Adı Soyadı :
Birimi :

Öğrencinin
Adı Soyadı :

ALDIĞI-ÇIKARDIĞI İZLEM FORMU

Tarih ve Saat	Parenteral Sıvı/Cinsi Miktarı/Saat	Kalan Sıvı/cc	Damla Sayısı/Dk.	Giden Sıvı/cc	NOTLAR	Besinin Cinsi Miktarı Yolu	Alınan Miktar	NOTLAR	Kusma cc	İdrar cc	Dışkı	Drenaj cc	Diğer	NOTLAR

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI HASTA EĞİTİM PLANI

(Hemşirelik eğitimi 1 den fazla ise her bir eğitim için ayrı ayrı alınmalı)

Hasta Adı ve Soyadı	Tarih/Saat	Eğitim Süresi	Eğitim verenin adı soyadı		Yer
Eğitim Tanıları	Eğitimin amacı	Eğitimin Hedefleri	Eğitimin İçeriği (Eğitim içeriği buraya yazılmalı, eğitim materyaller ile desteklenmeli ve hastanın düzeyine göre yazılıp anlatılmalı)	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Değerlendirme
		Bilişsel 			

KSÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU

(NOT: Hemşirelik tanısı 1 den fazla ise her bir tanı için ayrı ayrı alınmalı. Yapılan başka girişim tahlil vb varsa ayrı ayrı yazılmalı.)

Hastanın Adı Soyadı:
Bölümü:

Öğrenci Hemşirenin
Adı Soyadı:
İmza:

Tıbbi Tanısı:

HEMŞİRELİK TANISI/TARİH	ETYOLOJİ	BELİRTİ/BULGU (SEMPATOM)	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME

KSÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU

(NOT: Hemşirelik tanısı 1 den fazla ise her bir tanı için ayrı ayrı alınmalı. Yapılan başka girişim tahlil vb varsa ayrı ayrı yazılmalı.)

Hastanın Adı Soyadı:
Bölümü:

Öğrenci Hemşirenin
Adı Soyadı:
İmza:

Tıbbi Tanısı:

HEMŞİRELİK TANISI/TARİH	ETYOLOJİ	BELİRTİ/BULGU (SEMPOM)	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME

KSÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU

(NOT: Hemşirelik tanısı 1 den fazla ise her bir tanı için ayrı ayrı alınmalı. Yapılan başka girişim tahlil vb varsa ayrı ayrı yazılmalı.)

Hastanın Adı Soyadı:
Bölümü:

Öğrenci Hemşirenin
Adı Soyadı:
İmza:

Tıbbi Tanısı:

HEMŞİRELİK TANISI/TARİH	ETYOLOJİ	BELİRTİ/BULGU (SEMPOM)	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME

KSÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU

(NOT: Hemşirelik tanısı 1 den fazla ise her bir tanı için ayrı ayrı alınmalı. Yapılan başka girişim tahlil vb varsa ayrı ayrı yazılmalı.)

Hastanın Adı Soyadı:
Bölümü:

Öğrenci Hemşirenin
Adı Soyadı:
İmza:

Tıbbi Tanısı:

HEMŞİRELİK TANISI/TARİH	ETYOLOJİ	BELİRTİ/BULGU (SEMPOM)	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME

KSÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
KLİNİK HASTA PAYLAŞIM FORMU

..... SERVİSİ YATAN HASTA LİSTESİ.

TARİH:

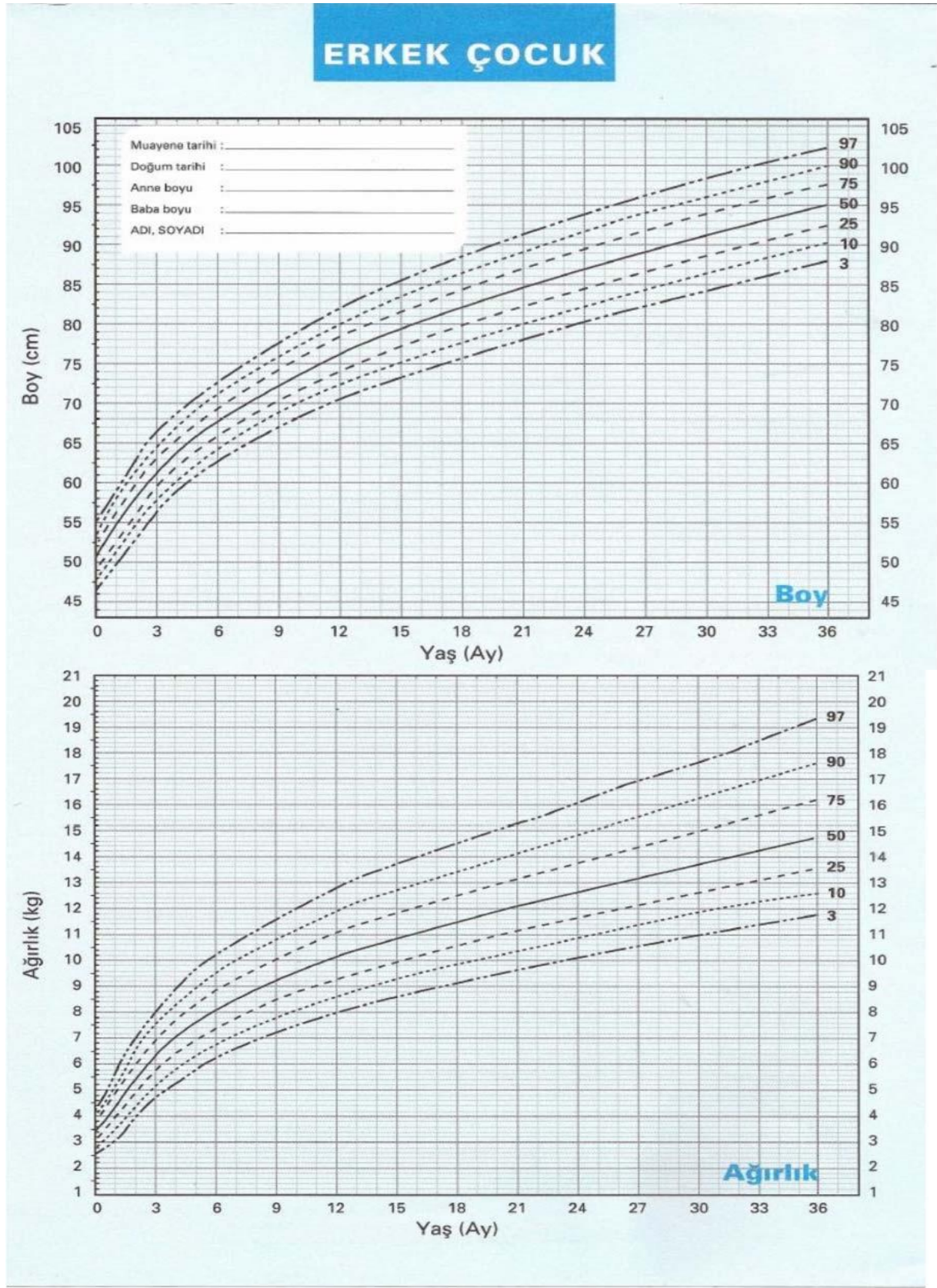
Oda No	Öğrenci Adı Soyadı	Hasta Adı Soyadı	Tanı	Yaşı	Yatış Tarihi - Çıkış Tarihi

Sorumlu Öğrencinin Adı Soyadı :

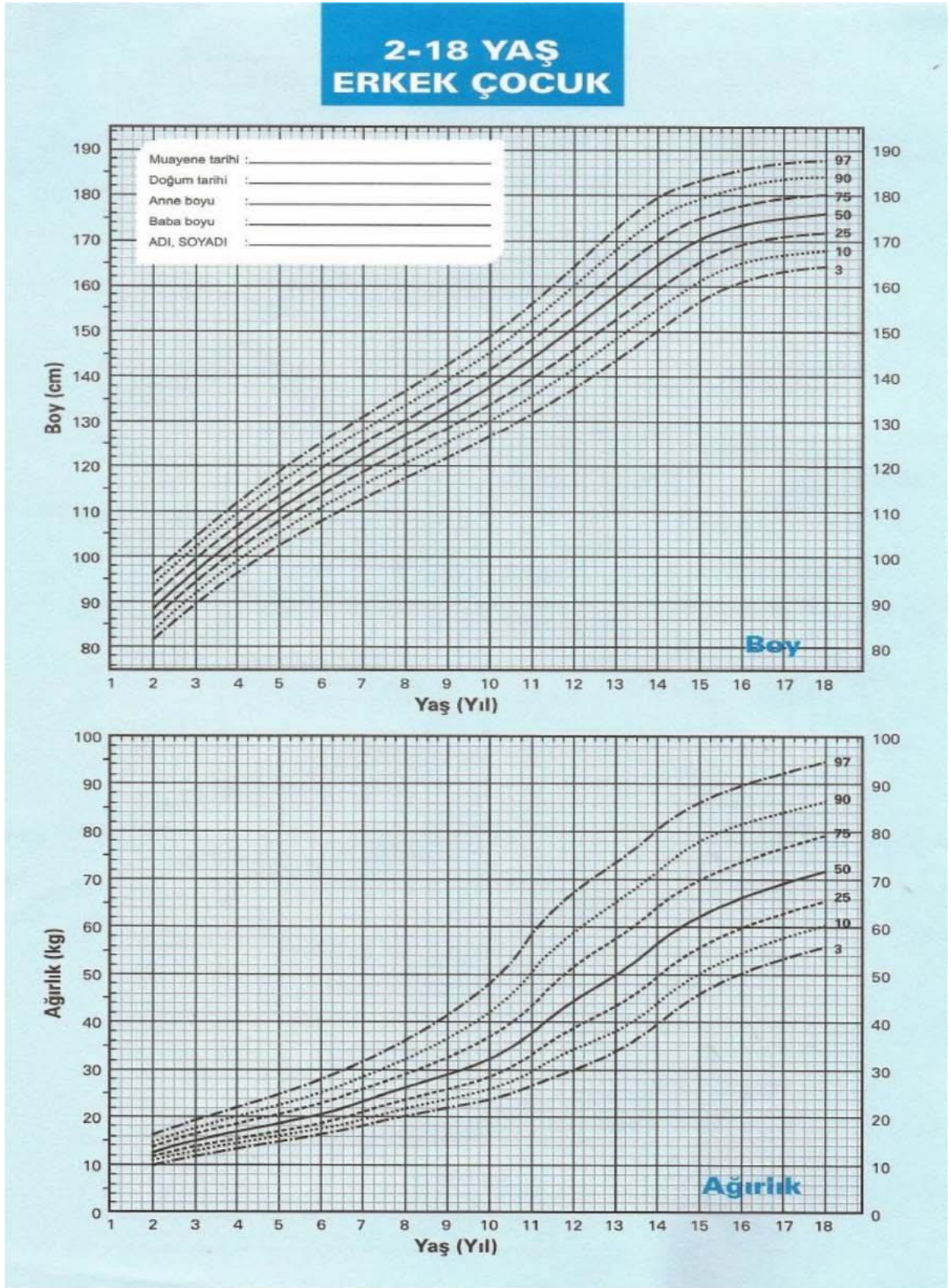
İmzası:

EKLER

EK-1 PERSENTİL DEĞERLERİ

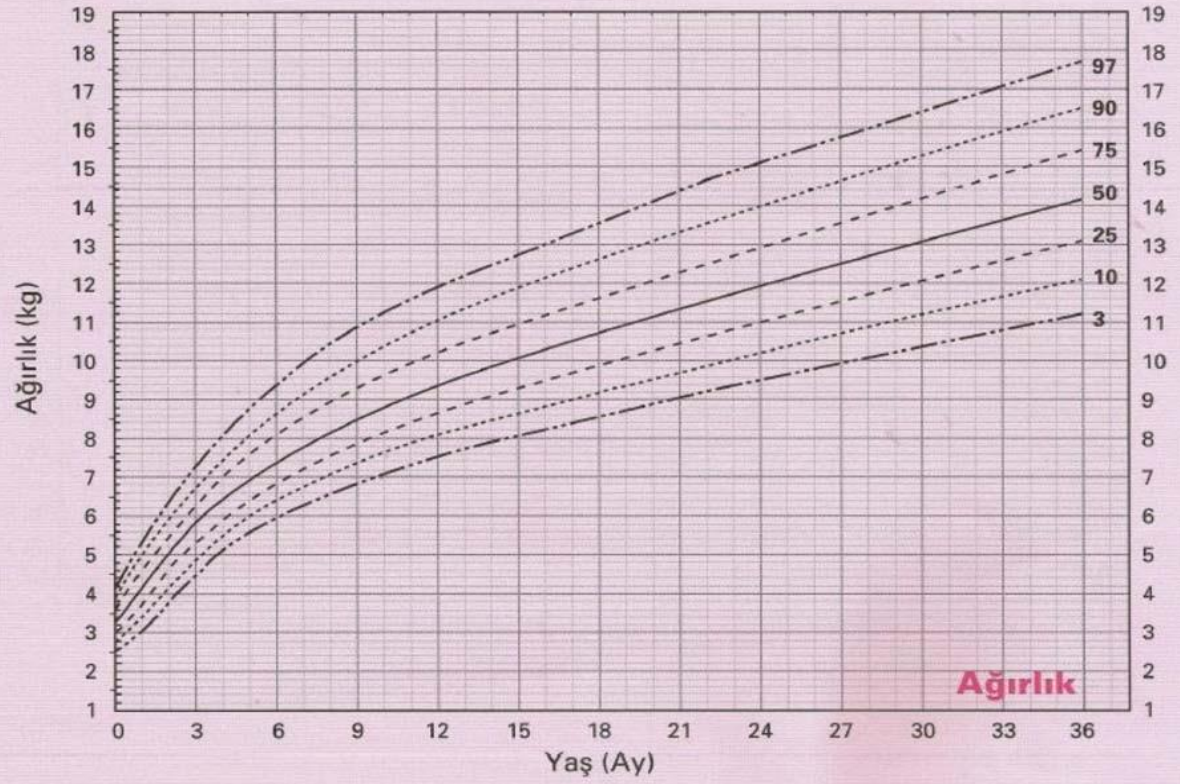


Şekil 1. 0-36 ay erkek çocuklarında boy ve vücut ağırlığı persantil eğrileri.

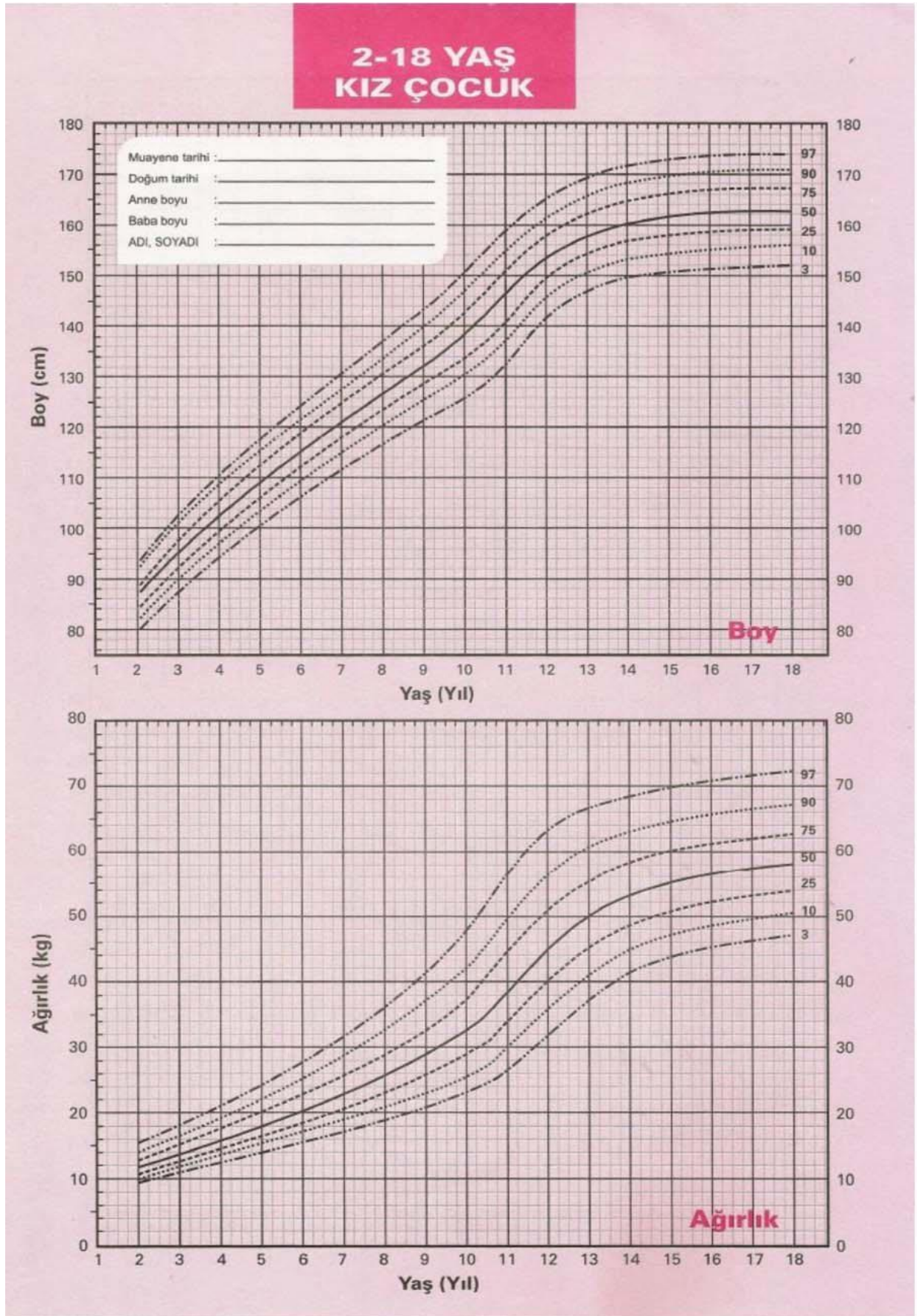


Şekil 2. 2-18 yaş erkek çocuklarında boy ve vücut ağırlığı persantil eğrileri.

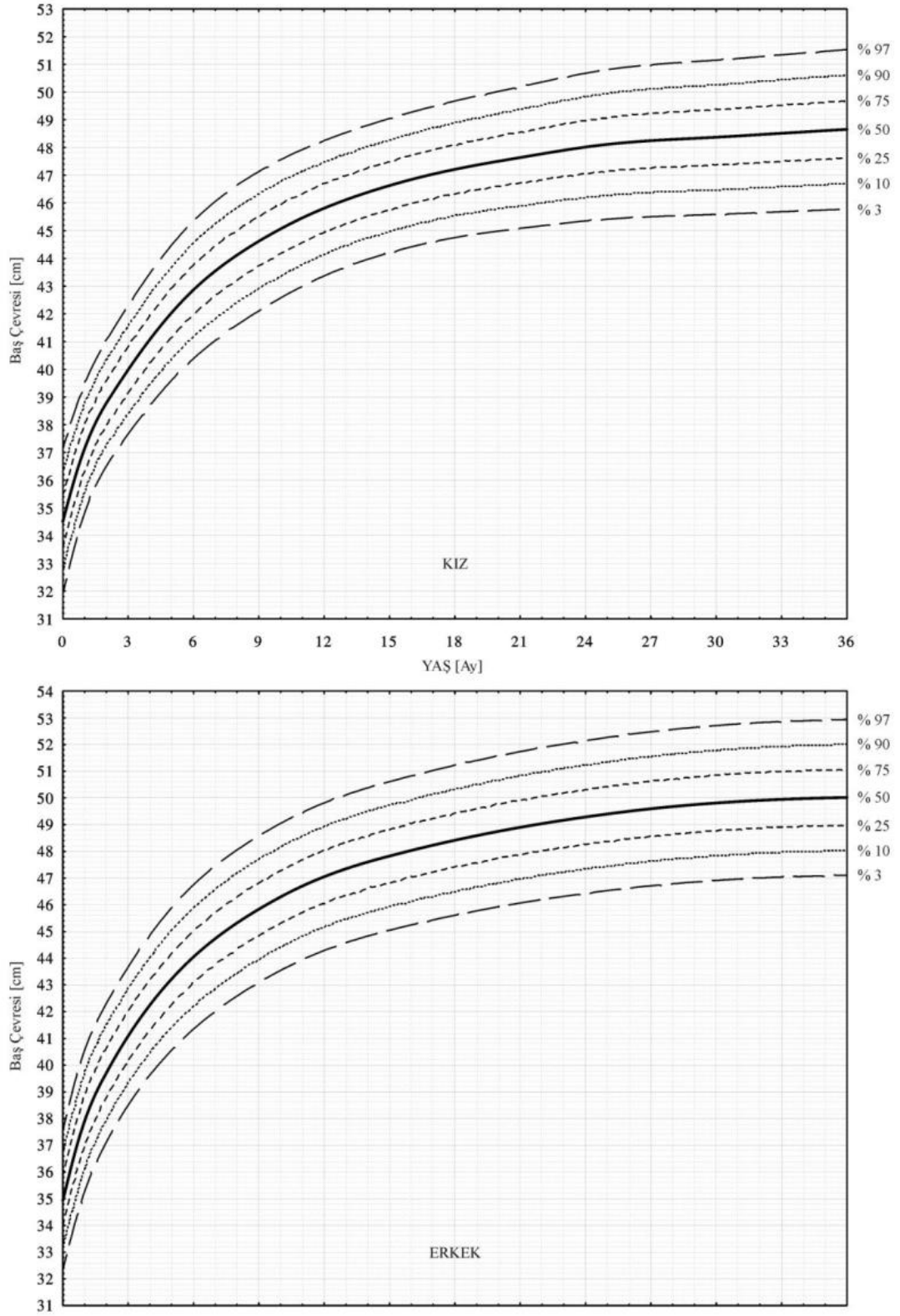
KIZ ÇOCUK



Şekil 3. 0-36 ay kız çocuklarında boy ve vücut ağırlığı persantil eğrileri.



Şekil 4. 2-18 yaş kız çocuklarında boy ve vücut ağırlığı persantil eğrileri



Şekil 3. 0-3 yaş erkek ve kız çocuklarında baş çevresi persantil eğrileri

Şekil 5. 0-36 ay kız ve erkek çocuklarında baş çevresi persantil eğrileri

<https://drmehmetbakisenyurek.wordpress.com/hekimler-icin/persantiller/olcay-neyzi-persantil-degerleri/>

EK-2 ÇOCUKLARDA VİTAL BULGULAR

Çocuklarda Yaşa Göre Normal Vital Bulgular

Yaş	Kalp hızı
Prematüre ve yenidoğan	100-170 ()
Oyun ve okul öncesi çocuğunda	70-110
Okul çocuğunda	65-110 (60-110)
Adölesanlarda	00-170

Yaş	Solunum Sayısı
Prematüre	40-70
Süt çocuğunda	30-60
Oyun ve okul öncesi çocuğunda	22-40 (24-40)
Okul çocuğunda	18-30 (16-25)
Adölesanlarda	12-16 (12-20)

Yaş	Kan basıncı
Yenidoğan	60-90/20-60
Süt çocuğunda	87-105/53-66
Oyun Çocuğunda	95-105/53-66
Okul Öncesi Çocuğunda	95-110/56-70
Okul çocuğunda	97-112/57-71
Adölesanlarda	110-130/65-80

Ölçüm Yerlerine Göre Normal Vücut Sıcaklığı Değerleri	
Ölçüm Yöntemleri	Normal Değerler
Oral	36.5-37.5 °C
Aksiller	36-37.3 °C
Rektal	37-38 °C
Timpanik	36.5- 37.5 °C

Kaynaklar:

Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B. (2021) Pediatri Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Yayınevi.s 109-10