

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

HEM 201 İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ



ÖĞRENCİ TANITIM FORMU

Doküman No	İÇ KAPAK
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	2 / 35

ÖĞRENCİ BİLGİSİ

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

İÇİNDEKİLER

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

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

Dr. Öğr. Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK

Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN

Dr. Öğr. Üyesi Aslı TOK ÖZEN

Araş. Gör. Damla AMASYA

2. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ İLKELERİ

- a) Öğrenci, Bölüm Başkanlığının bildirdiği uygulama programına tamamen uymak, istenilen görevleri zamanında ve eksiksiz olarak gerçekleştirmek, uygulama yaptığı kurumlarda çalışan diğer ekip üyeleri ile profesyonel iletişim kurmak ve kurumlardaki bakım prosedürlerine hâkim olmak durumundadır.
- b) Öğrenci uygulama sürecinde bulunduğu kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uyma ve kullandığı araç-gereç-malzemeyi birim yetkilisinin (servis hemşiresi, klinik sorumlusu, eğitmen vb.) bilgisi dâhilinde ve özenle kullanmak zorundadır. Bu durumun yerine getirilmemesinden doğan her türlü sorumluluk öğrenciye ait olup, gerekli hallerde öğrenci hakkında Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümleri uygulanır.
- c) Öğrenci, uygulamaları uluslararası ve ulusal bildirgeler ve mevzuatta öngörülen mesleki, etik ve yasal yükümlülükler doğrultusunda gerçekleştirir.
- d) Öğrenci kendisi ve uygulama alanında bakım verdiği birey ve/veya aile için enfeksiyon riski oluşturmayacak hijyenik kurallara uymak zorundadır.
- e) Dönem içinde her öğrenci bir mesleki uygulama dersi için klinik uygulama rotasyonunda belirtilen özel ve kamu kurumlarında klinik uygulamaya devam etmek durumundadır.
- f) Öğrenci, uygulamalarını, dersin gerektirdiği bilgi ve beceriler doğrultusunda sorumlu öğretim elemanı veya öğretim elemanının olmadığı durumlarda ise ilgili birimin hemşiresi/sorumlusu denetiminde gerçekleştirir ve kaydeder. Öğretim elemanı ya da klinik hemşiresi olmadan, bağımsız olarak ilaç tedavisi yapamaz. Hastanın beden bütünlüğüne yönelik herhangi bir girişimsel işlem (intravenöz kateter yerleştirme vb.) uygulayamaz. Öğrenci, klinik sorumlu hemşiresi nezaret ve denetimi olmaksızın yazılı ya da sözel hekim istemi alamaz.
- g) Öğrenci uygulamalar sırasında hastanın mahremiyeti ya da gizliliğini ihlal eden herhangi bir eylemde bulunamaz, kişiye özel bilgileri ifşa edemez.
- h) Uygulama süresinin sonunda öğrenciler hazırladıkları **klinik uygulama değerlendirme dosyasını** belirlenen **formata uygun** olarak bir adet vesikalık fotoğrafları ile dersin sorumlu öğretim elemanına teslim etmek zorundadır.
- i) Öğrenciler, her bir dönem için belirlenen rotasyon programında, belirtilen takvime bağlı uygulama yerinde bulunacaklardır. Dersin sorumlu öğretim elemanı/servis sorumlusu/klinik rehber hemşirenin bilgisi olmadan **kesinlikle** görev yerinden ayrılmayacaklardır.
- j) Uygulama alanına geç gelen öğrencilerin imzası alınmayacaktır. **Tam gün devamsız kabul edilecektir.**
- k) Öğrenci uygulaması tamamlanmadan uygulama alanından ayrılamaz. Uygulama bitiş saati öncesinde uygulama alanını terk ettiği tespit edilen öğrenciler, o gün için **uygulama yapmamış** sayılıp devamsız kabul edilecektir.
- l) Uygulama alanlarında cep telefonu sessiz konumda olmalıdır. Acil durumlarda öğretim elemanının bilgisi dâhilinde telefon görüşmesi yapılabilecektir.
- m) Öğrencilerin uygulamaya **%80 oranında devamları** zorunludur. Devamsızlık haklarının aşılması durumunda telafi durumu olmaksızın doğrudan uygulamadan **başarısız** sayılacaktır ve **finale girme durumu olmadığından tekrar durumuna düşecektir.**
- n) Her öğrenci, uygulama yaptığı birimde teorik bilgi, uygulama becerisi, çalışma disiplini, performansı, iletişimi, kayıt tutması vb. yönlerden uygulama sorumlusu/yürütücüsü/alan rehberi tarafından değerlendirilir.
- o) Öğrenci, ders uygulama alanında öğrenci kimlik belgesini görünebilecek şekilde takmak zorundadır.
- p) Öğrenciler ders uygulamalarında üniforma/beyaz önlük giymek zorundadırlar. Öğrencinin giydiği kıyafet üniversite öğrencisine yakışacak temizlikte ve özende olmalıdır. Bunlar;
 - ✓ **Üniforma:** Bölümün ders uygulamasına yönelik üniforma düzeni aşağıda verilmiştir.
 - ✓ **Üniforma üstü:** Beyaz, hâkim yaka şeklinde, önden çıkıtlı, 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 Resmî 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

1. hafta öğrenci uygulama alanına ilk defa geldiğinde oryante olması, ortamı tanıyabilmesi, kendisine verilen birey/aile/çocuk ile ilgili veri toplama, planlama, uygulama ile ilgili bakım sürecini başlatabilmesi hedeflenir.

Aşağıda verilen hedeflere uygulama süreci boyunca ulaşması beklenir.

UYGULAMA DÖNEMİ	HAFTA	HEDEFLER
TARİH	2.-14. HAFTA	1. Hasta ve ailesinin sağlık düzeyini değerlendirmede teorik bilgisini kullanma.
		2. Akut ve kronik hastalığı olan bireyin mevcut ve olası gereksinimlerini belirlemek için uygun veri toplama yöntemlerini kullanma.
		3. Hemşirelik süreci kapsamında hastanın bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme.
		4. Sağlıklı/hasta birey, aile, toplum ve sağlık ekibinin tüm üyeleriyle etkili iletişim kurma.
		5. Hasta /sağlıklı birey ve ailenin biyo-psikososyal ve kültürel düzeylerine uygun olarak eğitim planlama, uygulama ve değerlendirme.
		6. Hastaya özgü takipleri (sıvı izlemi, ödem takibi, kan şekeri takibi, nörolojik izlem vb) yapma.
		7. Hastanın ilaç tedavisini yönetme.
		8. Hastanın özbakım becerilerini geliştirme.
		9. Uygulama alanlarındaki araç ve gereci amacına yönelik kullanma.
		10. Klinik uygulama sürecinde uygun kayıt tutma.
		11. Zaman yönetimi becerisini kazanma.
		12. Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip etme.
		13. Klinik uygulama sürecinde öğreticinin geri bildirimlerini dikkate alarak bireysel ve bakıma yönelik gerekli değişim ve düzenlemeleri yapma.
		14. Hastanın taburculuk eğitiminin planlayıp uygulama.

4. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENME ÇIKTILARI

1. Sağlık-hastalık durumunda bireyi biyo-psiko-sosyo-kültürel yönleriyle yönetir.
2. Hasta ve hasta bakımını etkileyen faktörleri tanımlar.
3. Akut ve kronik dahili hastalığı olan bireyin bakımında hemşirelik sürecini yönetir.
4. Hastalıklara ilişkin hastanın/ailenin gereksinimlerine göre sağlık eğitimi yapar.

5. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ YÖNETİM PLANI

Uygulamaya Çıkılacak Kurumlar

1. Çankırı Devlet Hastanesi
2. Çankırı Özel Karatekin Hastanesi

6. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ TASARIMI

DERSİN ADI VE KODU: HEM201 İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ				
HAFTALAR	KONULAR	ÖĞRENME ÇIKTILARI	ÖĞRENME ÇIKTILARINI KAZANDIRMA YÖNTEM ve MATERYALLERİ	ÖĞRENME ÇIKTILARINI ÖLÇME YÖNTEMİ
1. Hafta	SAĞLIK-HASTALIK KAVRAMLARI, KRONİK HASTALIKLAR KAVRAMI a) Sağlık/hastalık kavramı b) Akut/kronik hastalık kavramı	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık/hastalık kavramlarını tanımlar (ÖÇ2). Akut/kronik hastalık kavramlarını tanımlar (ÖÇ2). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
2. Hafta	HEMOSTAZİS, ÖDEMDE HEMŞİRELİK BAKIMI	<ul style="list-style-type: none"> Hemostazisi açıklar (ÖÇ2). Ödemde hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
3. Hafta	SIVI-ELEKTROLİT DENGESİ VE ASİT-BAZ DENGESİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI a) Sıvı-elektrolit dengesizlikleri b) Asit-baz dengesi ve dengesizlikleri	<ul style="list-style-type: none"> Asit-baz kavramlarını tanımlar (ÖÇ2). Elektrolit, asit-baz düzeylerinin normal/anormal değerlerini analiz eder (ÖÇ1, ÖÇ2). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
4. Hafta	ŞOKTA HEMŞİRELİK BAKIMI	<ul style="list-style-type: none"> Şok çeşitlerini ve hemşirelik yönetimi basamaklarını analiz eder (ÖÇ1, ÖÇ2). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
5. Hafta	KARDİOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI a) Anjina b) Akut Miyokard Enfarktüsü c) Kalp Yetersizliği d) Hipertansiyon	<ul style="list-style-type: none"> Kardiyovasküler sistem fizik muayenesini yapar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Kardiyovasküler sistem hastalıklarında görülen belirti ve bulguları sayar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Kardiyovasküler sistem hastalıklarına yönelik hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
6. Hafta	SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI a) Astım b) KOAH c) Tüberküloz	<ul style="list-style-type: none"> Solunum sistemi fizik muayenesini yapar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Solunum sistemi hastalıklarında görülen belirti ve bulguları sayar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Solunum sistemi hastalıklarına yönelik hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³

7. Hafta	SİNİR SİSTEM HASTALIKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI a) Sinir Sisteminin Tanı ve Değerlendirmesi b) Epilepsi c) Demans d) Serebro Vasküler Olay e) Gullian Barre f) Multiple Sklerozis g) Myastenia Gravis h) Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> Nörolojik sistem fizik muayenesini yapar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Sinir sistemi hastalıklarında görülen belirti/ bulguları sayar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Sinir sistemi hastalıklarına yönelik hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
8. Hafta	ÜRİNER SİSTEM HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI a) Sistit/ıdrar yolu enfeksiyonları b) Nefrotik Sendrom c) Akut/kronik Böbrek Yetmezliği	<ul style="list-style-type: none"> Üriner sistem muayenesi uygular (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Üriner sistem hastalıklarında görülen belirti ve bulguları sayar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Üriner sistem hastalıklarına yönelik hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
9. Hafta	ENDOKRİN VE GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI a) Endokrin Sistem Tanı ve Değerlendirmesi b) Hipofizer sistem hastalıkları c) Tiroid bezi hastalıkları d) Böbrek üstü bezi hastalıkları e) Diyabetes Mellitus f) Mide ve duodenum Hastalıkları g) Pankreas ve Hastalıkları h) İnce/Kalın Bağırsak ve Hastalıkları i) Karaciğer Hastalıkları	<ul style="list-style-type: none"> Endokrin sistem fizik muayenesini uygular (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Endokrin sistem hastalıklarında görülen belirti ve bulguları sayar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Endokrin sistem hastalıklarına yönelik hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). GİS fizik muayenesini uygular (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). GİS sistem hastalıklarında görülen belirti ve bulguları sayar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). GİS sistem hastalıklarına yönelik hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
10. Hafta	KANSER HASTALIKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI a) Kanser hücresi oluşumu b) Kanser tedavileri (kemoterapi, radyoterapi ve kemik iliği transplantasyonu) ve hemşirelik Bakımı	<ul style="list-style-type: none"> Kanser hücresi ve oluşumundaki nedenleri sayar (ÖÇ2). Kanser tedavilerine yönelik hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
11. Hafta	KAN HASTALIKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI a) Anemiler ve Hemşirelik Bakımı b) Lösemiler ve Hemşirelik Bakımı c) Lenfomalar ve Hemşirelik Bakımı d) Trombosit Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	<ul style="list-style-type: none"> Hematolojik sistem fizik muayenesini yapar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Hematolojik sistem hastalıklarında görülen belirti ve bulguları sayar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Hematolojik sistem hastalıklarına yönelik hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³

12. Hafta	EKLEM VE BAĞ DOKU SİSTEM HASTALIKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI a) Osteoartrit b) Romatoid Artrit c) SLE d) Ankilozan Spondilit	<ul style="list-style-type: none"> Kas-iskelet sistemi fizik muayenesini yapar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Eklem-bağ doku sistemi hastalıklarında görülen belirti ve bulguları sayar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Eklem-bağ doku sistem hastalıklarına yönelik hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
13. Hafta	YAŞLILIK DÖNEMİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI a) Yaşlılık Tanımı, İnsidans ve Prevalansı b) Yaşlılık Dönem Özellikleri c) Yaşlılık Dönemi Sorunları ve Hemşirelik Bakımı d) Geriatri Hemşireliği Görev ve Sorumlulukları	<ul style="list-style-type: none"> Yaşlılık dönem özelliklerini sayar (ÖÇ2). Yaşlılık döneminde görülen sağlık sorunlarına yönelik hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). Geriatri Hemşiresinin görev ve sorumluluklarını bilir (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
14. Hafta	BAĞIŞIKLIK SİSTEMİ HASTALIKLARI VE DERİ HASTALIKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI a) Alerjik Rinit ve Hemşirelik Bakımı b) Ürtiker ve Hemşirelik Bakımı c) Lateks Alerjisi ve Hemşirelik Bakımı d) İlaç Alerjisi ve Hemşirelik Bakımı e) HIV-AIDS	<ul style="list-style-type: none"> Bağışıklık sistemi hastalıklarında görülen belirti ve bulguları sayar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Bağışıklık sistem hastalıklarına yönelik hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). Deri hastalıklarında görülen belirti ve bulguları sayar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3). Deri hastalıklarına yönelik hemşirelik bakımını düzenler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
15. HAFTA FİNAL SINAVI				

¹: **ANLATIM:** Konu anlatımları PPT sunumu şeklinde yapılacaktır. PPT sunumları konu anlatımından bir hafta önce ALMS sistemine yüklenecek öğrencinin derse hazır olması istenecektir.

²: **VAKA ÇALIŞMASI:** Konuya uygun vaka örneğinin tartışılmasıdır.

³: **KLİNİK UYGULAMA DEĞERLENDİRMESİ:** Öğrenciden her klinik rotasyon sonunda 1 adet bakım planı istenecektir. Bakım planının klinik uygulama rehberinde yer alan veri toplama ve bakım planı hazırlama taslağına uygun olması istenecektir. İç Hastalıkları Hemşireliği Saha/Klinik Uygulama Dersi Öğrenci Değerlendirme Formu'nda yer alan basamaklara yönelik değerlendirilme yapılacak ve uygulama puanı oluşturulacaktır. Değerlendirme formundan 60 puan alınamaması durumunda öğrenci uygulamadan başarısız sayılacaktır. Klinik uygulama puanının yılsonu başarı puanına etkisi %40'tır.

7. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ FORM VE EK LİSTESİ

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

FORMLAR

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

EKLER

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



SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU

Doküman No	HB-FR-1
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	11 / 35

SAHA / SERVİS / KURUMUN TANITIMI

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



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	12 / 35

TANITICI BİLGİLER

ANAMNEZ VE SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

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

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

YAŞAM BULGULARI VE KAN GLİKOZU TAKİBİ

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

HASTANESİNE GELMEDEN ÖNCE SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR

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



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	13 / 35

Tedavisi ve kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Açıklama:
--	--------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Son altı ayda reçetesiz ilaç/bitkisel tedavi/alternatif yöntem kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
--	------------------------------	------------------------------	------------------------------------

BU YATIŞINDA PLANLANAN TEDAVİ

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

Tedavisi ve kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Açıklama:
--	--------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

HASTALIK VE SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Kişinin hastaneye başvurusuna neden olan yakınması/şikayeti					
Hastaneye yatış süreci/tıbbi hikayesi					
Problemin başlangıç zamanı					
Problemin başlama şekli					
Şu an uygulanan girişim					
Hastaneye yatışın kaçınıcı günü					
Kronik hastalık/lar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Aşağıda belirtiniz)			
	<input type="checkbox"/> Tip 1 Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Koroner Arter Hastalığı	<input type="checkbox"/> Sinir Sistemi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
	<input type="checkbox"/> Tip 2 Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Kronik Kalp Yetersizliği	<input type="checkbox"/> Psikiyatrik Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
	<input type="checkbox"/> Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Diğer:		
	<input type="checkbox"/> İnme/Paralizi	<input type="checkbox"/> Siroz			
	<input type="checkbox"/> Anemi	<input type="checkbox"/> Artrit			
	<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:



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	14 / 35

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

AMELİYAT BİLGİLERİ

Uygulanan ameliyat	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Uygulanan ameliyatın adı:
Verilen anestezi türü			
Ameliyatta verilen pozisyonla ilgili yaralanma riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Planlanan ameliyat			
Postoperatif (post-op) gün			
Daha önceden geçirdiği 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:		
Hemoptizi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Dispne	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Siyanoz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Aspirasyon	<input type="checkbox"/> Oro-nazofarengal		<input type="checkbox"/> Trakeal		
Hipoksi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Arteriyel kan gazı	<input type="checkbox"/> PO ₂ :		<input type="checkbox"/> PCO ₂ :	<input type="checkbox"/> Bakılmadı	
Venöz kan gazı	<input type="checkbox"/> PO ₂ :		<input type="checkbox"/> PCO ₂ :	<input type="checkbox"/> Bakılmadı	
Oksijen tedavisi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	<input type="checkbox"/> Nazal kanül	litre/dk
				<input type="checkbox"/> Oksijen maskesi	litre/dk



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	15 / 35

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

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: HEMATOLOJİK SİSTEM

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

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

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



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	16 / 35

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

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: ÜRİNER SİSTEM

Üriner boşaltımı karşılamada	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarım Bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı
Günlük idrara çıkma sıklığı			



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	17 / 35

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/üretıra hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Prostat hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Nefrolitiazis	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
İdrar boşaltım yardımcıları kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Aldığı çıkardığı takibi Not: Aldığı ve çıkardığı takibi verilerini kayıt için EK-6 Sıvı İzlem ve Sıvı Dengesi İzlem Formu'nu kullanınız.							
Üriner sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.							

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: KAS İSKELET SİSTEMİ

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

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: SINIR SİSTEMİ



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	18 / 35

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

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DUYU

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



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	19 / 35

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

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: METABOLİK VE ENDOKRİN SİSTEM

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

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: ÜREME SİSTEMİ

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

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: İMMÜN SİSTEM

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



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	20 / 35

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DERİ

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

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: UYKU

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

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: AĞRI

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



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	21 / 35

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

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE ÖZ BAKIM

AKTİVİTELERDE BAĞIMLI OLMA DURUMU

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

HİJYEN ALIŞKANLIKLARI

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



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

HB-FR-2

Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa

22 / 35

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

İLETİŞİM

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

KENDİNİ ALGILAMA, KAVRAMA BİÇİMİ VE İNANÇLAR

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

NOT:

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



ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-19
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	23 / 35

KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

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



ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-19
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	24 / 35

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 eğitimim için yeterliydi.					
Becerileri klinik eğitimim için yeterliydi.					
Klinik ortamı eğitimime uygun olarak organize etti.					
Klinik eğitimim için gereken zamanı ayırdı.					
Belirlenen haftalık eğitim programını uyguladı.					
Klinik eğitimimi öğrenme hedeflerime uyarladı.					
Olgu tartışması için yeterli olanak sağladı.					
Mesleki yaşamım için rol model oluşturdu.					



SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-20B
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	25 / 35

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Numarası:	Öğretim Elemanının Adı Soyadı: Alan/Klinik Rehberin Adı Soyadı:			
DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	Alınabilecek En Yüksek Puan	Öğretim Elemanı Puanı	Alan/Klinik Rehber* Puanı	
A. GENEL BECERİLER				
İletişim	10			
Hasta/sağlıklı birey ve aileler ile terapötik iletişim kurar.	5			
Öğretim üye/elemanı, grup arkadaşları ve sağlık ekibi üyeleri ile profesyonel iletişim kurar.	5			
Eğitim	6			
Hasta/sağlıklı birey ve ailenin gereksinimlerine göre eğitimi planlar, uygular ve değerlendirir.	3			
Eğitimde etkili materyal, öğretim tekniği ve yöntemlerini kullanır.	3			
Araştırma	4			
Bilimsel bilgilere ulaşır ve araştırma sonuçlarını hasta/sağlıklı birey bakımına yansıtır.	2			
Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip eder.	2			
Profesyonel Davranışlar	10			
Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün " <i>Zorunlu Ders Uygulamalarına Yönelik Talimatname</i> " sine uygun davranır.	5			
Mesleki uygulamalarında " <i>Hemşirelikte Etik Kodları</i> " nı göz önünde bulundurur.	5			
B. ALANA ÖZGÜ BECERİLER	70			
İç hastalıkları hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarını bilir.	3			
İç hastalıkları hemşireliği dersinde öğrendiği teorik bilgileri uygulamaya yansıtır.	3			
Bakım gereksinimlerini saptamaya yönelik doğru ve yeterli veri toplar.	4			
Uygun verileri bir araya getirerek hemşirelik tanımlarını belirler.	4			
Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirler.	4			
Her bir hemşirelik tanısına yönelik özgün amaç belirler.	4			
Her bir hemşirelik tanısına yönelik sonuç kriterlerini belirler.	4			
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimlerini planlar.	4			
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimlerini önem sırasına göre uygular.	4			
Hasta/ailenin akut/kronik hastalığına yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin yanıtlarını belirler ve sonuç kriterlerine göre değerlendirir.	4			
Birey/aile/toplumun sağlığı geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin yanıtlarını belirler ve sonuç kriterlerine göre değerlendirir.	4			
Hemşirelik bakımının sürekliliğini sağlar.	4			
Akut/kronik hastalığa sahip bireyin öz bakım becerilerini arttıracak yönde eğitim planı hazırlayarak, hastaya kendi kendine bakım becerisi kazandırır.	6			
Akut/kronik hastalığa sahip bireye bakım verenleri bakım sürecine dahil eder.	6			
Akut/kronik hastalığı olan bireyde gelişebilecek komplikasyonları takip eder.	6			
Kronik hastalığı önleyecek koruyucu sağlık hizmetleri hakkında toplumu bilgilendirir.	6			
TOPLAM PUAN	100			

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



YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-EK-2A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	27 / 35

AĞRI TANILAMA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı yok En şiddetli ağrı

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



YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Doküman No	HB-EK-3A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	28 / 35

İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Hasta Değerlendirme Durumları

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

RİSK FAKTÖRLERİ		DEĞERLENDİRME/ DEĞERLENDİRME NUMARASI				
	 TARİH .../.../... TARİH .../.../... TARİH .../.../... TARİH .../.../... TARİH .../.../...
		PUAN	PUAN	PUAN	PUAN	PUAN
1	YAŞ					
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
BİLİNÇ DURUMU						
4	Bilinci kapalı	1	1	1	1	1
5	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)	2	2	2	2	2
DÜŞME HİKAYESİ						
6	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var	3	3	3	3	3
HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)						
7	Hastalıklardan en fazla 2 tanesi bulunmaktadır	1	1	1	1	1
8	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır	2	2	2	2	2
HAREKET KABİLİYETİ						
9	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	5	5	5	5	5
10	Ayakta/yürürken denge bozukluğu var.	10	10	10	10	10
11	Baş dönmesi var.	2	2	2	2	2
BOŞALTIM İHTİYACI						
12	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var	1	1	1	1	1
GÖRME DURUMU						
13	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanıyor vb.)	2	2	2	2	2
14	İleri derecede görme engeli var	10	10	10	10	10
İLAÇ KULLANIMI						
15	4'den fazla ilaç kullanımı var.	2	2	2	2	2
16	Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.	2	2	2	2	2
17	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var	3	3	3	3	3
EKİPMAN VARLIĞI (Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV İnfüzyon, foley kateter, göğüs tüpü vb.)						
18	Hastaya bağlı 1- 2 bakım ekipmanı var	1	1	1	1	1
19	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var	2	2	2	2	2
TOPLAM PUAN						
RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU						
Düşük Risk	0-9 Puan Arasında					
Yüksek Risk	10 Puan Üzerinde					
Not:						
• Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.						
• İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.						
• Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.						



YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Doküman No	HB-EK-4A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	29 / 35

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



YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI

Doküman No	HB-EK-5A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	30 / 35

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



SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU

Doküman No	HB-EK-6
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	31 / 35

SIVI İZLEM FORMU

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

Damla/dakika

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

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

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

SIVI DENGESİ İZLEM FORMU

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

*Oral, parenteral, NG vb.

**İdrar, kusma, gaita, kanama vb.

Not: En az iki günlük sıvı alımı ve kaybını değerlendiriniz.

VÜCUT YÜZEY ALANI DEĞERLENDİRMESİ

Vücut yüzey alanı (VYA)		m ² /kg
Vücut yüzey alanına göre alması gereken sıvı (Toplam):		cc
Not: Bebek ve çocuklar için kullanılacaktır.		



LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU

Doküman No	HB-EK-7
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	32 / 35

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



TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU

Doküman No	HB-EK-8
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	33 / 35

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			
<input type="checkbox"/> Kişinin hazırlanmasına yardım ediniz. <input type="checkbox"/> Varsa eşyalarını teslim ediniz. <input type="checkbox"/> Enfeksiyon belirtilerini öğretiniz. <input type="checkbox"/> Hastalığı hakkında öz yönetim becerilerinin düzeyini kontrol ediniz (Hastalık, diyet, ilaç kullanımı vb.) <input type="checkbox"/> Gerekliyorsa, yapması şart olan egzersizleri nasıl yaptığını gözden geçiriniz ve evde devam etmesi için bilgi veriniz.			
Taburculuk sonrası alacağı medikal tedavi planı	İLAC ADI-DOZU	SAATİ	BİLGİ VERİLMESİ GEREKEN YAN ETKİLER
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	HB-EK-9
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	34 / 35

SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

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

KAYNAKLAR

1. Akdemir, N., Birol, L. (2020) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Ankara, Akademisyen Kitabevi.
2. Karadakovan, A., Aslan, F.E. (2020). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
3. Enç N., Uysal H. (2017). İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.
4. Özer S. (2019). Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri.
5. Black, J.M., Hawks, J.H. (2009). Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes. Saunders.
6. Gulanick, M., Myers, J.L. (2017). Nursing Care Plans, Nursing Diagnoses, Interventions Outcomes. Mosby Year Book. United States of America: Elsevier.
7. Can G. (2019). Onkoloji Hemşireliği, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.
8. Kapucu, S., Kutlutürkan, S. (2020). Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği, Ankara, Hipokrat Yayınevi
9. Enç N. (2019). Kardiyovasküler Hemşirelik, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
10. Oksel E, Alparslan Balcı G. (2019). Romatoloji Hemşireliği Hastalıklar ve Bakım. Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
11. Karadakovan A. (2017). Böbrek Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.