

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

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



## ÖĞRENCİ TANITIM FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-01
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	2 / 43

### 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 DOKÜMAN LİSTESİ
  - SBF-HB-FR-02 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
  - SBF-HB-FR-03 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
  - SBF-HB-FR-20 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
  - SBF-HB-FR-21 HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMAR-I SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
  - SBF-HB-FR-32 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
  - SBF-HB-LS-02 YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRMESİ
  - SBF-HB-LS-03 YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
  - SBF-HB-LS-04 YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
  - SBF-HB-LS-05 YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
  - SBF-HB-FR-38 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
  - SBF-HB-FR-43 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
  - SBF-HB-FR-44 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
  - SBF-HB-FR-45 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
  - SBF-HB-PL-02 LABORATUVAR TANITIM PLANI VE KURALLARI
  - SBF-HB-LS-14 LABORATUVAR UYGULAMA CHECKLİST LİSTESİ
  - SBF-HB-LS-15 LABORATUVAR UYGULAMA VİDEO GÖSTERİM LİSTESİ
  - SBF-HB-PL-03 LABORATUVAR UYGULAMA ROTASYON PLANI
  - SBF-HB-PL-04 SERBEST ZAMANLARDA UYGULAMA LABORATUVARI KULLANIM PLANI,
  - SBF-HB-PL-05 BİREYSEL BECERİ İZLEM PLANI
8. 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 hemşiresinin 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 çıtıtlı, 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 duyulan 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

Hemşirelik bölüm web sayfasında bulunana laboratuvar tanıtım katalogları hakkında bilgilendirmede bulunulacaktır. İlk hafta öğrenciler, laboratuvar sayısına uygun küçük gruplar halinde ilişkide sunulan laboratuvar tanıtım planına uyumlu olarak laboratuvarların fiziki tanıtımı yapılacaktır. Dersin planı ve yönetimi kapsamında öğrenci değerlendirme dosyası bilgilendirmesi, uygulama rotasyonu, videolara erişim, checkliştlere erişim gibi ders yönetiminde kullanılacak araçlar hakkında bilgilendirme yapılacaktır.

UYGULAMA DÖNEMİ	HAFTA A	HEDEFLER
TARİH	1.-14. HAFTA	1. İlaç uygulaması ile ilgili kavramları ve anatomik bölgeleri sayabilme.
		2. İlaç uygulama adımlarını doğru bir şekilde gerçekleştirebilme.
		3. İntravenöz kateter uygulamasını yapabilme.
		4. İntravenöz kateter sıvı hesaplamasını yaparak tedavisini başlatabilme.
		5. Hastaya/mankene yatak içinde koruyucu pozisyon verebilme.
		6. Hastanın/mankenin bireysel hijyen bakım uygulamalarını yapabilme.
		7. Solunum sistemi ile ilgili temel kavramları, yöntemleri ve ilkeleri tanımlayabilme.
		8. Hastaya mide entübasyonu yapabilme ve entübasyonunu sonlandırabilme
		9. Hasta/manken üzerinde kolostomi bakımına ilişkin edindiği bilgileri beceri ve tutuma dönüştürebilme.
		10. Hastaya üriner kateter uygulamasını doğru bir şekilde gerçekleştirebilme.
		11. Hastanın kalıcı üriner kateterinden steril idrar örneği alabilme.
		12. Hemşirelik bakım sürecini (NANDA) kavrayabilme.
		13. Hastanın yara bakımını yapabilme.
		14. Ameliyat sonrası erken ve geç dönem komplikasyon gelişmesini önlemeye yönelik hemşirelik bakımını uygulayabilme.

### 4. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENME ÇIKTILARI

1. Hemşirelik bakımı ile ilgili temel kavramları, yöntemleri ve ilkeleri tanımlayabilir.
2. Öğretim elemanın gzetiminde temel hemşirelik becerilerini uygulayabilir.
3. Hemşirelik bakımına ilişkin edindiği bilgileri beceri ve tutuma dönüştürebilir.
4. Hemşirelik bakımını uygularken bireylerin haklarına ve değerlerine önem verebilir.
5. Hemşirelik bakım sürecini kavrayabilir.

### 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

HAFTA	DERSİN ADI VE KODU: HEM102 HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR II			
	KONULAR	ÖĞRENME ÇIKTILARIYLA İLİŞKİSİ	ÖĞRENME ÇIKTILARINI KAZANDIRMA YÖNTEM ve MATERYALLERİ	ÖĞRENME ÇIKTILARINI ÖLÇME YÖNTEMİ
1. Hafta	<b>Uygulama laboratuvarının ve ders yönetiminin genel tanıtımı</b> <b>İlaç uygulamaları</b> -Oral ilaç uygulamaları -Lokal ilaç uygulamaları -Parenteral ilaç Uygulamaları	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İlaç uygulaması ile ilgili kavramları sayar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• İlaç uygulama ile ilgili anatomik bölgeleri sayar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• Oral ilaç uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• Lokal ilaç uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• Parenteral ilaç uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5).</li> </ul>	*Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma	Ara sınav (1): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20
2. Hafta	<b>İlaç uygulamaları (devam)</b> -Oral ilaç uygulamaları -Lokal ilaç uygulamaları -Parenteral ilaç Uygulamaları	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İlaç uygulaması ile ilgili kavramları sayar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• İlaç uygulama ile ilgili anatomik bölgeleri sayar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• Oral ilaç uygulamasını (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• Lokal ilaç uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• Parenteral ilaç uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5).</li> </ul>	*Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma	Ara sınav (1): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20
3. Hafta	<b>Sıvı-elektrolit dengesi IV ilaç uygulamaları</b> -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"> <li>• İntravenöz kateter uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• İntravenöz infüzyon hızını hesaplar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• İntravenöz sıvı tedavisini başlatır (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• Venöz kan örneği alır (ÖÇ3-4-5).</li> </ul>	*Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma	Ara sınav (1): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20
4. hafta	<b>Sıvı-elektrolit dengesi IV ilaç uygulamaları (devam)</b> -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"> <li>• İntravenöz kateter uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• İntravenöz infüzyon hızını hesaplar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• İntravenöz sıvı tedavisini başlatır (ÖÇ3-4-5).</li> <li>• Venöz kan örneği alır (ÖÇ3-4-5).</li> </ul>	*Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma	Ara sınav (1): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20

5. Hafta	<p><b>Hareket gereksinimi- Serbest zaman kullanımı*****</b></p> <p>-Hastanın İki Kişi ile Yatağın 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastaya/mankene yatak içinde koruyucu pozisyon verir (ÖÇ3-4-5).</li> <li>Hastayı bir pozisyondan diğerine geçirir (ÖÇ3-4-5).</li> <li>Ergonomiye uygun hareket eder (ÖÇ3-4-5).</li> </ul>	<p>*Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma</p>	<p>Ara sınav (1): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20</p>
6. Hafta	<p><b>Bireysel hijyen uygulamaları</b></p> <p>-Yatak İçinde Tam Vücut Banyosu -Yetişkin Kadında Perine Bakımı -Yetişkin Erkek Perine Bakımı -Sırt Masajı -Yatak İçinde Saç Banyosu -Bilinçli Hastada Ağız Bakımı -Protez Dişi Olan Hastanın Ağız Bakımı -Bilinçsiz Hastada Özel Ağız Bakımı</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın/mankenin bireysel hijyen bakım uygulamalarını yapar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>Mahremiyete değer verir (ÖÇ1-3-4-5).</li> </ul>	<p>*Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma</p>	<p>Ara sınav (1): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20</p>
7. Hafta	<p><b>Solunum sistemi uygulamaları</b></p> <p>-Derin Solunum ve Öksürük Egzersizi -Nazal Kanül ile Oksijen Uygulaması -Maske ile Oksijen Uygulaması -Nazofarengal Aspirasyonu -Orofarengal Aspirasyon Becerisi -Trakeostomi Aspirasyonu -Trakeostomi İç Kanülü Temizliği -Peristomal Cilt Bakımı ve Kanül Bağı Değişimi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solunum sistemi ile ilgili temel kavramları, yöntemleri ve ilkeleri tanımlar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>Hastaya derin solunum ve öksürük egzersizlerini öğretir (ÖÇ1-2-3-4-5).</li> <li>Trakeostomi bakımını yapar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>Oksijen uygulamasını yapar (ÖÇ3-4-5).</li> </ul>	<p>*Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma</p>	<p>Ara sınav (1): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20</p>
8. Hafta	<p><b>Beslenme Gereksinimi ve Uygulamaları</b></p> <p>-Mide Entübasyonu -Nazogastrik Sonda ile Beslenme -Beslenme Torbası ile Aralıklı Beslenme -İnfüzyon Pompası ile Devamlı/Sürekli Beslenme -Nazogastrik Sondadan İlaç Verme -Nazogastrik Sondanın Çıkarılması</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın özofagusu ile trake arasındaki anatomik farkı ayırt eder (ÖÇ3-4-5).</li> <li>Mide entübasyonu yapar (ÖÇ3-4-5).</li> <li>Hastayı besler (ÖÇ3-4-5).</li> <li>Mide entübasyonunu sonlandırır (ÖÇ3-4-5).</li> </ul>	<p>*Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma</p>	<p>Ara sınav (1): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20</p>
9. Hafta	<p><b>Sindirim Sistemi ve Uygulamaları</b></p> <p>-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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta/manken üzerinde kolostomi bakımına ilişkin edindiği bilgileri beceri ve tutuma dönüştürür (ÖÇ1-2-3-4-5).</li> <li>Hastanın boşaltım ihtiyacını karşılamasına yardım eder (ÖÇ1-2-3-4-5).</li> </ul>	<p>*Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma</p>	<p>Ara sınav (1): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20</p>



10. Hafta	<b>Üriner Sistem ve Uygulamaları- Serbest zaman kullanımı*****</b> -Üriner Kateter Uygulaması -Kalıcı Üriner Kateterden Steril İdrar Örneği Alma -Üriner Kateterin Çıkarılması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastaya üriner kateter uygulamasını doğru bir şekilde gerçekleştirir (ÖÇ1-2-3-4-5).</li> <li>-Kalıcı Üriner Kateterden Steril İdrar Örneği Alır (ÖÇ3-4-5).</li> <li>-Üriner Kateteri çıkarır (ÖÇ3-4-5).</li> </ul>	*Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma	Ara sınav (1): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20
11. hafta	<b>Üriner Sistem ve Uygulamaları (devam)</b> -Üriner Kateter Uygulaması -Kalıcı Üriner Kateterden Steril İdrar Örneği Alma -Üriner Kateterin Çıkarılması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastaya üriner kateter uygulamasını doğru bir şekilde gerçekleştirir (ÖÇ1-2-3-4-5).</li> <li>-Kalıcı Üriner Kateterden Steril İdrar Örneği Alır (ÖÇ3-4-5).</li> <li>-Üriner Kateteri çıkarır (ÖÇ3-4-5).</li> </ul>	*Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma	Ara sınav (1): % 20 Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20 ****Bakım planı % 20
12. Hafta	<b>Hemşirelik Bakım Süreci</b> -Veri toplama -Nanda'ya göre tanılama -Planlama -Uygulama -Değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemşirelik bakım sürecini kavrayabilir (ÖÇ1-2-3-4-5).</li> <li>Hastanın biyo-psiko-sosyal yönden verilerini toplar (ÖÇ1-2-3-4-5).</li> <li>Hastanın verileri doğrultusunda holistik bir bakım verir (ÖÇ1-2-3-4-5).</li> </ul>	Konu anlatım Soru-cevap Vaka tartışma	Final sınavı: % 40 ****Bakım planı % 20
13. Hafta	<b>Sıcak-Soğuk Uygulamalar/Yara bakımı</b> -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"> <li>Hastanın yara bakımını yapar (ÖÇ1-2-3-4-5).</li> <li>Sıcak/soğuk uygulama yöntemlerini doğru bir şekilde yapar (ÖÇ3-4-5).</li> </ul>	*Konu anlatım (ppt sunum) **Checklist Soru-cevap Video izletme Vaka tartışma	Final sınavı: % 40 ***Uygulama Sınavı: % 20
14. Hafta	<b>Ameliyat Öncesi ve Sonrası Bakım</b> -Ameliyat öncesi bakım -Ameliyat sırası bakım -Ameliyat sonrası bakım -Cerrahi riskler	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ameliyat sonrası erken ve geç dönem komplikasyon gelişmesini önlemeye yönelik hemşirelik bakımını uygulayabilir (ÖÇ1-2-3-4-5).</li> </ul>	Konu anlatım Soru-cevap	Final sınavı: % 40
<b>15. HAFTA FİNAL SINAVI</b>				

\***Konu anlatımı:** PPT sunumu şeklinde yapılacaktır. Dersin sorumlu öğretim elemanı uygun bulunduğu takdirde PPT sunumları konu anlatımından bir hafta önce ALMS sisteminde öğrencinin derse hazır olması için izleme aktif hale getirilecektir.

\*\* **Checklist:** Laboratuvar ortamında yürütülecek uygulamaya ait işlem basamaklarının yer aldığı checklistlerin listesi ekte verilmiştir. Konu ile ilişkili checklistlere “Hemşirelikte Uygulama Becerileri” adlı ders kitabından ve web sitesinden ulaşılabılır.

\*\*\***Laboratuvar uygulama sınavı:** Laboratuvar ortamında yürütülecek uygulama sınavı için, öğrenciden rastgele kura ile çekeceği hemşirelik uygulamasını yapması istenecektir. Öğrenci, kendisini değerlendirecek öğretim elemanını da kura ile çekecektir. Öğretim elemanları yapacağı hemşirelik uygulamasını checkliste göre değerlendirecektir. Uygulama sonunda checklisten alınan puan 100 puan üzerinden değerlendirilecek ve 1. . Uygulama sınavı puanı oluşacaktır. Uygulama sınavından başarılı olmak için **en az 60 puan** almak gerekmektedir. **60 puan altında** alan öğrenci, **final sınavına giremez**. Laboratuvar uygulama sınavının **yılsonu başarı puanına etkisi %20’dir**.

\*\*\*\* **Bakım planı:** 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 yılsonu başarı puanına etkisi %20’dir.

\*\*\*\*\***Serbest zaman kullanımı:** Bu uygulama, öğrencilerin talepleri ve eksik oldukları konularla ilişkili olarak talep doğrultusunda ekte sunulan *serbest zamanlarda uygulama laboratuvarı kullanımı planına* uygun olarak yürütülür ve öğrencilerin görevlendirilecek öğretim elemanı eşliğinde uygulama yapmaları beklenecektir.

## 7. LABORATUVAR/KLİNİK UYGULAMA DERSİ FORM VE EK LİSTESİ

Bu klinik uygulama dersi kapsamında aşağıdaki işaretli dokümanlar kullanılacaktır.

### DOKÜMANLAR

- SBF-HB-FR-02 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- SBF-HB-FR-03 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-20 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-21 HEMŞİRELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMAR-I SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-32 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- SBF-HB-LS-02 YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRMESİ
- SBF-HB-LS-03 YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
- SBF-HB-LS-04 YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
- SBF-HB-LS-05 YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
- SBF-HB-FR-38 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
- SBF-HB-FR-43 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
- SBF-HB-FR-44 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
- SBF-HB-FR-45 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
- SBF-HB-PL-02 LABORATUVAR TANITIM PLANI VE KURALLARI
- SBF-HB-LS-14 LABORATUVAR UYGULAMA CHECKLİST LİSTESİ
- SBF-HB-LS-15 LABORATUVAR UYGULAMA VİDEO GÖSTERİM LİSTESİ
- SBF-HB-PL-03 LABORATUVAR UYGULAMA ROTASYON PLANI
- SBF-HB-PL-04 SERBEST ZAMANLARDA UYGULAMA LABORATUVARI KULLANIM PLANI
- SBF-HB-PL-05 BİREYSEL BECERİ İZLEM PLANI



## SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-02
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	11 / 42

### 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	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	14 / 43

	<input type="checkbox"/> Kanser	<input type="checkbox"/> Akut Böbrek Yetmezliği	
	<input type="checkbox"/> Hipotiroidi	<input type="checkbox"/> Kronik Böbrek Yetmezliği	
	<input type="checkbox"/> Hipertiroidi	<input type="checkbox"/> Ülser	
Geçirdiği hastalıklar			
Sigara	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre: <input type="checkbox"/> Bırakmış Bırakma tarihi:
Alkol	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre: <input type="checkbox"/> Bırakmış Bırakma tarihi:
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 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: Yetişkinler için SBF-HB-LS-03 Yetişkinler İçin İtaki 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 ameliyatlar			

### 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:		



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	15 / 43

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 <sub>2</sub> :		<input type="checkbox"/> PCO <sub>2</sub> : <input type="checkbox"/> Bakılmadı
Venöz kan gazı	<input type="checkbox"/> PO <sub>2</sub> :		<input type="checkbox"/> PCO <sub>2</sub> : <input type="checkbox"/> Bakılmadı
Oksijen tedavisi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama: <input type="checkbox"/> Nazal kanül <input type="checkbox"/> Oksijen maskesi
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"/> İkterik
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:	
Kahtsal 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 değerlendirmesi 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



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	16 / 43

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 kuruluğu <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 güçlüğü (disfaji)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	<input type="checkbox"/> Katı besin	<input type="checkbox"/> Sıvı besin				
Yeme güçlüğü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	<input type="checkbox"/> Katı besin	<input type="checkbox"/> Sıvı besin				
Tat duygusunda 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								
Dişare	<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:						





## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	17 / 43

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 boşaltımı karşılamada	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı Bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı				
Günlük idrara çıkma sıklığı							
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 SBF-HB-FR-38 Sıvı İzlem ve Sıvı Dengesi İzlem Formu'nu kullanınız.							
Üriner sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını 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	



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	18 / 43

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 atrofisi	<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: SİNİR SİSTEMİ

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"/> Konuşmıyor <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:
	Sol	<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:
	Sol	<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:		
Konsantrasyon 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 SBF-HB-LS-05 Yetişkinler İçin Glaskow Koma Skalası'nı kullanınız.					
Sinir sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.					



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	19 / 43

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DUYU

Görme sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sağ yetersiz	<input type="checkbox"/> Sağ gözde körlük	<input type="checkbox"/> Sağ gözde katarakt
Gözde sorun	<input type="checkbox"/> Şişlik	<input type="checkbox"/> Akıntı	<input type="checkbox"/> Sol yetersiz	<input type="checkbox"/> Sol gözde körlük	<input type="checkbox"/> Sol gözde katarakt
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"/> Sağ kulakta sağırılık	
			<input type="checkbox"/> Sol yetersiz	<input type="checkbox"/> Sol kulakta sağırılık	
Kulak enfeksiyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
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:		



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	20 / 43

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.			

### 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"/> Sıcak	<input type="checkbox"/> Nemli	<input type="checkbox"/> Kızamık	<input type="checkbox"/> İyileşmeyen yara
	<input type="checkbox"/> Ilık	<input type="checkbox"/> Soğuk	<input type="checkbox"/> Terli	<input type="checkbox"/> Kuru	<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 SBF-HB-LS-04 Yetişkinler İçin Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'ni kullanınız.					
Deri değerlendirmesine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.					



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	21 / 43

### 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 tanılarını 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:
Ağrının çeşiti	<input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronik			
Ağrı puanı				
Not: Yetişkinler için SBF-HB-LS-02 Ağrı Değerlendirmesini 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"/>



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	22 / 43

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:
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:



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	23 / 43

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	SBF-HB-FR-20
Yayın Tarihi	13.04.2023
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	Versiyon 0
Sayfa	24 / 43

### KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih		
Uygulama Birimi		
Süpervizör Adı Soyadı		
<b>UYGULAMA HEDEFLERİ</b>		
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	
<b>KLİNİK UYGULAMADA KAZANILAN HEMŞİRELİK BECERİLERİ</b>		
Klinik uygulamada kazandığımız hemşirelik becerilerini belirtiniz		
Bu klinik uygulamadan öğrendiğiniz ve daha önce bilmediğiniz en önemli şey	Bireye ilişkin:	
	Sağlık ekibine/kuruma ilişkin:	
	Kendinize ilişkin:	
<b>BAKIMA YÖNELİK DEĞERLENDİRME</b>		
Bireye bakım verirken hissettiğiniz duygu ve düşüncelerinizi yazınız		
Birey ile kurmuş olduğunuz terapötik ilişkiyi değerlendiriniz		
Uyguladığınız hemşirelik bakım sürecine ilişkin çalışmanızı değerlendiriniz		
<b>KLİNİK UYGULAMADA EKSİK BULUNAN YÖNLER</b>		
Klinik uygulamada eksik bulduğunuz yönlerinizi (teori, uygulama, iletişim, vb.) yazınız		
<b>KLİNİK UYGULAMA YERİNİN “KLİNİK UYGULAMA EĞİTİMİ” AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ</b>		
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	SBF-HB-FR-20
Yayın Tarihi	13.04.2023
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	Versiyon 0
Sayfa	25 / 43

### 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 eğitimime 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.					



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

Doküman No	SBF-HB-FR-21
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	26 / 43

**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:				
<b>A. GENEL BECERİLER</b>								
Değerlendirme Kriterleri	0 puan	1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan	Öğretim Elemanı Puanı	Alan/Klinik Rehber* Puanı
<b>İletişim</b>								
Hasta/sağlıklı birey ve aileler ile terapötik iletişim kurar.	İletişim kurmamıştır.	İletişimi başlatmıştır (Selamlaşma, kendini tanıtmaya ve rolü hakkında bilgilendirme).	Basit ve genel ifadelerle iletişimi devam ettirmiştir.	Sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerini kullanarak iletişimi devam ettirmiştir.	Empatik iletişim becerilerini kullanarak duygu, düşünce ve davranışları değerlendirmiştir.	Terapötik iletişimi başlatmış, sürdürmüş ve sonlandırmıştır.		
Öğretim üye/elemanı, grup arkadaşları ve sağlık ekibi üyeleri ile profesyonel iletişim kurar.	İletişim kurmamıştır.	İletişimi başlatmıştır (Selamlaşma, kendini tanıtmaya ve rolü hakkında bilgilendirme).	Basit ve genel ifadelerle iletişimi devam ettirmiştir.	Sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerini kullanarak iletişimi devam ettirmiştir.	Empatik iletişim becerilerini kullanarak duygu, düşünce ve davranışları değerlendirmiştir.	Profesyonel iletişim kurmuştur.		
<b>Eğitim</b>								
Hasta/sağlıklı birey ve ailenin gereksinimlerine göre eğitim/egitimler planlar, uygular ve değerlendirir.	Herhangi bir eğitim planlamamıştır.	Eğitim planlamıştır.	Eğitim planlamış ve uygulamıştır.	Eğitim planlamış, uygulamış ve değerlendirmiştir.	-	-		
Eğitimde etkili materyal, öğretim yöntem ve tekniklerini kullanır.	Eğitime yönelik herhangi bir materyal yoktur, herhangi bir öğretim yöntem ve teknik kullanmamıştır.	Eğitime yönelik materyal planlamıştır.	Eğitime yönelik materyali hazırlamış, öğretim yöntem ve teknikleri belirlemiştir.	Eğitimde etkili materyal, öğretim yöntem ve tekniklerini kullanmıştır.	-	-		
<b>Araştırma</b>								
Ulusal/uluslararası düzeyde bilimsel bilgilere ulaşır ve hemşirelik sürecinde kullanır.	Bilimsel bilgiye ulaşmamıştır.	Bilimsel bilgiye ulaşmıştır.	Bilimsel bilgilere ulaşmıştır ve hemşirelik sürecinde kullanmıştır.	-	-	-		
Mesleğe yönelik yenilikleri, gelişmeleri takip eder ve mesleki uygulamalarına yansıtır.	Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip etmemiştir.	Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip etmiştir.	Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip etmiştir ve mesleki uygulamalarına yansıtmıştır.	-	-	-		
<b>Profesyonel Davranışlar</b>								
Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (ÇAKÜ SBF) "Mesleki Alan Uygulama Yönergesi" sine uygun davranır.	Yönergeye uygun davranmamıştır.	Yönerge maddelerine kısmen uygun davranmıştır.	Yönerge maddelerinin çoğunluğuna uygun davranmıştır.	Yönerge maddelerinin tamamına uygun davranmıştır.	-	-		
Mesleki uygulamalarında "Hemşirelikte Etik Kodları"na uygun davranır.	Etik kodlara uygun davranmamıştır.	Etik kodlara kısmen uygun davranmıştır.	Etik kodların çoğunluğuna uygun davranmıştır.	Etik kodların tamamına uygun davranmıştır.	-	-		
Klinik/uygulama süreçlerinde problem çözme becerilerini kullanır.	Problem çözme süreçlerini kullanmamıştır.	Problemin farkına varmıştır, onu sınırlamıştır, çözüm ile ilgili bilgi toplamıştır.	Problemin çözümü için uygun araçları hazırlamıştır ve organize etmiştir.	Problem çözüm yollarını uygulamıştır.	Uygulamanın sonucunu değerlendirmiştir.	-		



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

Doküman No	SBF-HB-FR-21
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	27 / 43

B. ALANA ÖZGÜ BECERİLER						
Değerlendirme Kriterleri	0 puan	2 puan	4 puan	6 puan	Öğretim Elemanı Puanı	Alan/ Klinik Rehber* Puanı
Hasta değerlendirme (hasta öyküsü alma, vital bulguları ölçme ve değerlendirme) becerilerini yapar.	Hasta değerlendirme yapmamıştır.	Hastanın sadece öyküsünü almıştır.	Hastanın sadece vital bulgularını ölçmüştür.	Hasta tüm değerlendirme becerilerini yapmıştır.		
Hastanın temel bakım becerilerini yapar.	Hastanın temel bakım becerilerini yapmamıştır.	Hastanın beslenme, giyinme, banyo yapma gibi bazı temel bakım becerilerinin bazılarını yapmasına yardım etmiştir.	Hastanın beslenme, giyinme, ağız bakımı, banyo yapma gibi bazı temel bakım becerilerinin tamamını yapmasına yardım etmiştir.			
İlaç yönetimini doğru bir şekilde uygular.	İlaç yönetimini doğru bir şekilde uygulamamıştır.	İlaçları hazırlamış ve uygulamıştır.	İlaç hazırlamış, uygulamış, ilaç etkileşimlerini ve yan etkilerini izlemiştir.	İlaç hazırlamış, uygulamış, ilaç etkileşimlerini ve yan etkilerini izlemiş ve doğru doz hesaplaması yapmıştır.		
Hasta mobilizasyonu ve pozisyon vermeyi doğru bir şekilde yapar.	Hasta mobilizasyonu ve pozisyon vermeyi doğru bir şekilde yapamaz.	Düşme riskini önlemiştir.	Hastaları güvenli bir şekilde taşımıştır.	Hastaları güvenli bir şekilde taşımış ve pozisyonlandırmıştır.		
Hastanın sıvı elektrolit dengesini doğru bir şekilde yönetir.	Hastanın sıvı elektrolit dengesini doğru bir şekilde yönetemez.	Hastanın aldığı çıkardığı sıvı takibini yapmıştır.	Hastanın aldığı çıkardığı sıvı takibini yapar, dehidrasyon ve hiperhidrasyon belirtilerini değerlendirmiştir.	Diğer maddeler ile birlikte elektrolit dengesizliklerini belirlemek için laboratuvar sonuçlarını yorumlamıştır.		
Hastanın solunumunu doğru bir şekilde değerlendirir.	Hastanın solunumunu doğru bir şekilde değerlendiremez.	Hastanın solunum hızını, derinliğini ve ritmini değerlendirmiştir.	Hastanın solunum hızını, derinliğini ve ritmi ile birlikte oksijen terapi cihazlarını doğru bir şekilde kullanmıştır.	Diğer maddeler ile birlikte oksijen saturasyonunun doğru bir şekilde ölçülmesini sağlamıştır.		
Hastanın solunum yolunu etkili bir şekilde temizler.	Hastanın solunum yolunu etkili bir şekilde temizlemiştir.	Hastanın sadece nazofarengal aspirasyonunun gerçekleştirmiştir.	Hastanın sadece nazofarengal ve orafarengal aspirasyonunu gerçekleştirmiştir.	Diğer maddeler ile birlikte hastanın trakeostomi aspirasyonunu da gerçekleştirmiştir.		
Hastanın nazogastrik sonda uygulamasına yönelik becerileri yapar.	Hastanın nazogastrik sonda uygulamasına yönelik becerileri yapmamıştır.	Hastaya uygun boyutta nazogastrik sondayı seçmiştir.	Hastanın doğru pozisyonda nazogastrik sonda takılmasını gerçekleştirmiştir.	Hastada nazogastrik sondanın doğru pozisyonda olduğunu kontrol etmiştir.		
Doğru ve yeterli veri toplar.	Verileri toplamamıştır.	Verileri sadece hastadan/dosyadan toplamıştır.	Verileri hem hastadan hem dosyadan toplamıştır ancak fizik muayene bulgularıyla doğrulamamıştır.	Verileri yeterli toplamıştır ve fizik muayene bulguları ile doğrulamıştır.		
Topladığı veriler doğrultusunda uygun tanımlayıcı özellikleri belirler.	Tanımlayıcı özellikleri belirlememiştir/Risk tanımlarına tanımlayıcı özellik belirlemiştir.	Tanımlayıcı özellikleri belirlemiş ancak tanımlara uygun değildir.	Çoğu hemşirelik tanısına uygun tanımlayıcı özellik belirlemiştir.	Her bir hemşirelik tanısına uygun tanımlayıcı özellik belirlemiştir.		
Topladığı veriler doğrultusunda uygun etiyolojik/ilişkili faktörleri belirler.	Etiyolojik/ilişkili faktörleri belirlememiştir.	Etiyolojik/ilişkili faktörleri belirlemiş ancak tanımlara uygun değildir.	Çoğu hemşirelik tanısına uygun etiyolojik/ilişkili faktörleri belirlemiştir.	Her bir hemşirelik tanısına uygun etiyolojik/ilişkili faktörleri belirlemiştir.		
Sağlıklı/hasta bireye özgü hemşirelik tanımlarını belirler.	Hemşirelik tanımlarını belirlememiştir.	Hemşirelik tanımlarını belirlemiş ancak sağlıklı/hasta bireye uygun değildir.	Hemşirelik tanımlarının çoğunu belirlemiş ancak yeterli değildir.	Sağlıklı/hasta bireye özgü hemşirelik tanımlarını belirlemiştir.		
Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirler.	Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirlememiştir.	Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirlemiş ancak sağlıklı/hasta bireye uygun değildir.	Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre çoğunu belirlemiş ancak yeterli değildir.	Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirlemiştir.		
Her bir hemşirelik tanısına yönelik amaç belirler.	Amaç belirlememiştir.	Amaç belirlemiş ancak tanımlara uygun değildir.	Çoğu hemşirelik tanısına uygun amaç belirlemiştir.	Her bir hemşirelik tanısına uygun amaç belirlemiştir.		
Her bir hemşirelik tanısına yönelik beklenen hasta sonucunu belirler.	Beklenen hasta sonucunu belirlememiştir.	Beklenen hasta sonucunu belirlemiş ancak tanımlara uygun değildir.	Çoğu hemşirelik tanısına uygun beklenen hasta sonucunu belirlemiştir.	Her bir hemşirelik tanısına uygun beklenen hasta sonucunu belirlemiştir.		
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimleri planlar.	Hemşirelik tanısına özgü girişim planlamamıştır.	Hemşirelik girişimini planlanmış ancak tanımlara uygun değildir.	Çoğu hemşirelik girişimini planlamıştır.	Her bir hemşirelik girişimi planlamıştır.		
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimleri uygular.	Hemşirelik tanısına özgü girişimleri uygulamamıştır.	Hemşirelik girişimlerini kısmen uygulamıştır.	Planladığı çoğu hemşirelik girişimini uygulamıştır.	Her bir hemşirelik girişimi uygulamıştır.		
Hemşirelik tanımlarına özgü değerlendirmeyi yapar.	Değerlendirme yapmamıştır.	Hemşirelik tanısına özgü uygun değerlendirme yapmamıştır.	Beklenen hasta sonuçlarını değerlendirmedi.	Beklenen hasta sonuçlarına göre değerlendirme yapmış ve bakım planını gözden geçirmiştir.		
<b>TOPLAM PUAN:</b>						

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

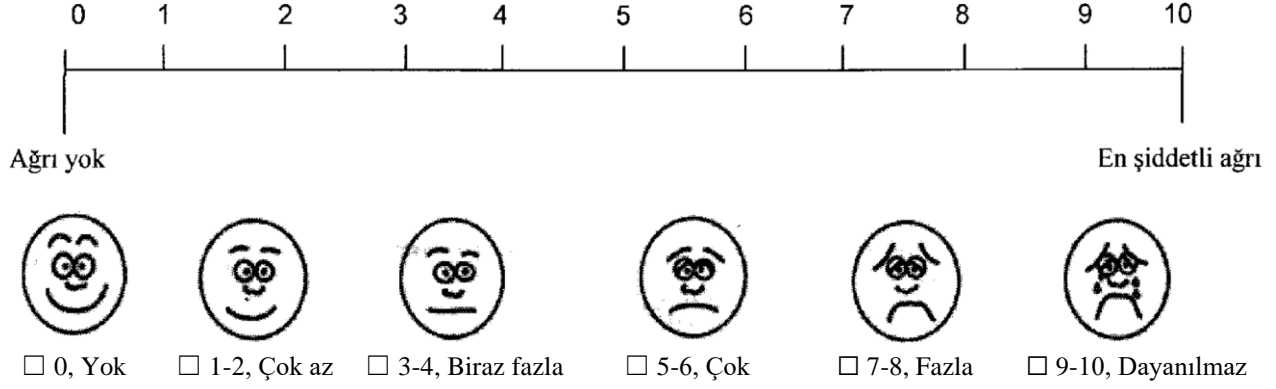




## YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRMESİ

Doküman No	SBF-HB-LS-02
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	29 / 43

### AĞRI TANILAMA





## YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Doküman No	SBF-HB-LS-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	30 / 43

### 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
	<b>YAŞ</b>					
1	60-69	1	1	1	1	1
2	70-79	2	2	2	2	2
3	80 ve üstü	3	3	3	3	3
	<b>BİLİNÇ DURUMU</b>					
4	Bilinci kapalı	1	1	1	1	1
5	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)	2	2	2	2	2
	<b>DÜŞME HİKAYESİ</b>					
6	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var	3	3	3	3	3
	<b>HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER</b> (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
	<b>HAREKET KABİLİYETİ</b>					
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
	<b>BOŞALTIM İHTİYACI</b>					
12	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var	1	1	1	1	1
	<b>GÖRME DURUMU</b>					
13	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanıyor vb.)	2	2	2	2	2
14	İleri derecede görme engeli var	10	10	10	10	10
	<b>İLAÇ KULLANIMI</b>					
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
	<b>EKİPMAN VARLIĞI</b> (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
	<b>TOPLAM PUAN</b>					
	<b>RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU</b>					
Düşük Risk	0-9 Puan Arasında					
Yüksek Risk	10 Puan Üzerinde					
Not:						
	<ul style="list-style-type: none"><li>Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.</li><li>İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.</li><li>Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.</li></ul>					



## YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Doküman No	SBF-HB-LS-04
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	31 / 43

### 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: $\leq 12$ 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	SBF-HB-LS-05
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	32 / 43

GLASKOW KOMA SKALASI		
<b>GÖZLERİ AÇABİLME</b>	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
<b>MOTOR TEPKİ</b>	Emirlere uyuyor	<input type="checkbox"/> 6
	Ağrıya lokalize	<input type="checkbox"/> 5
	Çekme (ekstremitelerini ağrılı uyarandan çekmeye çalışıyor)	<input type="checkbox"/> 4
	Fleksiyon	<input type="checkbox"/> 3
	Ekstansiyon	<input type="checkbox"/> 2
	Tepki yok	<input type="checkbox"/> 1
<b>SÖZEL TEPKİ</b>	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
<b>TOPLAM PUAN:</b>		
<b>GKS DEĞERLENDİRME:</b> 3-7 puan: Koma 8-12 puan: Prekoma 13-15 puan: Bilinç açık		



**SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU**

Doküman No	SBF-HB-FR-38
Yayın Tarihi	13.04.2023
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	Versiyon 0
Sayfa	33 / 43

**SIVI İZLEM FORMU**

<b>Akış Hızı</b>	Toplam sıvı miktarı X 20 (Damla faktörü)					
<b>Damla/dakika</b>	= $\frac{\text{Toplam sıvı miktarı X 20 (Damla faktörü)}}{\text{Toplam süre}}$					
<b>1ml=1cc=1cm<sup>3</sup>=10 Diziye=20 Damla</b>						
<b>Mikrodrip serum setleri kullanılıyor ise 60 damla 1ml'dir</b>						
Damla Faktörü=20 (1 ml=20 damla) Süre=60 dakika						
Saat	I. Sıvı Cinsi	Şiše Seviyesi	Giden Miktar	II. Sıvı Cinsi	Şiše 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 <sup>2</sup> /kg
Vücut yüzey alanına göre alması gereken sıvı (Toplam):		cc
Not: Bebek ve çocuklar için kullanılacaktır.		



## LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-43
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	34 / 43

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 <sub>3</sub>			Trigliserit		
S-T <sub>4</sub>			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	SBF-HB-FR-44
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	35 / 43

### 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.)  
 Gerekirse, yapması şart olan egzersizleri nasıl yaptığını gözden geçirin 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 Hemşirenin Adı Soyadı:	
--	--



## SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-45
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	36 / 43

### SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

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



## LABORATUVAR TANITIM PLANI ve KURALLARI

Doküman No	SBF-HB-PL-02
Yayın Tarihi	11.10.2024
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	Versiyon 0
Sayfa	36 / 42

### LABORATUVAR TANITIM VE KURALLAR

Bölüm	Hemşirelik
Ders Sorumlu Öğretim Elemanı	Dr. Öğr. Üyesi Gözde Özaras Öz
Dersin Kodu Adı	HEM102 Hemşirelik Esasları II
Amaç	HEM102 Hemşirelik Esasları II kapsamında öğrencilerin bilgi düzeyi ile tutum ve becerilerin ölçülmesi
Takvim	Dönem başı

#### 1. Ders Yönetiminin Tanıtılması

Sınıf grubuna ayrılan öğrencilere power point sunumu ile ders katalogları tanıtılır. Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar-II dersinin 4 saat teorik, 12 saat uygulama saati olduğu, uygulamanın 18 er kişilik, 6 gruba ayrılarak uygulama laboratuvarlarında yapıldığı konularında bilgilendirilir. Bir öğretim elemanı başına ortalama 14 öğrenci düşmektedir (*Öğrenci sayısı değişkenlik gösterebilir*).

#### 2. Uygulama Laboratuvarlarının Tanıtılması

Uygulama laboratuvarları Tıbbi Beceri ve Klinik Beceri Laboratuvarından oluşmaktadır. Laboratuvarlarının tanıtımında, 18'er kişilik 3 gruptan oluşan (1. 2. ve 3.) öğrenciler ile 15 dakikalık (*Süre değişkenlik gösterebilir*) rotasyonlar şeklinde sırayla Tıbbi Beceri Laboratuvarının ve Klinik Beceri Laboratuvarının tanıtımı gerçekleştirilir. Daha sonra gruplar çaprazlanarak, diğer grup öğrencilerine tanıtım gerçekleştirilir (*Öğrenci grup ve sayısı değişkenlik gösterebilir*). Laboratuvarların fiziki tanıtımı, kullanılan tüm malzeme ve ekipmanlar, malzemelerin kullanım amaçları, laboratuvar ve çalışma kuralları anlatılır.

#### 3. Uygulama Laboratuvarının Çalışma Kuralları

- Laboratuvar ortamında hijyen kurallarına uyulmalı, eller düzenli olarak yıkanmalı ve eldiven, maske gibi kişisel koruyucu ekipmanlar kullanılmalıdır. Saçlar uzun ise mutlaka toplanmalıdır.
- Keskin aletler ve iğneler dikkatli kullanılmalı ve uygulama bittikten sonra kesici delici atık kutusuna atılmalıdır.
- Laboratuvar alanı düzenli ve temiz tutulmalıdır.
- Tüm ekipman ve malzemeler doğru ve güvenli bir şekilde kullanılmalıdır.
- Ekipmanların kullanım talimatlarına uyulmalı ve herhangi bir hasar veya arıza durumunda hemen bildirilmelidir.
- Kullanılan malzemeler doğru şekilde temizlenmeli ve saklanmalıdır.
- Değerlendirme kriterlerine uygun şekilde performans sergilenmeli ve eksiklikler üzerinde çalışılmalıdır.
- Laboratuvar sırasında uygun hemşirelik üniforması giyilmeli ve kişisel bakım kurallarına uyulmalıdır.
- Takılar, uzun tırnaklar ve diğer potansiyel tehlike oluşturabilecek unsurlar kullanılmamalıdır.
- Laboratuvar sorumlusu öğretim elemanının izin almadan laboratuvara girilmemeli, tek başına uygulama yapılmamalıdır.
- Laboratuvarda yiyecek/içecek tüketilmemeli ve gıda malzemelerini bulundurulmamalıdır.
- Laboratuvar sorumlusu öğretim elemanının izni olmadan malzeme laboratuvardan dışarı çıkarılmamalıdır.
- Termometre kırıklarının cıvalı kısımlarını ve cıva artıklarını asla çöpe ya da lavaboya atılmamalı. toprağa gömülmemelidir.
- Ampul, enjektör gibi malzemelerle olan kesik ve kanamalarda, yara ve etrafı temizlenip üzeri gazlı bezle kapatılmalı. Kanamanın şiddetine göre gevşek ya da sıkı bir tamponla basınç uygulanmalıdır.
- Laboratuvar ortamında saygılı ve profesyonel bir tutum sergilenmelidir. Diğer öğrencilerin öğrenme sürecine saygı gösterilmeli ve gereksiz gürültüden kaçınılmalıdır. Cep telefonları ve diğer dikkat dağıtıcı cihazlar laboratuvar sırasında kullanılmamalıdır.
- Öğrenciler, laboratuvar oturumlarına önceden hazırlıklı gelmelidir. Bu, gerekli okuma materyallerini incelemeyi ve ilgili becerileri önceden çalışmayı içerir.
- Derslere zamanında gelinmeli ve aktif olarak katılım sağlanmalıdır.
- Tüm uygulamalar, senaryolar gizlilik ve etik kurallara uygun olarak yürütülmelidir.
- Yapılan uygulamalar sonrasında geri bildirim alınmalı ve bu geri bildirimler doğrultusunda kendini geliştirme çalışmaları yapılmalıdır.







## LABORATUVAR UYGULAMA ROTASYON PLANI

Doküman No	SBF-HB-PL-03
Yayın Tarihi	11.10.2024
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	Versiyon 0
Sayfa	39 / 42

### LABORATUVAR UYGULAMA BİLGİLERİ

<b>Bölüm</b>	Hemşirelik				
<b>Ders Sorumlu Öğretim Elemanı</b>	Dr. Öğr. Üyesi Güzde Özaras Öz				
<b>Dersin Kodu Adı</b>	HEM102 Hemşirelik Esasları II				
<b>Amaç</b>	HEM102 Hemşirelik Esasları II kapsamında öğrencilerin bilgi düzeyi ile tutum ve becerilerin geliştirilmesi için laboratuvar uygulamalarında en yüksek performansın kazanımı ile laboratuvar uygulamalarının yürütülmesi				
<b>Uygulama Planı</b>	Kayıtlı öğrenci sayısı Öğrenci uygulama gruplarının hazırlanması Öğrenci uygulama rotasyonunun hazırlanması Öğrencilerin bilgilendirilmesi (G1: Teorik bilgi düzeyi G2: Uygulama Beceri kazanım)				
<b>Laboratuvar Uygulaması</b>	<b>LABORATUVAR</b>		<b>DERSLİK</b>		
	<b>Konu</b>	<b>GI ( )</b>	<b>Konu</b>	<b>GII ( )</b>	
	1.		1.		
	2.		2.		
	3.		3.		
	4.		4.		
	5.		5.		
	6.		6.		
	7.		7.		
	8.		8.		
	9.		9.		
	10.		10.		
	11.		11.		
	12.		12.		
	13.		13.		
	14.		14.		
15.		15.			
GI ve II eşzamanlı ders yönetimi yapılacaktır. GI uygulamada iken GII teorik bilgi derslikte olacaktır.					
<b>Gruplar</b>	<b>GI: 54</b>				
	a.	b.	c.	d.	e.
	<b>GII.54</b>				
	a.	b.	c.	d.	e.
<b>Görevli Öğretim Elemanı(ları)</b>	<b>LABORATUVAR</b>		<b>DERSLİK GII (a, b, c, d,..)</b>		
	08.30-12.00 GI (a, b, c, d,..)		08.30-12.00 GII (a, b, c, d,..)		
	13.30-17.00 GII (a, b, c, d,..)		GI (a, b, c, d,..)		
EK. Öğrenci listesi					





## SERBEST ZAMANLARDA UYGULAMA LABORATUVARI KULLANIMI PLANI

Doküman No	SBF-HB-PL-04
Yayın Tarihi	11.10.2024
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	Versiyon 0
Sayfa	40 / 42

### LABORATUVAR UYGULAMA BİLGİLERİ

<b>Bölüm</b>	Hemşirelik		
<b>Ders Sorumlu Öğretim Elemanı</b>	Dr. Öğr. Üyesi Gözde Özaras Öz		
<b>Dersin Kodu Adı</b>	HEM102 Hemşirelik Esasları II		
<b>Amaç</b>	HEM102 Hemşirelik Esasları II kapsamında talep eden öğrencilere her ay sonunda kazanılan tıbbi ve klinik beceri kazanımlarının pekiştirilmesi için serbest laboratuvar uygulamalarının yürütülmesi		
<b>Uygulama Planı</b>	Öğrenci taleplerinin alınması Öğrenci uygulama rotasyonunun hazırlanması Öğretim elemanın görevlendirilmesi Uygulamaların belirlenmesi Takvimin hazırlanması: 4 hafta uygulama 5. hafta ders dışı zamanda takvim oluşturma Serbest zaman takviminin duyurulması		
<b>Uygulama Tarihi</b>		<b>Saati</b>	
<b>Laboratuvar Uygulaması</b>	Serbest Zaman Uygulamaları	Öğrenci Sayısı	Görevli Öğretim Elemanı
<b>5. hafta</b>	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
<b>9. hafta</b>	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
<b>14. hafta</b>	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
<b>Açıklama (varsa)</b>			



## BİREYSEL BECERİ İZLEM PLANI

Doküman No	SBF-HB-PL-05
Yayın Tarihi	11.10.2024
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	Versiyon 0
Sayfa	41 / 42

BİREYSEL BECERİ İZLEM PLANI										
<b>Bölüm</b>	Hemşirelik									
<b>Ders Sorumlu Öğretim Elemanı</b>	Dr. Öğr. Üyesi Gözde Özaras Öz									
<b>Dersin Kodu Adı</b>	HEM 102 Hemşirelik Esasları II									
<b>Amaç</b>	Hemşirelik Esasları II kapsamında öğrencilerin bilgi düzeyi ile tutum ve becerilerin geliştirilmesi için laboratuvar uygulamalarında en yüksek performansın kazanımı için öğrencinin plan dahilinde belirlenen uygulamalarda beceri kazanımların izlenmesidir.									
<b>Uygulama Planı</b>	Kayıtlı öğrenci sayısı Öğrenci uygulama gruplarının hazırlanması Öğrenci uygulama rotasyonunun hazırlanması Serbest zaman laboratuvar kullanım sonrası ilk ders uygulanır Öğrencilerin bilgilendirilmesi									
<b>Uygulama</b>	<b>BECERİ KAZANIM UYGULAMASI</b>			<b>TARİH</b>						
	<b>LABORATUVAR</b>	<b>DERSLİK</b>								
	<b>Konu</b>	<b>Konu</b>								
	1. İlaç uygulamaları (Oral, yerel)	1. İlaç uygulamaları (Oral, yerel, parenteral)		5. Hafta						
	2. İlaç uygulamaları (ID, SC, IM)	2. İlaç uygulamaları (Oral, yerel, parenteral)								
	3. Sıvı-elektrolit dengesi IV ilaç uygulamaları	3. Sıvı-elektrolit dengesi IV ilaç uygulamaları								
	4. Sıvı-elektrolit dengesi IV ilaç uygulamaları (devam)	4. Sıvı-elektrolit dengesi IV ilaç uygulamaları (devam)								
	5. Hareket gereksinimi	5. Hareket gereksinimi		10.Hafta						
	6. Bireysel hijyen uygulamaları	6. Bireysel hijyen uygulamaları								
	7. Solunum sistemi uygulamaları	7. Solunum sistemi uygulamaları								
	8. Beslenme Gereksinimi ve Uygulamaları	8. Beslenme Gereksinimi ve Uygulamaları								
	9. Sindirim Sistemi ve Uygulamaları	9. Sindirim Sistemi ve Uygulamaları								
	10. Üriner Sistem ve Uygulamaları	10. Üriner Sistem ve Uygulamaları								
	11. Üriner Sistem ve Uygulamaları (devam)	11. Üriner Sistem ve Uygulamaları (devam)		15. hafta						
12. Hemşirelik Bakım Süreci	12. Hemşirelik Bakım Süreci									
13. Sıcak-Soğuk Uygulamalar/Yara bakımı	13. Sıcak-Soğuk Uygulamalar/Yara bakımı									
14. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Bakım	14. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Bakım									
<b>Gruplar</b>	<b>GI:</b>			<b>GII.</b>						
	a.	b.	c.	d.	e.	a.	b.	c.	d.	e.
<b>Görevli Öğretim Elemanı(ları)</b>	<b>LABORATUVAR</b>									
	08.30-12.00 GI (a, b, c, d,..)									
	13.00-17.00 GII (a, b, c, d,..)									
EK. Öğrenci listesi										

## 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 Sistematik Yaklaşım. 10. Baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi.
6. Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 1. Baskı, Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş.