

**SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ
ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME REHBERİ**

**HEM 102 HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKE VE
UYGULAMALARI II**



ÖĞRENCİ TANITIM FORMU

| | |
|-----------------|----------|
| Doküman No | İÇ KAPAK |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 2 / 36 |

ÖĞRENCİ BİLGİSİ

| | | |
|-------------------------------|--|----------|
| Adı ve Soyadı | | Fotograf |
| Numarası | | |
| İmzası | | |
| Uygulama Yaptığı Servis/Bölüm | | |
| Uygulama Tarihi | | |
| Sorumlu Öğretim Elemanı | | |
| Alan/Klinik Rehber | | |

İÇİNDEKİLER

1. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ SORUMLU ÖĞRETİM ELEMAN(LARI)
2. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ İLKELERİ
3. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ UYGULAMA HEDEFLERİ
4. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENME ÇIKTILARI
5. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ YÖNETİM PLANI
6. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ TASARIMI
7. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ FORM VE EK LİSTESİ
8. FORMLAR
FORM-1 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
FORM-2 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
FORM-20A SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
9. EKLER
EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
EK-2A YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU
EK-3A YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
EK-4A YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
EK-5A YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
EK-6 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
EK-7 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
EK-8 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
EK-9 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
10. KAYNAKLAR

1. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ SORUMLU ÖĞRETİM ELEMAN(LARI)

Dr. Öğr. Üyesi Gözde ÖZARAS ÖZ

2. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ İLKELERİ

- a) Öğrenci, Bölüm Başkanlığının bildirdiği uygulama programına tamamen uymak, istenilen görevleri zamanında ve eksiksiz olarak gerçekleştirmek, uygulama yaptığı kurumlarda çalışan diğer ekip üyeleri ile profesyonel iletişim kurmak ve kurumlardaki bakım prosedürlerine hâkim olmak durumundadır.
- b) Öğrenci uygulama sürecinde bulunduğu kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uyma ve kullandığı araç-gereç-malzemeyi birim yetkilisinin (servis hemşiresi, klinik sorumlusu, eğitmen vb.) bilgisi dâhilinde ve özenle kullanmak zorundadır. Bu durumun yerine getirilmemesinden doğan her türlü sorumluluk öğrenciye ait olup, gerekli hallerde öğrenci hakkında Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümleri uygulanır.
- c) Öğrenci, uygulamaları uluslararası ve ulusal bildirgeler ve mevzuatta öngörülen mesleki, etik ve yasal yükümlülükler doğrultusunda gerçekleştirir.
- d) Öğrenci kendisi ve uygulama alanında bakım verdiği birey ve/veya aile için enfeksiyon riski oluşturmayacak hijyenik kurallara uymak zorundadır.
- e) Dönem içinde her öğrenci bir mesleki uygulama dersi için klinik uygulama rotasyonunda belirtilen özel ve kamu kurumlarında klinik uygulamaya devam etmek durumundadır.
- f) Öğrenci, uygulamalarını, dersin gerektirdiği bilgi ve beceriler doğrultusunda sorumlu öğretim elemanı veya öğretim elemanının olmadığı durumlarda ise ilgili birimin hemşiresi/sorumlusu denetiminde gerçekleştirir ve kaydeder. Öğretim elemanı ya da klinik hemşiresi olmadan, bağımsız olarak ilaç tedavisi yapamaz. Hastanın beden bütünlüğüne yönelik herhangi bir girişimsel işlem (intravenöz kateter yerleştirme vb.) uygulayamaz. Öğrenci, klinik sorumlu hemşiresi nezaret ve denetimi olmaksızın yazılı ya da sözel hekim istemi alamaz.
- g) Öğrenci uygulamalar sırasında hastanın mahremiyeti ya da gizliliğini ihlal eden herhangi bir eylemde bulunamaz, kişiye özel bilgileri ifşa edemez.
- h) Uygulama süresinin sonunda öğrenciler hazırladıkları **klinik uygulama değerlendirme dosyasını** belirlenen **formata uygun** olarak bir adet vesikalık fotoğrafları ile dersin sorumlu öğretim elemanına teslim etmek zorundadır.
- i) Öğrenciler, her bir dönem için belirlenen rotasyon programında, belirtilen takvime bağlı uygulama yerinde bulunacaklardır. Dersin sorumlu öğretim elemanı/servis sorumlusu/klinik rehber hemşirenin bilgisi olmadan **kesinlikle** görev yerinden ayrılmayacaklardır.
- j) Uygulama alanına geç gelen öğrencilerin imzası alınmayacaktır. **Tam gün devamsız kabul edilecektir.**
- k) Öğrenci uygulaması tamamlanmadan uygulama alanından ayrılamaz. Uygulama bitiş saati öncesinde uygulama alanını terk ettiği tespit edilen öğrenciler, o gün için **uygulama yapmamış** sayılıp devamsız kabul edilecektir.
- l) Uygulama alanlarında cep telefonu sessiz konumda olmalıdır. Acil durumlarda öğretim elemanının bilgisi dâhilinde telefon görüşmesi yapılabilecektir.
- m) Öğrencilerin uygulamaya **%80 oranında devamları** zorunludur. Devamsızlık haklarının aşılması durumunda telafi durumu olmaksızın doğrudan uygulamadan **başarısız** sayılacaktır ve **finale girme durumu olmadığından tekrar durumuna düşecektir.**
- n) Her öğrenci, uygulama yaptığı birimde teorik bilgi, uygulama becerisi, çalışma disiplini, performansı, iletişimi, kayıt tutması vb. yönlerden uygulama sorumlusu/yürütücüsü/alan rehberi tarafından değerlendirilir.
- o) Öğrenci, ders uygulama alanında öğrenci kimlik belgesini görünebilecek şekilde takmak zorundadır.
- p) Öğrenciler ders uygulamalarında üniforma/beyaz önlük giymek zorundadırlar. Öğrencinin giydiği kıyafet üniversite öğrencisine yakışacak temizlikte ve özende olmalıdır. Bunlar;
 - ✓ **Üniforma:** Bölümün ders uygulamasına yönelik üniforma düzeni aşağıda verilmiştir.
 - ✓ **Üniforma üstü:** Beyaz, hâkim yaka şeklinde, önden çıtçıtı, kısa kollu (dirsek hizasını geçmeyecek), üzerinde üç cep olacaktır. Altta iki yanlarda, sol üstte bir göğüs cebi olacaktır. Sol üst cebin üzerine üniversitenin amblemi dikilecektir.
 - ✓ **Üniforma altı:** Lacivert pantolon, bel yarım lastikli, düz paça ve cepsiz olacaktır. Pantolonun arka ve ön kısımlarında ütü izi dikiş ile belli olacaktır.
 - ✓ **Ayakkabı:** Siyah, lacivert, gri ya da beyaz renkte spor, topuksuz ve ortopedik özelliğe sahip olmalıdır. Terlik, bot, karışık renkli ayakkabı giyilmeyecektir.
 - ✓ **Hırka:** Gerekli duyan hallerde öğrenciler formasının üzerine sade, desensiz, kapüşonsuz, sıfır yaka, penye/örgü lacivert, siyah ya da beyaz renkte hırka giyebileceklerdir.
 - ✓ **Beyaz Önlük:** Öğrenci dersin gereğine göre bazı eğitim alanlarında (psikiyatri kliniği, laboratuvar, okul, işyeri, ev vb.) beyaz önlük giymelidir.
 - ✓ **Baş Örtüsü:** Öğrenciler sade lacivert, sade beyaz ya da sade siyah renkte baş örtüsü ve aynı renkte bone kullanabileceklerdir.
 - ✓ Öğrenciler uygulamaları süresince; top küpe, alyans ve saat dışında herhangi bir takı takamaz.
 - ✓ Saçlar dağınık olmayacak şekilde ense hizasında topuz yapılacak olup, erkek öğrenciler temiz bıyık ve top sakal dışında sakal bırakamayacaklardır.
 - ✓ Tırnaklar kesinlikle kısa ve ojesiz olmalıdır.
- q) Öğrenci uygulama esnasında stres, kaygı ya da korkuya yol açan herhangi bir durumla karşılaştığında ya da fiziksel zarar gördüğünde, bu durumu öncelikle ilgili öğretim elemanına ve uygulama alanı sorumlu hemşiresine bildirerek olayı rapor eder.
- r) Saha/Klinik Uygulama Dersi İlkeleri, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Mesleki Alan Uygulama Yönergesi maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.
- s) Saha/Klinik Uygulama Dersi; 17 Haziran 2021 tarih ve 31524 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yükseköğretimde Uygulamalı Eğitimler Çerçeve Yönetmeliği’nin Uygulamalı ders, 14. Maddenin 4 nci ve 5 nci bendi kapsamında 3308 sayılı ve 5510 sayılı Kanunun ilgili hükümlerine uygun olarak öğrenciler hakkında iş kazası ve meslek hastalığı ile hastalık sigortası yaptırılarak uygulamalı ders rotasyon planı kapsamında yürütülür.

Okudum, anladım ve kabul ediyorum.

Öğrencinin Adı Soyadı:

İmza:

3. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ UYGULAMA HEDEFLERİ

| UYGULAMA DÖNEMİ | HAFTA | HEDEFLER |
|-----------------|--------------|--|
| TARİH | 2.-14. HAFTA | 1. Yaşamsal bulgular ile ilgili temel parametreleri açıklayabilme. |
| | | 2. İlaç uygulama ile ilgili anatomik bölgeleri sayabilme. |
| | | 3. İlaç uygulama adımlarını doğru bir gerçekleştirebilme. |
| | | 4. Uygulama maketi/birey üzerinde yara bakımını yapabilme. |
| | | 5. İntravenöz infüzyon hızını hesaplayabilme. |
| | | 6. Hastaya/mankene yatak içinde koruyucu pozisyon verebilme. |
| | | 7. Hastanın/mankenin bireysel hijyen bakım uygulamalarını yapabilme. |
| | | 8. Solunum sistemi ile ilgili temel kavramları, yöntemleri ve ilkeleri tanımlayabilme. |
| | | 9. Hastanın özafagusu ile trake arasındaki anatomik farkı ayırt edebilme. |
| | | 10. Hastaya/mankene nazogastrik kateter uygulamasını yapabilme. |
| | | 11. Hasta/manken üzerinde kolostomi bakımına ilişkin edindiği bilgileri beceri ve tutuma dönüştürebilme. |
| | | 12. Hastaya üriner kateter bakım uygulamasını doğru bir şekilde gerçekleştirebilme. |
| | | 13. Hemşirelik bakım sürecini (NANDA) kavrayabilme. |
| | | 14. Hastanın verileri doğrultusunda hasta bakımını yönetebilme. |

4. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENME ÇIKTILARI

1. Hemşirelik mesleğinin görev, yetki ve sorumluluklarını bilir.
2. Hasta bireyin bakımı için gerekli bilgileri söyler.
3. Hemşireliğin temel ilke ve uygulamalarını kavrar.
4. Hemşirelik bakım sürecine ilişkin temel bilgileri kavrar.
5. Edindiği bilgileri beceri ve tutuma dönüştürür.

5. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ YÖNETİM PLANI

Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar II dersi için uygulamaya çıkılacak kurum, Çankırı Devlet Hastanesi olup, çıkılacak servisler, “göğüs servisi, nöroloji servisi, dahiliye servisi, ortopedi servisi ve genel cerrahi servisidir.

6. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ TASARIMI

| DERSİN ADI VE KODU: HEMİ02 HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR II | | | | |
|--|--|--|--|---|
| HAFTALAR | KONULAR | ÖĞRENME ÇIKTILARI | ÖĞRENME ÇIKTILARINI KAZANDIRMA YÖNTEM ve MATERYALLERİ | ÖĞRENME ÇIKTILARINI ÖLÇME YÖNTEMİ |
| 1. Hafta | Yaşam bulgularının ölçülmesi -Vücut Sıcaklığının Oral, Aksillar, Timpanik Mebran,Yoldan Ölçülmesi -Kan Basıncının Ölçülmesi -Solunumun Değerlendirilmesi -Nabzın Değerlendirilmesi -Ağrının ölçülmesi ve Değerlendirilmesi | <ul style="list-style-type: none"> Yaşam bulguları ile ilgili kavramları sayar (ÖÇ3-4-5). Yaşam bulgularını ölçer (ÖÇ3-4-5). Yaşam bulgularının normal anormal değerleri bilerek analiz eder (ÖÇ3-4-5). Yaşam bulgularına uygun müdahaleleri sayar (ÖÇ3-4-5). | <ul style="list-style-type: none"> *Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist 1 Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma Kahoot | <ul style="list-style-type: none"> Ara sınav (2): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20 |
| 2. Hafta | İlaç uygulamaları -Oral ilaç uygulamaları -Lokal ilaç uygulamaları -Parenteral ilaç Uygulamaları | <ul style="list-style-type: none"> İlaç uygulaması ile ilgili kavramları sayar (ÖÇ3-4-5). İlaç uygulama ile ilgili anatomik bölgeleri sayar (ÖÇ3-4-5). Oral ilaç uygulamasını (ÖÇ3-4-5). Lokal ilaç uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5). Parenteral ilaç uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5). | <ul style="list-style-type: none"> *Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist 2 Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma Kahoot | <ul style="list-style-type: none"> Ara sınav (2): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20 |
| 3. Hafta | İlaç uygulamaları -Oral ilaç uygulamaları -Lokal ilaç uygulamaları -Parenteral ilaç Uygulamaları | <ul style="list-style-type: none"> İlaç uygulaması ile ilgili kavramları sayar (ÖÇ3-4-5). İlaç uygulama ile ilgili anatomik bölgeleri sayar (ÖÇ3-4-5). Oral ilaç uygulamasını (ÖÇ3-4-5). Lokal ilaç uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5). Parenteral ilaç uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5). | <ul style="list-style-type: none"> *Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist 2 Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma Kahoot | <ul style="list-style-type: none"> Ara sınav (2): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20 |
| 4. Hafta | Sıvı-elektrolit dengesi IV ilaç uygulamaları -İntravenöz kateter uygulaması -İntravenöz sıvı tedavisini başlatma - intravenöz solüsyon şişesini değiştirme - Bolus/puşe ilaç uygulama -İntravenöz kateter çıkarma -Venöz kan örneği alma | <ul style="list-style-type: none"> İntravenöz kateter uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5). İntravenöz infüzyon hızını hesaplar (ÖÇ3-4-5). İntravenöz sıvı tedavisini başlatır (ÖÇ3-4-5). Venöz kan örneği alır (ÖÇ3-4-5). | <ul style="list-style-type: none"> *Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist 3 Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma Kahoot | <ul style="list-style-type: none"> Ara sınav (2): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20 |

| | | | | |
|----------|---|---|---|--|
| 5. Hafta | <p>Hareket gereksinimi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hastanın İki Kişi ile Yatağına Başucuna Çekilmesi -Hastanın Yatak Kenarına Çekilmesi -Hastanın Supine Pozisyonundan Lateral Pozisyona Getirilmesi -Hastanın Lateral Pozisyonundan Supine Pozisyonuna Getirilmesi -Hastanın Supine Pozisyonundan Prone Pozisyonuna Getirilmesi -Hastanın Prone Pozisyonundan Supine Pozisyonuna Getirilmesi -Hastanın Supine Pozisyonundan Sims Pozisyonuna Getirilmesi -Hastanın Sims Pozisyonundan Supine Pozisyonuna Getirilmesi -Hastaya Fowler Pozisyonu Verilmesi -Hastanın Yataktan Sandalyeye Oturtulması -Hastanın Yataktan Sedyeye Alınması -Eklem Hareket Açıklığı (ROM) Egzersizlerini Uygulama | <ul style="list-style-type: none"> • Hastaya/mankene yatak içinde koruyucu pozisyon verir (ÖÇ3-4-5). • Hastayı bir pozisyonundan diğerine geçirir (ÖÇ3-4-5). • Ergonomiye uygun hareket eder (ÖÇ3-4-5). | <p>*Konu anlatım (ppt sunum)</p> <p>**Checklist 4</p> <p>Soru-cevap</p> <p>Video izletme</p> <p>Vaka tartışma</p> <p>Kahoot</p> | <p>Ara sınav (2): % 20</p> <p>Final sınavı: % 40</p> <p>***Uygulama Sınavı: % 20</p> <p>****Bakım planı % 20</p> |
| 6. Hafta | <p>Bireysel hijyen uygulamaları</p> <ul style="list-style-type: none"> -Yatak İçinde Tam Vücut Banyosu -Yetişkin Kadında Perine Bakımı -Yetişkin Erkeklerde Perine Bakımı -Sırt Masajı -Yatak İçinde Saç Banyosu -Bilinçli Hastada Ağız Bakımı -Protez Dişi Olan Hastanın Ağız Bakımı -Bilinçsiz Hastada Özel Ağız Bakımı | <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın/mankenin bireysel hijyen bakım uygulamalarını yapar (ÖÇ3-4-5). • Mahremiyete değer verir (ÖÇ1-3-4-5). | <p>*Konu anlatım (ppt sunum)</p> <p>**Checklist 5</p> <p>Soru-cevap</p> <p>Video izletme</p> <p>Vaka tartışma</p> <p>Kahoot</p> | <p>Ara sınav (2): % 20</p> <p>Final sınavı: % 40</p> <p>***Uygulama Sınavı: % 20</p> <p>****Bakım planı % 20</p> |
| 7. Hafta | <p>Solunum sistemi uygulamaları</p> <ul style="list-style-type: none"> -Derin Solunum ve Öksürük Egzersizi -Nazal Kanül ile Oksijen Uygulaması -Maske ile Oksijen Uygulaması -Nazofarengeal Aspirasyon -Orofarengeal Aspirasyon Becerisi -Trakeostomi Aspirasyonu -Trakeostomi İç Kanülü Temizliği -Peristomal Cilt Bakımı ve Kanül Bağı Değişimi | <ul style="list-style-type: none"> • Solunum sistemi ile ilgili temel kavramları, yöntemleri ve ilkeleri tanımlar (ÖÇ3-4-5). • Hastaya derin solunum ve öksürük egzersizlerini öğretir (ÖÇ1-2-3-4-5). • Trakeostomi bakımını yapar (ÖÇ3-4-5). • Oksijen uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5). | <p>*Konu anlatım (ppt sunum)</p> <p>**Checklist 6</p> <p>Soru-cevap</p> <p>Video izletme</p> <p>Vaka tartışma</p> <p>Kahoot</p> | <p>Ara sınav (2): % 20</p> <p>Final sınavı: % 40</p> <p>***Uygulama Sınavı: % 20</p> <p>****Bakım planı % 20</p> |
| 8. Hafta | <p>Beslenme Gereksinimi ve Uygulamaları</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mide Entübasyonu -Nazogastrik Sonda ile Beslenme -Beslenme Torbası ile Aralıklı Beslenme -İnfüzyon Pompası ile Devamlı/Sürekli Beslenme -Nazogastrik Sondadan İlaç Verme -Nazogastrik Sondanın Çıkarılması | <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın özafagusu ile trake arasındaki anatomik farkı ayırt eder (ÖÇ3-4-5). • Mide entübasyonu yapar (ÖÇ3-4-5). • Hastayı besler (ÖÇ3-4-5). • Mide entübasyonunu sonlandırır (ÖÇ3-4-5). | <p>*Konu anlatım (ppt sunum)</p> <p>**Checklist 7</p> <p>Soru-cevap</p> <p>Video izletme</p> <p>Vaka tartışma</p> <p>Kahoot</p> | <p>Ara sınav (2): % 20</p> <p>Final sınavı: % 40</p> <p>***Uygulama Sınavı: % 20</p> <p>****Bakım planı % 20</p> |

| | | | | |
|-------------------------------|---|--|---|--|
| 9. Hafta | Sindirim Sistemi ve Uygulamaları -Yatakta Hareket Edebilen Hastada Sürgü Kullanımı -Yatakta Hareket Edemeyen Hastada Sürgü Kullanımı -Yüksek Volümlü Lavman Uygulaması -Düşük Volümlü Lavman Uygulaması -Stoma torba değişimi -Stoma torbası boşaltımı | <ul style="list-style-type: none"> Hasta/manken üzerinde kolostomi bakımına ilişkin edindiği bilgileri beceri ve tutuma dönüştürür (ÖÇ1-2-3-4-5). Hastanın boşaltım ihtiyacını karşılamasına yardım eder (ÖÇ1-2-3-4-5). | *Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist 8 Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma Kahoot | Final sınavı: % 40 ****Bakım planı % 20 |
| 10. Hafta | Üriner Sistem ve Uygulamaları -Üriner Kateter Uygulaması -Kalıcı Üriner Kateterden Steril İdrar Örneği Alma -Üriner Kateterin Çıkarılması | <ul style="list-style-type: none"> Hastaya üriner kateter uygulamasını doğru bir şekilde gerçekleştirir (ÖÇ1-2-3-4-5). -Kalıcı Üriner Kateterden Steril İdrar Örneği Alır (ÖÇ3-4-5). -Üriner Kateteri çıkarır (ÖÇ3-4-5). | *Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist 9 Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma Kahoot | Final sınavı: % 40 ****Bakım planı % 20 |
| 11. Hafta | Hemşirelik Bakım Süreci- -Veri toplama -Nanda'ya göre tanılama -Planlama -Uygulama -Değerlendirme | <ul style="list-style-type: none"> Hemşirelik bakım sürecini kavrayabilir (ÖÇ1-2-3-4-5). Hastanın biyo-psiko-sosyal yönden verilerini toplar (ÖÇ1-2-3-4-5). Hastanın verileri doğrultusunda holistik bir bakım verir (ÖÇ1-2-3-4-5). | Konu anlatım Soru-cevap Vaka tartışma | Final sınavı: % 40 ****Bakım planı % 20 |
| 12. Hafta | Sıcak-Soğuk Uygulamalar/Yara bakımı -Termofor Uygulaması -Buz Kesesi Uygulaması -Sıcak/Soğuk Paket Uygulaması -Sıcak/Soğuk Kompres Uygulaması -Oturma Banyosuna Yardım Etme -Soğuk Sünger Banyosu - Yaraların sınıflandırılması -Basınç ülserleri -Yara bakımında temel ilkeler -Pansuman | <ul style="list-style-type: none"> Hastanın yara bakımını yapar (ÖÇ1-2-3-4-5). Sıcak/soğuk uygulama yöntemlerini doğru bir şekilde yapar (ÖÇ3-4-5). | *Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist 10 Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma Kahoot | Final sınavı: % 40 ****Bakım planı % 20 |
| 13. Hafta | Ameliyat Öncesi ve Sonrası Bakım -Ameliyat öncesi bakım -Ameliyat sırası bakım -Ameliyat sonrası bakım -Cerrahi riskler | <ul style="list-style-type: none"> Ameliyat sonrası erken ve geç dönem komplikasyon gelişmesini önlemeye yönelik hemşirelik bakımını uygulayabilir (ÖÇ1-2-3-4-5). | Konu anlatım Soru-cevap Kahoot | Final sınavı: % 40 ****Bakım planı % 20 |
| 14. Hafta | LABORATUVAR UYGULAMASI | | | |
| 15. HAFTA FİNAL SINAVI | | | | |

*Konu anlatımları PPT sunumu şeklinde yapılacaktır. PPT sunumları konu anlatımından bir hafta önce ALMS sistemine yüklenecek öğrencinin derse hazır olması istenecektir.

** Checklist: Checklistlerde ilgili haftaya ait uygulamaların işlem basamakları yer almaktadır. Konu ile ilgili checkliştire "Hemşirelikte Uygulama Becerileri" adlı ders kitabından ulaşılacaktır.

***Uygulama sınavı: Öğrenci yoğunlaştırılmış eğitim programı için okula geldiğinde yüz yüze şeklinde yapılacaktır. Öğrenciden rastgele 3 adet uygulama yapması istenecektir. Öğrenci, 3 adet istasyonda 3 adet farklı uygulamayı, uygulama için belirlenen sürede tamamlayıp diğer istasyona geçecektir. 3 farklı hoca ilgili checkliste göre uygulamayı değerlendirecek ve bir puan çıkaracaktır. 3 puanın toplanıp 3'e bölünmesi ile öğrencinin 1. uygulama sınavı notu oluşacaktır. 1. Uygulama sınavının yıl sonu başarı puanına etkisi %20'dir.

**** Öğrenciden dönem sonunda 1 adet bakım planı istenecektir. Bakım planı rehberinde yer alan veri toplama ve bakım planı hazırlama taslağına uygun olması istenecektir. Bakım planında veri toplama, tanılama, uygulama ve değerlendirme basamaklarının her biri 25 puan üzerinden değerlendirilerek 2. Uygulama sınavı puanı oluşacaktır. 2. Uygulama sınavının yıl sonu başarı puanına etkisi %20'dir.

7. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ FORM VE EK LİSTESİ

Bu klinik uygulama dersi kapsamında aşağıdaki işaretli form ve ekler kullanılacaktır.

FORMLAR

- FORM-1 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- FORM-2 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-20A SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

EKLER

- EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- EK-2A YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU
- EK-3A YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
- EK-4A YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
- EK-5A YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
- EK-6 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
- EK-7 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
- EK-8 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
- EK-9 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU



SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-FR-1 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 12 / 36 |

SAHA / SERVİS / KURUMUN TANITIMI

| Saha/Servis/Kurumun Adı | | |
|---|-------------------------------------|--|
| Servis tanıtımı | Servis oda sayısı | |
| | Servis yatak sayısı | |
| | Hemşire sayısı | |
| | Hemşirelerin eğitim ve deneyimi | |
| | Hemşirelerin varsa sertifika durumu | |
| Kurum tanıtımı | Oda sayısı | |
| | Çalışanların eğitim ve deneyimi | |
| | Çalışanların varsa sertifika durumu | |
| Kurum afet planını inceleyiniz. Yapılan çalışmalar ve tatbikatlar nelerdir? Yazınız | | |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-FR-2 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 13 / 36 |

TANITICI BİLGİLER

ANAMNEZ VE SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

| | | | |
|---|--|---|---|
| Adı soyadı (İlk harfleri) | | Kan grubu | |
| Doğum tarihi-yaşı | | Yattığı klinik/bölüm | |
| Cinsiyeti | <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek | Yatış tarihi | |
| Medeni durumu | <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar | Merkeze geliş tarihi | |
| Çocuk sayısı/yaşları | | Taburcu olduğu tarih | |
| Eğitim durumu | | Tıbbi tanısı | |
| Mesleği | | Boy/Kilo | |
| Sosyal güvencesi | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | Beden Kitle İndeksi | |
| Bilginin kaynağı | <input type="checkbox"/> Kendisi <input type="checkbox"/> Sağlık personeli <input type="checkbox"/> Hemşire gözlem raporu | <input type="checkbox"/> Yakını <input type="checkbox"/> Hasta dosyası <input type="checkbox"/> Öğretmeni | <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Geldiği yer | <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Poliklinik | <input type="checkbox"/> Yoğun bakım <input type="checkbox"/> Diğer klinik | <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Başka sağlık kuruluşu |
| Geliş şekli | <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye | <input type="checkbox"/> Yürüyerek | <input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Hastanın birlikte yaşadığı aile üyeleri | Yakınlık | | |
| | Cinsiyet | | |
| | Yaş | | |
| | Meslek/görev | | |
| Aile yapısı | <input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor <input type="checkbox"/> Çekirdek aile <input type="checkbox"/> Geniş aile <input type="checkbox"/> Diğer: | | |
| Yaşamında önemli olan kişiler | | | |

Not: Yapılan laboratuvar ve varsa tetkik sonuçlarını kayıt için EK-7 Laboratuvar Bulguları ve Tetkik Sonuçları Formu'nu kullanınız.

YAŞAM BULGULARI VE KAN GLİKOZU TAKİBİ

| Tarih | Saat | Ateş (...°C) | Nabız (..../dk) | Kan Basıncı (.../.... mmHg) | Solunum Sayısı (..../dk) | Oksijen Satürasyonu (% ...) | Kan Glukozu (mg/dL) |
|-------|------|--------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

HASTANESİNE GELMEDEN ÖNCE SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR

| Reçete Edilen İlacın Adı | Dozu/Sıklığı | Saati | Uygulama Yöntemi | Hastadaki Endikasyonları | Kontrendikasyonları | Güvenli doz aralığı (Bebek ve çocuklar için) |
|--|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Doktorun reçete ettiği ilaçları düzenli kullanıyor mu? | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

HB-FR-2

Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa

14 / 36

Tedavisi ve kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşıyor mu?

 Hayır Evet Açıklama:

Son altı ayda reçetesiz ilaç/bitkisel tedavi/alternatif yöntem kullanımı

 Yok Var Açıklama:

BU YATIŞINDA PLANLANAN TEDAVİ

| İstem Edilen İlacın Adı | Dozu/Sıklığı | Saati | Uygulama Yöntemi | Hastadaki Endikasyonları | Kontrendikasyonları | Güvenli doz aralığı (Bebek ve çocuklar için) |
|-------------------------|--------------|-------|------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Tedavisi ve kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşıyor mu?

 Hayır Evet Açıklama:

HASTALIK VE SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Kişinin hastaneye başvurusuna neden olan yakınması/şikayeti

Hastaneye yatış süreci/tıbbi hikayesi

Problemin başlangıç zamanı

Problemin başlama şekli

Şu an uygulanan girişim

Hastaneye yatışın kaçınıcı günü

Kronik hastalık/lar

 Yok Var (Aşağıda belirtiniz) Tip 1 Diabetes Mellitus Koroner Arter Hastalığı Sinir Sistemi Hastalıkları Açıklama: Tip 2 Diabetes Mellitus Kronik Kalp Yetersizliği Psikiyatrik Hastalıklar Açıklama: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Hipertansiyon İnme/Paralizi Siroz Anemi Artrit Kanser Akut Böbrek Yetmezliği Hipotiroidi Kronik Böbrek Yetmezliği Hipertiroidi Ülser Diğer:

Geçirdiği hastalıklar

Sigara

 Hayır Evet Miktar/süre: Bırakmış Bırakma tarihi:

Alkol

 Hayır Evet Miktar/süre: Bırakmış Bırakma tarihi:



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-FR-2 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 15 / 36 |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|------------------------------|---------------------------------|
| Madde kullanımı | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Miktar/süre: | <input type="checkbox"/> Bırakmış | Bırakma tarihi: | |
| Daha önce hastaneye yatış | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Sayısı: | <input type="checkbox"/> Nedeni: | | |
| Alerji | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Etken: | <input type="checkbox"/> Reaksiyon: | | |
| Daha önce kan transfüzyonu yapıma durumu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Transfüzyon sonrası reaksiyon gelişme durumu: | | | |
| Bulaşıcı hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> HBs | <input type="checkbox"/> HCV | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Enfeksiyon riski | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | |
| İzolasyon gerektiren hastane enfeksiyonu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | |
| Varsa izolasyon türü | <input checked="" type="checkbox"/> Temas izolasyonu | <input type="checkbox"/> Solunum izolasyonu | <input type="checkbox"/> Damlacık izolasyonu | <input type="checkbox"/> Diğer: | | |
| Ailede hastalık öyküsü | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | |
| Kullandığı araçlar/protezler | <input type="checkbox"/> Yok | | <input type="checkbox"/> Var (Aşağıda belirtiniz) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Gözlük | | <input type="checkbox"/> Yürüteç | <input type="checkbox"/> İşitme cihazı | | |
| | <input type="checkbox"/> Diş protez | | <input type="checkbox"/> Baston | <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye | | |
| | <input type="checkbox"/> Lens | | <input type="checkbox"/> Koltuk değneği | <input type="checkbox"/> Diğer: | | |
| Travma, kaza, düşme öyküsü | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | |
| Travma/düşme riski | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | |
| Düşme riski puanı Not: Erişkinler için EK-3A Yetişkinler İçin İtaki Düşme Riski Ölçeği'ni, çocuklar için EK-3B Çocuklar İçin Harizmi Düşme Riski Ölçeği'ni kullanınız. | | | | | | |

AMELİYAT BİLGİLERİ

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| Uygulanan ameliyat | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Uygulanan ameliyatın adı: |
| Verilen anestezi türü | | | |
| Ameliyatta verilen pozisyonla ilgili yaralanma riski | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Planlanan ameliyat | | | |
| Postoperatif (post-op) gün | | | |
| Daha önceden geçirdiği ameliyatlara | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: SOLUNUM SİSTEMİ

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|--|--|
| Solunum niteliği | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Derin | <input type="checkbox"/> Hızlı | <input type="checkbox"/> Diğer: | |
| | <input type="checkbox"/> Ortopne | <input type="checkbox"/> Yüzeysel | <input type="checkbox"/> Düzensiz | | |
| Solunum sırasında | <input type="checkbox"/> Bağımsız | <input type="checkbox"/> Yarı bağımlı | <input type="checkbox"/> Bağımlı | <input type="checkbox"/> Trakeostomi | <input type="checkbox"/> Endotrakeal tüp |
| Entübasyon | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | | | |
| Öksürük | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Spirometre kullanılıyorsa hastanın Voldayn değerleri | | | | | |
| Akciğer sesleri | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Raller | <input type="checkbox"/> Ronküs | <input type="checkbox"/> Wheezing | <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Sekresyon | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Hemoptizi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Dispne | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Siyanoz | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Aspirasyon | <input type="checkbox"/> Oro-nazofarengal | | <input type="checkbox"/> Trakeal | | |
| Hipoksi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Arteriyel kan gazı | <input type="checkbox"/> PO ₂ : | | <input type="checkbox"/> PCO ₂ : | <input type="checkbox"/> Bakılmadı | |
| Venöz kan gazı | <input type="checkbox"/> PO ₂ : | | <input type="checkbox"/> PCO ₂ : | <input type="checkbox"/> Bakılmadı | |
| Oksijen tedavisi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | <input type="checkbox"/> Nazal kanül | litre/dk |
| | | | | <input type="checkbox"/> Oksijen maskesi | litre/dk |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-FR-2 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 16 / 36 |

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Akciğer ödemi oluşma olasılığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Neden: |
| Solunum sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DOLAŞIM SİSTEMİ

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| Apeks nabız | | /dk | <input type="checkbox"/> Dolgun | <input type="checkbox"/> Zayıf | <input type="checkbox"/> Düzenli |
| Radial nabız | | /dk | <input type="checkbox"/> Dolgun | <input type="checkbox"/> Zayıf | <input type="checkbox"/> Düzenli |
| Dorsalis pedis nabız | | /dk | <input type="checkbox"/> Dolgun | <input type="checkbox"/> Zayıf | <input type="checkbox"/> Düzenli |
| Üst ekstremité kan basıncı | | mmHg | <input type="checkbox"/> Sağ Kol | <input type="checkbox"/> Sol Kol | <input type="checkbox"/> Otururken <input type="checkbox"/> Yatarken |
| Alt ekstremité kan basıncı | | mmHg | <input type="checkbox"/> Sağ Bilek | <input type="checkbox"/> Sol Bilek | <input type="checkbox"/> Otururken <input type="checkbox"/> Yatarken |
| Ölçüm yaptığınız manşon uygun mu? | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Neden: | | |
| Dolaşım sisteminde normalin dışındaki durumların varlığı | <input type="checkbox"/> Taşikardi <input type="checkbox"/> Bradikardi | <input type="checkbox"/> Yüksek kan basıncı <input type="checkbox"/> Hipotansiyon | <input type="checkbox"/> Aritmi <input type="checkbox"/> Çarpıntı | <input type="checkbox"/> Juguler dolgunluk <input type="checkbox"/> Ortostatik hipotansiyon | |
| Kalp sesleri | <input type="checkbox"/> S1 | <input type="checkbox"/> S2 | <input type="checkbox"/> S3 | <input type="checkbox"/> S4 | <input type="checkbox"/> Üfürüm |
| Ödem | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Nörovasküler takip-NVT (Gerekli ise) | | | | | |
| Dolaşım sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: HEMATOLOJİK SİSTEM

| | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Dış görünüş | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Soluk | <input type="checkbox"/> Siyanotik | <input type="checkbox"/> İktirik |
| Yorgunluk/halsizlik | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Anemi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Kaşık tırnak | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Pika | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Kalıtısal hastalık | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Pansitopeni | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Nötropeni | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Kanama riski değerlendirilmesi yapınız | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Hematolojik sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|---|--|
| Beslenme şekli | <input type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> Enteral (nazogastrik, gastrostomi, jejunostomi) | | <input type="checkbox"/> Parenteral | |
| Beslenme sırasında | <input type="checkbox"/> Bağımsız | <input type="checkbox"/> Yarı bağımlı | <input type="checkbox"/> Bağımlı | | |
| Nazogastrik dekompresyon | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | | | |
| Ağızda sorun | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama | <input type="checkbox"/> Ağızda yara <input type="checkbox"/> Diş çürüğü <input type="checkbox"/> Salyada artış | <input type="checkbox"/> Ağız kuruluşu <input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü <input type="checkbox"/> Ağız kokusu |
| Ağız mukozasının durumu | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Plaklı | <input type="checkbox"/> Hiperemik | <input type="checkbox"/> Kanamalı | <input type="checkbox"/> Stomatit |
| Dişler | <input type="checkbox"/> Alt eksik | <input type="checkbox"/> Alt tam | <input type="checkbox"/> Üst eksik | <input type="checkbox"/> Üst tam | |
| Dil ve diş etleri | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Lezyon | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| İştah | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Artmış | <input type="checkbox"/> Azalmış | | |
| Malnütrisyon | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Yutma gücü (disfaji) | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | <input type="checkbox"/> Katı besin | <input type="checkbox"/> Sıvı besin |
| Yeme gücü | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | <input type="checkbox"/> Katı besin | <input type="checkbox"/> Sıvı besin |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-FR-2 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 17 / 36 |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Tat duyusunda azalma | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Bulantı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Kusma | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Hematemez | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Bağırsak boşaltımını karşılamada | <input type="checkbox"/> Bağımsız | <input type="checkbox"/> Yarım bağımlı | <input type="checkbox"/> Bağımlı | | | | |
| Hastaneye yatmadan önce bağırsak boşaltım sıklığı | <input type="checkbox"/> Bir günde kaç kere/Kaç günde bir olduğunu açıklayınız: | | | | | | |
| Hastanede bağırsak boşaltım şekli-sıklığı-özelliği | <input type="checkbox"/> Bir günde kaç kere/Kaç günde bir olduğunu açıklayınız: | | | | | | |
| Son defekasyon tarihi | | | | | | | |
| Bağırsak sesleri | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Her bir kadranı bir dakika dinleyip dakikadaki bağırsak sesi sayısını belirtiniz <table><tr><td>Sağ Üst Kadran</td><td>Sol Üst Kadran</td></tr><tr><td>Sağ Alt Kadran</td><td>Sol Alt Kadran</td></tr></table> | Sağ Üst Kadran | Sol Üst Kadran | Sağ Alt Kadran | Sol Alt Kadran |
| Sağ Üst Kadran | Sol Üst Kadran | | | | | | |
| Sağ Alt Kadran | Sol Alt Kadran | | | | | | |
| Diyare | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Konstipasyon | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Laksatif kullanımı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Gaita inkontinansı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Dışkı tıkaçı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Melena | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Hemoroid | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Kanama | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Kolostomi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| İleostomi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Stomannın rengi | | | | | | | |
| Mide hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Karaciğer hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Bağırsak hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Son altı ayda kilo değişimi | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Açıklama: gram artma/azalma | | | | |
| Diyet | <input type="checkbox"/> Normal diyet | <input type="checkbox"/> Özel diyet | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Diyeti uygulama durumu | <input type="checkbox"/> Uyguluyor | <input type="checkbox"/> Uygulamıyor | | | | | |
| Beslenmesine ilişkin özel eğitime ihtiyaç var mı? (Emzirme, DM, HT vb.) | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Diyet eğitimi | <input type="checkbox"/> Almış | <input type="checkbox"/> Almamış | | | | | |
| Günlük sıvı tüketim miktarı | | litre | | | | | |
| Bireye özgü spesifik bir durum mevcut mudur? | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Tercih ettiği besinler/besin grupları | | | | | | | |
| Gastrointestinal sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz. | | | | | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: ÜRİNER SİSTEM

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Üriner boşaltımını karşılamada | <input type="checkbox"/> Bağımsız | <input type="checkbox"/> Yarı Bağımlı | <input type="checkbox"/> Bağımlı |
| Günlük idrara çıkma sıklığı | | | |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-FR-2 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 18 / 36 |

| | | | | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Mesane alışkanlıkları | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Dizüri | <input type="checkbox"/> Poliüri | <input type="checkbox"/> Hematüri | <input type="checkbox"/> Noktüri | <input type="checkbox"/> Retansiyon | <input type="checkbox"/> Anüri |
| İdrarın rengi | <input type="checkbox"/> Açık sarı | | <input type="checkbox"/> Koyu sarı | | <input type="checkbox"/> Açık kırmızı | | <input type="checkbox"/> Koyu kırmızı |
| İdrarın berraklığı | <input type="checkbox"/> Berrak | <input type="checkbox"/> Bulanık | | | | | |
| İdrar inkontinansı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| İdrarı tutmada güçlük | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Tuvalete ulaşmada güçlük | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Tuvalet eğitimi (bebek ve çocuklar için) | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Diyaliz | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Diyaliz çeşiti | <input type="checkbox"/> Hemodiyaliz | | <input type="checkbox"/> Diyaliz günlerini açıklayınız: | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Periton diyalizi | | <input type="checkbox"/> Değişim sıklığını açıklayınız: | | | | |
| Diyaliz vasküler erişim yolu | <input type="checkbox"/> Fistül | <input type="checkbox"/> Ven | <input type="checkbox"/> Diğer: | | | | |
| Mesane kateterizasyonu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Üreterostomi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Nefrostomi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Sistostomi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Böbrek hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Mesane hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Üreter/üretra hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Prostat hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Nefrolitiazis | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| İdrar boşaltım yardımcıları kullanımı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Aldığı çıkardığı takibi Not: Aldığı ve çıkardığı takibi verilerini kayıt için EK-6 Sıvı İzlem ve Sıvı Dengesi İzlem Formu'nu kullanınız. | | | | | | | |
| Üriner sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | | | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: KAS İSKELET SİSTEMİ

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Hastanın genel durumu | <input type="checkbox"/> Mobil | <input type="checkbox"/> Yatak içi mobil | <input type="checkbox"/> Yardımla mobil | <input type="checkbox"/> İmmobil | | | |
| Yaşam tarzı | <input type="checkbox"/> Aktif | | <input type="checkbox"/> Sedanter | | | | |
| Range of motion | <input type="checkbox"/> Tam | <input type="checkbox"/> Tam değil | <input type="checkbox"/> Diğer: | | | | |
| Yürüyüş ve denge | <input type="checkbox"/> Dengeli | <input type="checkbox"/> İmmobil | <input type="checkbox"/> Ayakta duramama | <input type="checkbox"/> Diğer: | | | |
| | <input type="checkbox"/> Dengesiz | <input type="checkbox"/> Eşit değil | <input type="checkbox"/> Sendeleme | | | | |
| Harekette zorlanma | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Ekstremitte kaybı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Kas atrofsi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Kas gücü muayenesi (hastanın gücü/hemşirenin gücü) | <input type="checkbox"/> Sağ üst ekstremite: | | | <input type="checkbox"/> Sol üst ekstremite: | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sağ alt ekstremite: | | | <input type="checkbox"/> Sol alt ekstremite: | | | |
| Kontraktür | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Osteoporoz | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Kemik dansitometri ölçümü | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Romatizmal hastalık | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | | | |
| Egzersiz yapma durumu | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Sıklığı: | | | | |
| Herhangi bir şiddet öyküsü | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | | | | | |
| Kas ve iskelet sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | | | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: SINIR SİSTEMİ



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-FR-2 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 19 / 36 |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Zaman oryantasyonu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Yer oryantasyonu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Kişi oryantasyonu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Bilinç düzeyi/mental durum | <input type="checkbox"/> Oryante <input type="checkbox"/> Disoryante <input type="checkbox"/> Konfüze | <input type="checkbox"/> Uyku hali/Letarji <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Duygusal küntlük | <input type="checkbox"/> Ajite <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Tepkisiz <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Konuşma | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Peltek | <input type="checkbox"/> Kekemelik <input type="checkbox"/> Bozuk | <input type="checkbox"/> Motor afazi <input type="checkbox"/> Konuşamıyor <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Yüzde asimetri | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | Taraf: |
| El sıkma becerisi | Sağ <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz | Sol <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz | |
| El kavrayış | Sağ <input type="checkbox"/> Eşit <input type="checkbox"/> Güçlü | <input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi | <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Bacak kasları | Sağ <input type="checkbox"/> Eşit <input type="checkbox"/> Güçlü | <input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi | <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Ayak itme becerisi | Sağ <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz | Sol <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz | |
| Yürüme becerisi | <input type="checkbox"/> Dengeli | <input type="checkbox"/> Dengesiz | |
| Hemipleji | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | Taraf: |
| Hemiparezi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Taraf: |
| Parapleji | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Taraf: |
| Parestezi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Taraf: |
| Diplopi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Taraf: |
| Epileptik nöbet riski | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Kafa İçi Basınç Artış Sendromu (KİBAS) riski | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Vertigo | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Halüsinasyon | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Konsantr olma/dikkatini toplama sorunu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Öğrenme zorluğu/mental sınırlılık | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Glaskow Koma Skalası Puanı Not: Yetişkinler için EK-5A Yetişkinler İçin Glaskow Koma Skalası'nı, çocuklar için EK-5B Çocuklar İçin Glaskow Koma Skalası'nı kullanınız. | | | |
| Sinir sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DUYU

| | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| Görme sorunu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Sağ yetersiz <input type="checkbox"/> Sol yetersiz | <input type="checkbox"/> Sağ gözde körlük <input type="checkbox"/> Sol gözde körlük | <input type="checkbox"/> Sağ gözde katarakt <input type="checkbox"/> Sol gözde katarakt |
| Gözde sorun | <input type="checkbox"/> Şişlik | <input type="checkbox"/> Akıntı | <input type="checkbox"/> Kızarıklık | <input type="checkbox"/> Kanama | <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Pupil değerlendirmesi | <input type="checkbox"/> İzokorik | <input type="checkbox"/> Anizokorik | <input type="checkbox"/> Miyotik | <input type="checkbox"/> Midriyatik | |
| Işık refleksi | Sağ göz | | Sol göz | | |
| Kornea refleksi | Sağ göz | | Sol göz | | |
| Konjunktivit | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Glokom | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Retina dekolmanı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Diyabetik retinopati | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Koku alma sorunu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Dokunma/hissetme sorunu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Tat alma sorunu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| İşitme sorunu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Sağ yetersiz <input type="checkbox"/> Sol yetersiz | <input type="checkbox"/> Sağ kulakta sağırılık <input type="checkbox"/> Sol kulakta sağırılık | |
| Kulak enfeksiyonu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-FR-2 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 20 / 36 |

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Buşon | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Şekil bozukluğu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Duyu sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: METABOLİK VE ENDOKRİN SİSTEM

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Hipofiz bezi hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Tiroid bezi hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Adrenal bez hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Pankreas bez hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Safra kesesi hastalığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Hepatit durumu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Lipid profili bozukluğu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Obezite | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Steroid tedavisi alma | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Metabolik ve endokrin sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: ÜREME SİSTEMİ

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| Menstrüal durumu | | | |
| Son adet tarihi | | | |
| Menstrüal problemler | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Gebelik sayısı | | | |
| Canlı doğum sayısı | | | |
| Düşük sayısı | | | |
| Doğum şekli | | | |
| Menopoz durumu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama (yıl): |
| Antropoz öyküsü | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Aylık Kendi Kendine Meme/Testis Muayenesi (Ergen ve erişkinler için) | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Eretil disfonksiyon | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Cinsel aktivite | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Cinsel yaşam sorunları | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Üreme sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: İMMÜN SİSTEM

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| Sık tekrarlayan enfeksiyon | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| İmmün sistemi baskılayacak durum | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| HIV | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| AİDS | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Lökopeni | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Hipersensitivite (Aşırı Duyarlılık) | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: (ilaç, opak madde vb.) |
| Alerjik hastalık | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
| Alerjiye neden olan alerjenler | | | |
| İmmün sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-FR-2 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 21 / 36 |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DERİ

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| Deride sorun | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Deri | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ilık | <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Soğuk | <input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Terli | <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Kuru | <input type="checkbox"/> İyileşmeyen yara <input type="checkbox"/> Döküntü |
| Renk | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Soluk | <input type="checkbox"/> Siyanotik | <input type="checkbox"/> İkterik | |
| Sıcaklık | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Sıcak | <input type="checkbox"/> Soğuk | | |
| Terleme | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | | | |
| Deri turgoru | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Zayıf | <input type="checkbox"/> Yumuşak/esnek | <input type="checkbox"/> Gecikmiş | <input type="checkbox"/> Yeri: |
| Ödem | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yeri: <input type="checkbox"/> Derecesi: | | |
| Deri bütünlüğünde bozulma | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yeri: | | |
| Basınç yarası | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yeri: | | |
| Döküntü | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yeri: | | |
| Kuruluk | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yeri: | | |
| İyileşmeyen yara | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yeri: | | |
| Peteşi veya purpura | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yeri: | | |
| Ekimoz | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yeri: | | |
| Kaşınıtı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yeri: | | |
| Skar doku | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yeri: | | |
| Damar yolu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yeri: <input type="checkbox"/> Türü | | |
| Saçta sorun | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Saçlı deri | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Bit | <input type="checkbox"/> Dökülme | <input type="checkbox"/> Yara | |
| Tırnakta sorun | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Braden Skalası Puanı Not: Yetişkinler için EK-4A Yetişkinler İçin Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'ni, çocuklar için EK-4B Çocuklar İçin Braden Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'ni, kullanınız. | | | | | |
| Deri değerlendirmesine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: UYKU

| | | | | | |
|---|--|------------------------------|--|--|--|
| Uyku süresi | <input type="checkbox"/> Gece | | <input type="checkbox"/> Gündüz | | |
| Uyku problemi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Uyku düzeni | <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz | | <input type="checkbox"/> Uyuma güçlüğü <input type="checkbox"/> Gece uyanma | <input type="checkbox"/> Uykusuzluk <input type="checkbox"/> Gün boyunca uyku hali | |
| İnsomnia | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Gündüz uyuklama | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Uykudan sonra dinlenmiş hissi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Hastane ortamında uykusunu etkileyen faktörler | | | | | |
| Hastanede uyku düzeninde değişiklik | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Uyku öncesi uyguladığı alışkanlıklar | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | | |
| Uykusuzluk belirtileri | <input type="checkbox"/> Davranış/performansta değişim <input type="checkbox"/> Dikkat süresinde azalma <input type="checkbox"/> Laterji | | <input type="checkbox"/> Göz çevresinde morluk <input type="checkbox"/> Rahat edememe <input type="checkbox"/> Yürürken yorgunluk hali | <input type="checkbox"/> İrritabilite <input type="checkbox"/> Ajitasyon <input type="checkbox"/> Esneme | |
| Uykuya ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | | | |

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: AĞRI

| | | | | | |
|------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|----------------------------------|
| Ağrı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yeri: | <input type="checkbox"/> Başlama zamanı: | <input type="checkbox"/> Süresi: |
|------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|----------------------------------|



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-FR-2 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 22 / 36 |

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------|
| Ağrının çeşiti | <input type="checkbox"/> Akut | <input type="checkbox"/> Kronik | |
| Ağrı puanı Not: Yetişkinler için EK-2A Yetişkinler İçin Ağrı Değerlendirme Formu'nu, çocuklar için EK-2B Çocuklar İçin Ağrı Değerlendirme Formu'nu kullanınız. | | | |
| Ağrının niteliği | <input type="checkbox"/> Zonklayıcı <input type="checkbox"/> Yanıcı <input type="checkbox"/> Batıcı | <input type="checkbox"/> Yangı <input type="checkbox"/> Künt <input type="checkbox"/> Bıçak saplanır tarzda | <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Ağrıyı azaltan faktörler | <input type="checkbox"/> Ortam değişikliği <input type="checkbox"/> Hareket <input type="checkbox"/> Pozisyon | <input type="checkbox"/> Masaj <input type="checkbox"/> İlaç | <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Ağrıyı artıran faktörler | <input type="checkbox"/> Oturma <input type="checkbox"/> Masaj | <input type="checkbox"/> Hareket <input type="checkbox"/> Pozisyon | <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Eşlik eden bulgular | <input type="checkbox"/> Bulantı-kusma <input type="checkbox"/> Uykusuzluk <input type="checkbox"/> İştahsızlık | <input type="checkbox"/> Fiziksel aktivitede azalma <input type="checkbox"/> Sosyal aktivitede azalma <input type="checkbox"/> Terleme | <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Ağrının yaşam kalitesine etkisi | | | |
| Hastanın ağrısına yönelik ifadesi | | | |
| Hastanın ağrısına yönelik davranışsal tepkisi | | | |
| Hastanın ağrısını yönetmede kullandığı nonfarmakolojik yöntemler | | | |
| Hastanın ağrısını yönetmede kullandığı farmakolojik yöntemler | | | |

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE ÖZ BAKIM

AKTİVİTELERDE BAĞIMLI OLMA DURUMU

| | Bağımsız | Yardımcı araçla | Başkasının yardımı ile | Tamamen bağımlı |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fiziksel bağımlılık durumu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yeme/içme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El-yüz temizliği yapma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Banyo yapma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diş fırçalama/ağız bakımı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tırnak bakımı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Giyinme/çeki düzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuvalete gitme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuvalet hijyeni/genital hijyen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yatak içi mobilite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiziksel aktivite düzeyi (yürüme/gezinme) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HİJYEN ALIŞKANLIKLARI

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| Tuvalet hijyeni | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama (kullanılan ürün): | |
| Menstrüasyon hijyeni | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama (kullanılan ürün): | |
| Banyo yapma | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Sıklığı: | |
| En son banyo yaptığı tarih | | | | |
| Banyo yapma şekli | <input type="checkbox"/> Duş/ayakta | | <input type="checkbox"/> Küvet/oturarak | |
| Banyo suyunun sıcaklığı | <input type="checkbox"/> Soğuk | <input type="checkbox"/> Ilık | <input type="checkbox"/> Çok sıcak | |
| Banyo temizlik ürünü | <input type="checkbox"/> Sabun | <input type="checkbox"/> Duş jeli | <input type="checkbox"/> Diğer: | |
| Saç temizlik ürünü | <input type="checkbox"/> Sabun | <input type="checkbox"/> Şampuan | <input type="checkbox"/> Diğer: | |
| Koku sorunu | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | | |
| Ağız bakımı/diş hijyeni | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Sıklığı: | <input type="checkbox"/> Sıklığı: |
| Tırnak bakımı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Sıklığı: | <input type="checkbox"/> Sıklığı: |



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No HB-FR-2
Yayın Tarihi
Revizyon Tarihi
Revizyon No
Sayfa 23 / 36

| | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| El yıkama alışkanlığı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Sıklığı: | <input type="checkbox"/> Sıklığı: |
| Perine bakımı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Sıklığı: | <input type="checkbox"/> Sıklığı: |
| Boş zaman aktiviteleri-hobileri | | | | |
| Günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakıma ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz | | | | |

İLETİŞİM

| | | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| Çalışma ortamında yaşadığı güçlükler/sorunlar | | | | |
| İletişim kurmasına engel olan herhangi bir durum | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Sosyal izolasyon | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Sosyal ilişkilerde bozulma | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Aile süreçlerinde değişim | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Sözel iletişimde bozulma | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Refakatçi | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Sağlık personeli ile iletişime geçmede sorun | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Yakınlarına ulaşmada sıkıntı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Eşi | <input type="checkbox"/> Yaşıyor | | <input type="checkbox"/> Yaşamıyor | |
| Bakıma katılma | <input type="checkbox"/> Katılıyor | <input type="checkbox"/> İstekli | <input type="checkbox"/> İsteksiz | <input type="checkbox"/> Katılmıyor |
| Tedaviyi kabullenme | <input type="checkbox"/> Kabul ediyor | | <input type="checkbox"/> Kabul etmiyor | |
| İletişim konusunda sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | | |

KENDİNİ ALGILAMA, KAVRAMA BİÇİMİ VE İNANÇLAR

| | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| Korku | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Anksiyete | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Gerginlik/öfke/kızgınlık | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Keder/ağlamaklı/umutsuz olma durumu | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Kendine/başkasına zarar verme davranışı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Genel görünümü | | | | |
| Kendi ve kendi değeri hakkındaki düşünceleri ve algılama şekli | | | | |
| Benlik saygısında bozulma | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Beden algısında bozulma | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: | |
| Şu an yaşamında olan değişiklikler | <input type="checkbox"/> Ölüm/boşanma | <input type="checkbox"/> Ekonomik kayıp | <input type="checkbox"/> Organ kaybı | <input type="checkbox"/> Diğer: |
| Stres ile baş etme biçimi | | | | |
| Yaşam hakkındaki inanç ve değerleri | | | | |
| Ruhsal-tinsel sıkıntı-çöküntü riski | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | | |
| Kendini algılama, kavrama biçimi ve inançlar konusunda sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz. | | | | |

NOT:

- Topladığınız veriler doğrultusunda EK-1 Hemşirelik Bakım Planı Formu'nu doldurunuz ve gerektiğinde çoğaltınız.
- Taburculuk eğitimini EK-8 Taburculuk Eğitim Formu'na kaydediniz.
- Sağlık eğitimini EK-9 Sağlık Eğitimi Formu'na kaydediniz.



ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|----------|
| Doküman No | HB-FR-19 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 24 / 36 |

KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

| | | |
|---|--|--|
| Tarih | | |
| Uygulama Birimi | | |
| Süpervizör Adı Soyadı | | |
| UYGULAMA HEDEFLERİ | | |
| Klinik uygulama sonunda uygulama hedeflerine ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz (X) | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | |
| KLİNİK UYGULAMADA KAZANILAN HEMŞİRELİK BECERİLERİ | | |
| Klinik uygulamada kazandığınız hemşirelik becerilerini belirtiniz | | |
| Bu klinik uygulamadan öğrendiğiniz ve daha önce bilmediğiniz en önemli şey | Bireye ilişkin: | |
| | Sağlık ekibine/kuruma ilişkin: | |
| | Kendinize ilişkin: | |
| BAKIMA YÖNELİK DEĞERLENDİRME | | |
| Bireye bakım verirken hissettiğiniz duygu ve düşüncelerinizi yazınız | | |
| Birey ile kurmuş olduğunuz terapötik ilişkiyi değerlendiriniz | | |
| Uyguladığınız hemşirelik bakım sürecine ilişkin çalışmanızı değerlendiriniz | | |
| KLİNİK UYGULAMADA EKSİK BULUNAN YÖNLER | | |
| Klinik uygulamada eksik bulduğunuz yönlerinizi (teori, uygulama, iletişim, vb.) yazınız | | |
| KLİNİK UYGULAMA YERİNİN “KLİNİK UYGULAMA EĞİTİMİ” AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ | | |
| Klinik uygulama ortamının “Klinik Uygulama Eğitimi” açısından; | Size göre en güçlü yanı: | |
| | Size göre en zayıf yanı: | |
| | Size göre yarattığı fırsat: | |



ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|----------|
| Doküman No | HB-FR-19 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 25 / 36 |

KLİNİK SÜPERVİZÖRÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır. Lütfen aşağıdaki maddeleri değerlendirme kriterlerine göre değerlendirip ilgili alanı (X) ile işaretleyiniz.

Değerlendirme Kriterleri:

1: Hiç katılmıyorum 2: Katılmıyorum 3: Kısmen katılıyorum 4: Katılıyorum 5: Tamamen katılıyorum

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| İletişim becerileri yeterliydi. | | | | | |
| Bilgisi klinik eğitim için yeterliydi. | | | | | |
| Becerileri klinik eğitim için yeterliydi. | | | | | |
| Klinik ortamı eğitime uygun olarak organize etti. | | | | | |
| Klinik eğitim için gereken zamanı ayırdı. | | | | | |
| Belirlenen haftalık eğitim programını uyguladı. | | | | | |
| Klinik eğitimimi öğrenme hedeflerime uyarladı. | | | | | |
| Olgu tartışması için yeterli olanak sağladı. | | | | | |
| Mesleki yaşamım için rol model oluşturdu. | | | | | |



SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|-----------|
| Doküman No | HB-FR-20A |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 26 / 36 |

HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR II SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

| | | | | |
|--|--|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Öğrencinin Adı Soyadı: Numarası: | Öğretim Elemanının Adı Soyadı: Alan/Klinik Rehberin Adı Soyadı: | | | |
| DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ | | Alınabilecek En Yüksek Puan | Öğretim Elemanı Puanı | Alan/Klinik Rehber* Puanı |
| A. GENEL BECERİLER | | | | |
| İletişim | | | | |
| Hasta/sağlıklı birey ve aileler ile terapötik iletişim kurar. | | 10 | | |
| Hasta/sağlıklı birey ve aileler ile terapötik iletişim kurar. | | 5 | | |
| Öğretim üye/elemanı, grup arkadaşları ve sağlık ekibi üyeleri ile profesyonel iletişim kurar. | | 5 | | |
| Eğitim | | | | |
| Hasta/sağlıklı birey ve ailenin gereksinimlerine göre eğitimi planlar, uygular ve değerlendirir. | | 6 | | |
| Hasta/sağlıklı birey ve ailenin gereksinimlerine göre eğitimi planlar, uygular ve değerlendirir. | | 3 | | |
| Eğitimde etkili materyal, öğretim tekniği ve yöntemlerini kullanır. | | 3 | | |
| Araştırma | | | | |
| Bilimsel bilgilere ulaşır ve araştırma sonuçlarını hasta/sağlıklı birey bakımına yansıtır. | | 4 | | |
| Bilimsel bilgilere ulaşır ve araştırma sonuçlarını hasta/sağlıklı birey bakımına yansıtır. | | 2 | | |
| Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip eder. | | 2 | | |
| Profesyonel Davranışlar | | | | |
| Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün "Zorunlu Ders Uygulamalarına Yönelik Talimatname" sine uygun davranır. | | 10 | | |
| Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün "Zorunlu Ders Uygulamalarına Yönelik Talimatname" sine uygun davranır. | | 5 | | |
| Mesleki uygulamalarında "Hemşirelikte Etik Kodları" nı göz önünde bulundurur. | | 5 | | |
| B. ALANA ÖZGÜ BECERİLER | | | | |
| Yaşamsal bulgular ile ilgili temel parametreleri açıklayabilir. | | 70 | | |
| Yaşamsal bulgular ile ilgili temel parametreleri açıklayabilir. | | 5 | | |
| İlaç uygulama ile ilgili anatomik bölgeleri sayabilir. | | 5 | | |
| İlaç uygulama adımlarını doğru bir gerçekleştirebilir. | | 5 | | |
| Uygulama maketi/birey üzerinde yara bakımını yapabilir. | | 5 | | |
| İntravenöz infüzyon hızını hesaplayabilir. | | 5 | | |
| Hastaya/mankene yatak içinde koruyucu pozisyon verebilir. | | 5 | | |
| Hastanın/mankenin bireysel hijyen bakım uygulamalarını yapabilir. | | 5 | | |
| Solunum sistemi ile ilgili temel kavramları, yöntemleri ve ilkeleri tanımlayabilir. | | 5 | | |
| Hastaya/mankene nazogastrik kateter uygulamasını yapabilir. | | 5 | | |
| Hasta/manken üzerinde kolostomi bakımına ilişkin edindiği bilgileri beceri ve tutuma dönüştürebilir. | | 5 | | |
| Hastaya üriner kateter bakım uygulamasını doğru bir şekilde gerçekleştirebilir. | | 5 | | |
| Hemşirelik bakım sürecini (NANDA) kavrayabilir. | | 10 | | |
| Hastanın verileri doğrultusunda hasta bakımını yönetebilir. | | 5 | | |
| TOPLAM PUAN | | 100 | | |

*Mesleki uygulama yapılan kurumda kadrosu bulunan öğrencinin birlikte çalıştığı ve mesleki uygulamadan da sorumlu olan meslek uzmanı.



HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-EK-1 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 27 / 36 |

Öğrencinin Adı Soyadı:

Bakım Alan Bireyin Adı Soyadı (İlk Harfleri):

Tarih:

HEMŞİRE BAKIM PLANI FORMU

| F.S.Ö. | Tanımlayıcı Özellikler | İlişkili/Etiyolojik Faktörler | Hemşirelik Tanısı* | Amaç | Hemşirelik Girişimleri | Uygulanan Girişimler (+/-) | Değerlendirme |
|--------|------------------------|-------------------------------|--------------------|------|------------------------|----------------------------|---------------|
| | | | | | | | |

Beklenen Hasta Sonuçları

***Not:**

- Hemşirelik Tanıları'nda mevcut tanıları birincil, olası (..... Riski) tanıları ikincil olarak ele alınız.
- Hemşirelik Tanıları NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Hemşirelik Tanıları El Kitabı'ımızdaki şekilde olacaktır.)
- Bu sayfaları çoğaltarak bakım sürecinizi yürütünüz.



YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

| | |
|-----------------|----------|
| Doküman No | HB-EK-2A |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 28 / 36 |

AĞRI TANILAMA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı yok En şiddetli ağrı

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



YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

| | |
|-----------------|----------|
| Doküman No | HB-EK-3A |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 29 / 36 |

İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Hasta Değerlendirme Durumları

| | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| 1.Kliniğe Kabul Edildiği An | 2.Post-Operatif Dönem | 3.Hasta Düşmesi | 4.Bölüm Değişikliği | 5.Durum Değişikliği |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------|---------------------|---------------------|

| RİSK FAKTÖRLERİ | | DEĞERLENDİRME/ DEĞERLENDİRME NUMARASI | | | | |
|---|--|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | | TARİH .../.../... | TARİH .../.../... | TARİH .../.../... | TARİH .../.../... | TARİH .../.../... |
| | | PUAN | PUAN | PUAN | PUAN | PUAN |
| 1 | YAŞ 60-69 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 70-79 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 80 ve üstü | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| BİLİNÇ DURUMU | | | | | | |
| 4 | Bilinci kapalı | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5 | Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| DÜŞME HİKAYESİ | | | | | | |
| 6 | Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar) | | | | | | |
| 7 | Hastalıklardan en fazla 2 tanesi bulunmaktadır | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 8 | Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| HAREKET KABİLİYETİ | | | | | | |
| 9 | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 10 | Ayakta/yürürken denge bozukluğu var. | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| 11 | Baş dönmesi var. | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| BOŞALTIM İHTİYACI | | | | | | |
| 12 | Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| GÖRME DURUMU | | | | | | |
| 13 | Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanıyor vb.) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 14 | İleri derecede görme engeli var | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| İLAÇ KULLANIMI | | | | | | |
| 15 | 4'den fazla ilaç kullanımı var. | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 16 | Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var. | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 17 | Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| EKİPMAN VARLIĞI (Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV İnfüzyon, foley kateter, göğüs tüpü vb.) | | | | | | |
| 18 | Hastaya bağlı 1- 2 bakım ekipmanı var | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 19 | Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| TOPLAM PUAN | | | | | | |
| RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU | | | | | | |
| Düşük Risk | 0-9 Puan Arasında | | | | | |
| Yüksek Risk | 10 Puan Üzerinde | | | | | |
| Not: | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none">Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır. | | | | | | |



YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

| | |
|-----------------|----------|
| Doküman No | HB-EK-4A |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 30 / 36 |

| BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ | | | | |
|--|---|--------------------|---------------------|------------------------|
| Kontrol Parametre/Puan | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Uyarının algılanması | Tamamen yetersiz | Çok yetersiz | Biraz yeterli | Tamamen yeterli |
| Nemlilik | Sürekli ıslak | Çok ıslak | Bazen ıslak | Nadiren ıslak |
| Aktivite | Yatağa bağımlı | Sandalyeye bağımlı | Bazen yürüyebiliyor | Sıklıkla yürüyebiliyor |
| Hareket | Tamamen hareketsiz | Çok hareketsiz | Az hareketli | Hareketli |
| Beslenme | Çok kötü | Yetersiz | Yeterli | Çok iyi |
| Sürtünme ve tahriş | Sorun | Olası sorun | Sorun yok | |
| Değerlendirme | Yüksek Risk: ≤12 Orta Risk: 13-14 Düşük Risk: 15-16 (yaş > 75 15-18) Risk Yok: >16 ve >18 (yaş > 75) | | | |



YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI

| | |
|-----------------|----------|
| Doküman No | HB-EK-5A |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 31 / 36 |

| GLASKOW KOMA SKALASI | | |
|--|--|----------------------------|
| GÖZLERİ AÇABİLME | Spontan açabiliyor | <input type="checkbox"/> 4 |
| | Sözel emirle açabiliyor | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Ağrılı uyarılarla açabiliyor | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Açmıyor | <input type="checkbox"/> 1 |
| MOTOR TEPKİ | Emirlere uyuyor | <input type="checkbox"/> 6 |
| | Ağrıya lokalize | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Çekme (ekstremitelerini ağrılı uyarıdan çekmeye çalışıyor) | <input type="checkbox"/> 4 |
| | Fleksiyon | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Ekstansiyon | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Tepki yok | <input type="checkbox"/> 1 |
| SÖZEL TEPKİ | Oryante (yere, kişiye, zamana) | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Konfüze (cümle kuruyor ancak yanıtlar yanlış) | <input type="checkbox"/> 4 |
| | Uygunsuz cümleler (bir veya birden fazla yanlış yanıt) | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Anlamsız sesler | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Tepki yok | <input type="checkbox"/> 1 |
| TOPLAM PUAN: | | |
| GKS DEĞERLENDİRME: 3-7 puan: Koma 8-12 puan: Prekoma 13-15 puan: Bilinç açık | | |



SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-EK-6 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 32 / 36 |

SIVI İZLEM FORMU

$$\text{Akış Hızı} = \frac{\text{Toplam sıvı miktarı X 20 (Damla faktörü)}}{\text{Toplam süre}}$$

Damla/dakika

1ml=1cc=1cm³=10 Diziye=20 Damla
Mikrodrip serum setleri kullanılıyor ise 60 damla 1ml'dir

Damla Faktörü=20 (1 ml=20 damla)
Süre=60 dakika

| Saat | I. Sıvı Cinsi | Şişe Seviyesi | Giden Miktar | II. Sıvı Cinsi | Şişe Seviyesi | Giden Miktar |
|-------------------|---------------|---------------|--------------|----------------|---------------|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 24 Saatlik Toplam | | | | | | |

SIVI DENGESİ İZLEM FORMU

| Sıvı | Tarih | Saat: 08-16 | Saat: 16-24 | Saat: 24-08 | Toplam 24saat | Aldığı çıkardığı sıvı dengesi (Balans) | Arada fark varsa nedenini değerlendiriniz |
|-------------|-------|-------------|-------------|-------------|---------------|--|---|
| | | ml/8 saat | ml/8 saat | ml/8 saat | ml/gün | | |
| Aldığı* | | | | | | | |
| Çıkardığı** | | | | | | | |
| Aldığı | | | | | | | |
| Çıkardığı | | | | | | | |
| Aldığı | | | | | | | |
| Çıkardığı | | | | | | | |

*Oral, parenteral, NG vb.
**İdrar, kusma, gaita, kanama vb.
Not: En az iki günlük sıvı alımı ve kaybını değerlendiriniz.

VÜCUT YÜZEY ALANI DEĞERLENDİRMESİ

| | | |
|--|--|--------------------|
| Vücut yüzey alanı (VYA) | | m ² /kg |
| Vücut yüzey alanına göre alması gereken sıvı (Toplam): | | cc |

Not: Bebek ve çocuklar için kullanılacaktır.



LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-EK-7 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 33 / 36 |

| LABORATUVAR BULGULARI | | | | | |
|---|-------------------------------|------------------------|-------------------|-------------------------------|------------------------|
| TAM KAN SAYIMI (CBC) | | | BİYOKİMYA | | |
| Tetkik | Sonuç Düşük (D) Yüksek (Y) | Neden? Olası sorun? | Tetkik | Sonuç Düşük (D) Yüksek (Y) | Neden? Olası sorun? |
| WBC | | | Glikoz | | |
| RBC | | | BUN | | |
| HGB | | | Kreatinin | | |
| HTC | | | Ürik asit | | |
| MCH | | | T. protein | | |
| MCHC | | | Albümin | | |
| RDW | | | T. Bilirubin | | |
| MPV | | | D. Bilirubin | | |
| LY% | | | AST | | |
| MO% | | | ALT | | |
| NE% | | | GGT | | |
| EO% | | | ALP | | |
| BA% | | | LDH | | |
| BA# | | | CK | | |
| EO# | | | CK-MB | | |
| LY# | | | Amilaz | | |
| MCV | | | Lipaz | | |
| MO# | | | Sodyum-Na | | |
| NE# | | | Potasyum-K | | |
| PDW | | | Klor-Cl | | |
| HbA1c | | | Kalsiyum-Ca | | |
| SEDİM | | | Fosfor-P | | |
| PTZ | | | Magnezyum-Mg | | |
| INR | | | HDL | | |
| aPTT | | | LDL | | |
| CRP | | | VLDL | | |
| HORMON PANELİ | | | T. Kolesterol | | |
| S-T ₃ | | | Trigliserit | | |
| S-T ₄ | | | TİT-İDRAR TAHLİLİ | | |
| TSH | | | Görünüm | | |
| Folik asit | | | Renk | | |
| Ferritin | | | Dansite | | |
| Vit. B-12 | | | Ph | | |
| ALINAN KÜLTÜRLER | | | Glikoz | | |
| Kan K. | | | Keton | | |
| İdrar K. | | | Eritrosit | | |
| Sürüntü K. | | | Protein | | |
| DİĞER | | | Lökosit | | |
| | | | Bilirubin | | |
| TETKİK SONUÇLARI | | | | | |
| Son Yatışta Yapılan Tetkikler (MR-BT-Endoskopi, Anjiyografi vb.) | | TARİH | SONUÇ | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-EK-8 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 34 / 36 |

TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU

Bakım verdiğiniz kişiye ilişkin ön gördüğünüz taburculuk eğitim planınızı oluşturunuz.

| | |
|--|--|
| Kişinin mevcut yaşam koşulları | <input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor |
| | <input type="checkbox"/> Eşi ile yaşıyor |
| | <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız) |
| Evde bakımına yardımcı birey var mı? | <input type="checkbox"/> Hayır |
| | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Kim: |
| Hastalığı ve tedavisi hakkında bilgisi | <input type="checkbox"/> Var |
| | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Yok ise bakım planında konuyu ele alınız |
| Taburculuktan sonra gideceği yer | |

- Kişinin hazırlanmasına yardım ediniz.
 Varsa eşyalarını teslim ediniz.
 Enfeksiyon belirtilerini öğretiniz.
 Hastalığı hakkında öz yönetim becerilerinin düzeyini kontrol ediniz (Hastalık, diyet, ilaç kullanımı vb.)
 Gerekliyorsa, yapması şart olan egzersizleri nasıl yaptığını gözden geçiriniz ve evde devam etmesi için bilgi veriniz.

| Taburculuk sonrası alacağı medikal tedavi planı | İLAC | SAATİ | BİLGİ VERİLMESİ GEREKEN YAN ETKİLER |
|---|----------|-------|-------------------------------------|
| | ADI-DOZU | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|--|--|
| Evde alması planlanan diyet (Ön görülen bir kısıtlama varsa belirtiniz.) | |
|--|--|

| | |
|---------------------------------|--|
| Hastane kontrolüne gelme zamanı | |
|---------------------------------|--|

| | |
|---|--|
| Yara bakımı (Varsa nasıl yapacağı konusunda eğitim veriniz) | |
|---|--|

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Yardımcı araç-gereç kullanımı | <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Açıklama: |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|

| | |
|---------------|--|
| Özel uyarılar | |
|---------------|--|

| | |
|--|--|
| Eğitimi Uygulayan Öğrenci Hemşiresinin Adı Soyadı: | |
|--|--|



SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

| | |
|-----------------|---------|
| Doküman No | HB-EK-9 |
| Yayın Tarihi | |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | |
| Sayfa | 35 / 36 |

SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

| | |
|---|--|
| Eğitici/ler | |
| Sağlık eğitimi yapılan birey/sınıf/grup | |
| Sağlık eğitiminin konusu | |
| Yer | |
| Tarih/saat | |
| Sağlık eğitiminin hedefleri (Bilişsel, duyuşsal, davranışsal vb) | |
| Kullanılan yöntem ve teknikler | |
| Kullanılan araç/gereç/kaynaklar | |
| Konu içeriği/başlıklar | |
| Sağlık eğitiminin değerlendirilmesi | |

KAYNAKLAR

1. Perry, A., ve Potter, P. (2011). Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri, Çeviri Editörleri: Aştı, T. A., ve Karadağ, A. 1. Baskı, Adana: Nobel Tıp Kitabevi.
2. Pamela, L. (2015). Klinik Hemşirelik Becerileri. Bir Hemşirelik Süreci Yaklaşımı. Ed.: Bektaş, H. Lippincott Williams&Wilkins.
3. Akyol, A. (2009). Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı ve Takibi, Ed.: Sabuncu, N., ve Ay, F. A. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
4. Türgay, A. (2013). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, Ed.: Ay, F. A. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
5. Birol, L. (2016). Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. 10. Baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi.
6. Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 1. Baskı, Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş.