

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

**HEM 203 CERRAHİ 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-20C 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)**

Doç. Dr. Figen EROL URSAVAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Müjgan ONARICI

## 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 süresi boyunca ulaşması beklenir.

UYGULAMA DÖNEMİ	HAFTA	HEDEFLER
TARİH	2.-14. HAFTA	1. Ameliyat öncesi hastanın fizyolojik, psikolojik ve yasal hazırlığını yapabilme.
		2. Ameliyattan önceki gece ve ameliyat sabahı hasta hazırlığını yapabilme.
		3. Perioperatif süreçte hasta eğitimini gerçekleştirebilme.
		4. Ameliyat sırasında hasta bakım ilkelerini bilme.
		5. Ameliyat sonrası erken dönem ve geç dönem hasta bakım ilkelerini yürütebilme.
		6. Ameliyat sonrası erken dönem ve geç dönem komplikasyonları tanıyabilme ve geliştiğinde bakımını yürütebilme.
		7. Ameliyat sonrası erken dönem ve geç dönem komplikasyonlarının gelişmesini önlemeye yönelik bakımı uygulayabilme.
		8. Ağrıyı değerlendirebilme, farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimleri yürütebilme.
		9. Hastanın dinlenme, mobilizasyon ve egzersiz programlarını takip edebilme ve yürütebilme.
		10. Yara ve drenaj takibini yaparak enfeksiyon gelişmesini önleyebilme.
		11. Perioperatif süreçte asepsi ilkelerini bilme ve bakıma yansıtabilme.
		12. Hastaya özgü spesifik takipleri (nörovasküler takip, nörolojik takip vb) yapabilme.
		13. Hastanın ilaç tedavisini yönetebilme.
		14. Hastanın taburculuk eğitiminin planlayıp uygulayabilme.

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

1. Cerrahi hemşireliği ile ilgili temel kavram ve kuramları yorumlar.
2. Cerrahi bakımla ilgili teorik bilgiyi zamanında ve hızlı bir şekilde uygular.
3. Hemşirelik bakımına yönelik hızlı ve etkili problem çözme becerilerini kullanır.
4. Her cerrahi alana özgü hemşirelik sürecini uygular.
5. Hastalık süresince gelişebilecek komplikasyonlara yönelik hemşirelik bakımını yürütür.

### 5. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ YÖNETİM PLANI

Rotasyonlar ders kaydından sonra öğrenci mevcudiyetine göre yapılıp eklenecektir. Her rotasyonda öğrenciden **1 (bir)** bakım planı istenmektedir.

## 6. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ TASARIMI

DERSİN ADI VE KODU: HEM203 CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ				
HAFTALAR	KONULAR	ÖĞRENME ÇIKTILARI	ÖĞRENME ÇIKTILARINI KAZANDIRMA YÖNTEM ve MATERYALLERİ	ÖĞRENME ÇIKTILARINI ÖLÇME YÖNTEMİ
1. Hafta	<b>HOMEOSTAZİS</b> a) Homeostazis b) Hemostaz Bozuklukları c) Stres	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cerrahi hastasında hemostazisin önemini kavrar (ÖÇ1).</li> <li>Hemostaz bozukluklarını sayar (ÖÇ5).</li> <li>Hastada strese bağlı olarak gelişen değişimleri fark eder (ÖÇ3).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
2. Hafta	<b>SIVI ELEKTROLİT DENGESİ VE DENGESİZLİKLERİ</b> a) Sıvı volümünün değerlendirilmesi b) Sıvı volüm dengesizlikleri c) Hiponatremi/Hipernatremi d) Hipokalemi/Hiperkalemi e) Hipokalsemi/Hiperkalsemi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sıvı volümünü fizik muayene, laboratuvar bulguları ve hemodinamik izlemler ile değerlendirir (ÖÇ2).</li> <li>Hipovolemi/Hipervolemi nedenlerini, klinik bulgularını, tıbbi ve hemşirelik yönetimi bilir (ÖÇ2)</li> <li>Hiponatremi/Hipernatremi nedenlerini, klinik bulgularını, tıbbi ve hemşirelik yönetimi bilir (ÖÇ2).</li> <li>Hipokalemi/Hiperkalemi nedenlerini, klinik bulgularını, tıbbi ve hemşirelik yönetimi bilir (ÖÇ2).</li> <li>Hipokalsemi/Hiperkalsemi nedenlerini, klinik bulgularını, tıbbi ve hemşirelik yönetimi bilir (ÖÇ2).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Vaka çalışması <sup>2</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
3. Hafta	<b>CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARI (CAE) YARA İYİLEŞMESİ</b> a) CAE risk faktörleri, sınıflaması ve önlenmesi a) Yara çeşitleri, yaralanmaya neden olan faktörler, yara iyileşmesi evreleri b) Yara iyileşmesi evrelerinde hemşirelik bakımı c) Yara bakım ürünleri d) Yara iyileşme tipleri e) Yara komplikasyonları	<ul style="list-style-type: none"> <li>CAE risk faktörlerini, sınıflamasını ve önlemesini bilir (ÖÇ1).</li> <li>Yara iyileşmesi evrelerini ve bu evrelerdeki hemşirelik bakımını bilir (ÖÇ4).</li> <li>Yara bakım ürünlerini ve yara bakımını nasıl yapacağını bilir (ÖÇ3).</li> <li>Yara iyileşme tiplerini ve komplikasyonları tanımlar (ÖÇ2).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Vaka çalışması <sup>2</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
4. Hafta	<b>PERİOPERATİF HEMŞİRELİK</b> a) Preoperatif (ameliyat öncesi) süreç ve hemşirelik bakımı b) İntraoperatif (ameliyat sırası) süreç ve hemşirelik bakımı c) Postoperatif (ameliyat sonrası) süreç ve hemşirelik bakımı	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın ameliyat öncesi hazırlığını yapar (ÖÇ2).</li> <li>Ameliyat sırasında cerrahi aseptiyi uygular (ÖÇ2).</li> <li>Ameliyat sonrası hastanın bakımını yürütür (ÖÇ2).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi)	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
5. Hafta	<b>AĞRI</b> a) Ağrı tipleri ve özellikleri b) Ağrı algılama süreci c) Ağrının değerlendirilmesi d) Farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler e) Hasta kontrollü analjezi f) Ağrılı bireyde hemşirelik bakımı	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ağrı tiplerini ve özelliklerini bilir (ÖÇ1).</li> <li>Ağrının fizyolojik algılanma sürecini bilir (ÖÇ1).</li> <li>Ağrı yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri bilir (ÖÇ3).</li> <li>Hasta kontrollü analjezinin avantajlarını ve hasta yönetimini bilir (ÖÇ2).</li> <li>Ağrılı bireyde hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Vaka çalışması <sup>2</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>

6. Hafta	<p><b>SİNİR SİSTEMİ CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b></p> <p>a) Merkezi sinir sistemi yapı ve fonksiyonları</p> <p>b) Beyin tümörleri cerrahi öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı ve komplikasyonların önlenmesi</p> <p>c) Anevrizmalar sonrası hemşirelik bakımı ve komplikasyonların önlenmesi</p> <p>d) Kafa travmaları sonrası hemşirelik bakımı ve komplikasyonların önlenmesi</p> <p>e) Spinal yaralanmalar sonrası hemşirelik bakımı ve komplikasyonların önlenmesi</p> <p>f) İntervertebral disk hernisi çeşitleri, önlenmesi ve cerrahi sonrası hemşirelik bakımı</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beyin tümörü ameliyatı olacak hastanın ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4).</li> <li>Beyin anevrizmaları sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4, ÖÇ5).</li> <li>Kafa travması geçirmiş hastanın hemşirelik bakımını yürütür (ÖÇ4, ÖÇ5).</li> <li>Spinal yaralanma geçirmiş hastanın hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4, ÖÇ5).</li> <li>İntervertebral disk hernisi çeşitlerini bilir (ÖÇ2).</li> <li>İntervertebral disk hernisi cerrahi öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4, ÖÇ5).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Vaka çalışması <sup>2</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
7. Hafta	<p><b>MİDE CERRAHİSİ</b></p> <p>a) Mide kanseri ve cerrahisi</p> <p>b) Bariatrik cerrahi</p> <p>c) Parantral ve enteral beslenme</p> <p><b>BARSAK CERRAHİSİ</b></p> <p>a) Abdominal herniler</p> <p>b) İleus</p> <p>c) Kolon kanseri</p> <p>d) Apandisit</p> <p>e) Anorektal hastalıklar</p> <p>f) Kolonoskopi</p> <p>g) Stoma tipleri cerrahisi ve bakımı</p> <p><b>KARACİĞER-SAFRA KESESİ</b></p> <p>a) Kist hidatik</p> <p>b) Karaciğer tümörleri</p> <p>c) Kolesistit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mide cerrahisi öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını yürütür (ÖÇ4).</li> <li>Enteral ve parantral beslenme desteği alan hastaların hemşirelik bakımını yürütebilir (ÖÇ2).</li> <li>Kolon kanseri cerrahisi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4, ÖÇ5).</li> <li>Karaciğer-Safra kesesi cerrahisi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4, ÖÇ5).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi)	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
8. Hafta	<p><b>KAS-İSKELET SİSTEMİ CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b></p> <p>a) Kırıklar</p> <p>b) Total kalça protezi</p> <p>c) Total diz protezi</p> <p>d) Alçı bakımı</p> <p>e) Kompartman sendromu</p> <p>f) Nörovasküler takip</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hareketsizliğe bağlı ve kas-iskelet sistemine özgü gelişebilecek komplikasyonların belirtilerini bilir (ÖÇ3).</li> <li>Nörovasküler takip yapar (ÖÇ2).</li> <li>Kas-iskelet sistemi cerrahisi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Vaka çalışması <sup>2</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
9. Hafta	<p><b>ENDOKRİN SİSTEM CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b></p> <p>a) Tiroid bezi hastalıkları ve cerrahisi</p> <p>b) Paratiroid bezi hastalıkları ve cerrahisi</p> <p><b>MEME</b></p> <p>a) Benign meme hastalıkları (fibrokistik meme, lipom, fibroadenom, meme başı akıntısı, meme absesi)</p> <p>b) Meme kanseri</p> <p>c) Erken tanı yöntemleri</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiroidektomi sonrası gelişebilecek komplikasyonları sayar (ÖÇ5).</li> <li>Endokrin sistem cerrahisi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4, ÖÇ5).</li> <li>Benign meme hastalıklarını ve yönetimini bilir (ÖÇ4).</li> <li>Meme kanseri öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4).</li> <li>Meme kanserinde erken tanı yöntemlerini bilir (ÖÇ2).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka çalışması <sup>2</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>



10. Hafta	<b>ÜROGENİTAL SİSTEM CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b> a) Erkek üreme sistemi kanserleri b) Üriner sistem taşları	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ürogenital sistem hastalıklarında görülen belirti ve bulguları sayar (ÖÇ2).</li> <li>• Ürogenital sistem cerrahisi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Vaka çalışması <sup>2</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
11. Hafta	<b>SOLUNUM SİSTEMİ (GÖĞÜS) CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b> a) Akciğer tümörleri b) Toraks travmaları c) Sualtı kapalı göğüs drenajı	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solunum sistemi hastalıklarında görülen belirtileri sayar (ÖÇ2).</li> <li>• Toraks travmalarının komplikasyonlarını kavrar (ÖÇ5).</li> <li>• Sualtı göğüs drenajı olan hastanın takibini yürütür (ÖÇ2).</li> <li>• Solunum sistemi cerrahisi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Vaka çalışması <sup>2</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
12. Hafta	<b>KALP CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b> a) Koroner arter bypass greft b) Kalp kapak hastalıkları <b>DAMAR CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b> a) Periferik arter hastalıkları b) Ven hastalıkları	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4, ÖÇ5).</li> <li>• Damar cerrahisi öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını planlar uygular ve değerlendirir (ÖÇ4, ÖÇ5).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi)	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
13. Hafta	<b>KBB CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b> a) Kulak hastalıkları b) Burun hastalıkları c) Boğaz hastalıkları	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonları takip eder (ÖÇ5).</li> <li>• KBB cerrahisi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4, ÖÇ5).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
14. Hafta	<b>GÖZ CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b> a) Gözün cerrahi hastalıkları, tedavisi ve bakımı <b>YANIK VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b> a) Acil dönem bakımı b) Akut dönem bakımı c) Rehabilitasyon dönemi bakımı	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Göz cerrahisi uygulanacak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4, ÖÇ5).</li> <li>• Yanıklı hastanın hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir (ÖÇ4, ÖÇ5).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Vaka çalışması <sup>2</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
<b>15. HAFTA FİNAL SINAVI</b>				

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

<sup>2</sup>: **VAKA ÇALIŞMASI:** Konuya uygun vaka örneğinin tartışılması.

<sup>3</sup>: **KLİNİK UYGULAMA DEĞERLENDİRMEŞİ:** Öğrenciden her klinik rotasyon sonunda 1 adet bakım planı istenecektir. Bakım planı rehberinde yer alan veri toplama ve bakım planı hazırlama taslağına uygun olması istenecektir. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Saha/Klinik Uygulama Dersi Öğrenci Değerlendirme Formu'nda yer alan basamaklara yönelik değerlendirme yapılacak ve uygulama puanı oluşturulacaktır. Değerlendirme Formundan 60 puan alınmaması durumunda öğrenci klinik uygulamadan başarısız sayılacaktır. Klinik Uygulama puanının yılsonu başarı puanına etkisi %40'dır.

## 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-20C 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 Glukozu (mg/dL)

## HASTANESİNE GELMEDEN ÖNCE SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR

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



# BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	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 başvurmasına 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:			
<b>Düşme riski puanı</b> Not: Erişkinler için EK-3A Yetişkinler İçin İtaki Düşme Riski Ölçeği'ni, çocuklar için EK-3B Çocuklar İçin Harizmi Düşme Riski Ölçeği'ni kullanınız.						

### AMELİYAT BİLGİLERİ

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

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: SOLUNUM SİSTEMİ

Solunum niteliği	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Derin	<input type="checkbox"/> Hızlı	<input type="checkbox"/> Diğer:	
	<input type="checkbox"/> Ortopne	<input type="checkbox"/> Yüzeysel	<input type="checkbox"/> Düzensiz		
Solunum sırasında	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı	<input type="checkbox"/> Trakeostomi	<input type="checkbox"/> Endotrakeal tüp
Entübasyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var			
Öksürük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Spirometre kullanılıyorsa hastanın Voldayn değerleri					
Akciğer sesleri	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Raller	<input type="checkbox"/> Ronküs	<input type="checkbox"/> Wheezing	<input type="checkbox"/> Diğer:
Sekresyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Hemoptizi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Dispne	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Siyanoz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Aspirasyon	<input type="checkbox"/> Oro-nazofarengal		<input type="checkbox"/> Trakeal		
Hipoksi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Arteriyel kan gazı	<input type="checkbox"/> PO <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	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"/> Yatarken
Alt ekstremitte 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:	
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: <b>gram artma/azalma</b>				
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		<b>litre</b>					
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/üretre 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	<b>Sağ</b> <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz	<b>Sol</b> <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz	
El kavrayış	<b>Sağ</b> <input type="checkbox"/> Eşit <input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
Bacak kasları	<b>Sağ</b> <input type="checkbox"/> Eşit <input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
Ayak itme becerisi	<b>Sağ</b> <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz	<b>Sol</b> <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:
<b>Glaskow Koma Skalası Puanı</b> Not: Yetişkinler için EK-5A Yetişkinler İçin Glaskow Koma Skalası'nı, çocuklar için EK-5B Çocuklar İçin Glaskow Koma Skalası'nı kullanınız.			
<b>Sinir sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.</b>			

### 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	<b>Sağ göz</b>		<b>Sol göz</b>		
Kornea refleksi	<b>Sağ göz</b>		<b>Sol göz</b>		
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:		
<b>Braden Skalası Puanı</b> 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.					
<b>Deri değerlendirmesine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.</b>					

### 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

<b>Ağrının çeşiti</b>	<input type="checkbox"/> Akut	<input type="checkbox"/> Kronik	
<b>Ağrı puanı</b> <b>Not:</b> Yetişkinler için EK-2A Yetişkinler İçin Ağrı Değerlendirme Formu'nu, çocuklar için EK-2B Çocuklar İçin Ağrı Değerlendirme Formu'nu kullanınız.			
<b>Ağrının niteliği</b>	<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:
<b>Ağrıyı azaltan faktörler</b>	<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:
<b>Ağrıyı artıran faktörler</b>	<input type="checkbox"/> Oturma <input type="checkbox"/> Masaj	<input type="checkbox"/> Hareket <input type="checkbox"/> Pozisyon	<input type="checkbox"/> Diğer:
<b>Eşlik eden bulgular</b>	<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:
<b>Ağrının yaşam kalitesine etkisi</b>			
<b>Hastanın ağrısına yönelik ifadesi</b>			
<b>Hastanın ağrısına yönelik davranışsal tepkisi</b>			
<b>Hastanın ağrısını yönetmede kullandığı nonfarmakolojik yöntemler</b>			
<b>Hastanın ağrısını yönetmede kullandığı farmakolojik yöntemler</b>			

### 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

<b>Tuvalet hijyeni</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama (kullanılan ürün):	
<b>Menstrüasyon hijyeni</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama (kullanılan ürün):	
<b>Banyo yapma</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	
<b>En son banyo yaptığı tarih</b>				
<b>Banyo yapma şekli</b>	<input type="checkbox"/> Duş/ayakta		<input type="checkbox"/> Küvet/oturarak	
<b>Banyo suyunun sıcaklığı</b>	<input type="checkbox"/> Soğuk	<input type="checkbox"/> Ilık	<input type="checkbox"/> Çok sıcak	
<b>Banyo temizlik ürünü</b>	<input type="checkbox"/> Sabun	<input type="checkbox"/> Duş jeli	<input type="checkbox"/> Diğer:	
<b>Saç temizlik ürünü</b>	<input type="checkbox"/> Sabun	<input type="checkbox"/> Şampuan	<input type="checkbox"/> Diğer:	
<b>Koku sorunu</b>	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
<b>Ağız bakımı/diş hijyeni</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
<b>Tırnak bakımı</b>	<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		
<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 kazandığınız 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	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 eğitim için yeterliydi.					
Becerileri klinik eğitim için yeterliydi.					
Klinik ortamı eğitime uygun olarak organize etti.					
Klinik eğitim için gereken zamanı ayırdı.					
Belirlenen haftalık eğitim programını uyguladı.					
Klinik eğitimimi öğrenme hedeflerime uyarladı.					
Olgu tartışması için yeterli olanak sağladı.					
Mesleki yaşamım için rol model oluşturdu.					





## SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

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

### CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Numarası:	Öğretim Elemanının Adı Soyadı: Alan/Klinik Rehberin Adı Soyadı:			
<b>DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ</b>	<b>Alınabilecek En Yüksek Puan</b>	<b>Öğretim Elemanı Puanı</b>	<b>Alan/Klinik Rehber* Puanı</b>	
<b>A. GENEL BECERİLER</b>				
<b>İletişim</b>	<b>10</b>			
Hasta/sağlıklı birey ve aileler ile terapötik iletişim kurar.	5			
Öğretim üye/elemanı, grup arkadaşları ve sağlık ekibi üyeleri ile profesyonel iletişim kurar.	5			
<b>Eğitim</b>	<b>6</b>			
Hasta/sağlıklı birey ve ailenin gereksinimlerine göre eğitimi planlar, uygular ve değerlendirir.	3			
Eğitimde etkili materyal, öğretim tekniği ve yöntemlerini kullanır.	3			
<b>Araştırma</b>	<b>4</b>			
Bilimsel bilgilere ulaşır ve araştırma sonuçlarını hasta/sağlıklı birey bakımına yansıtır.	2			
Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip eder.	2			
<b>Profesyonel Davranışlar</b>	<b>10</b>			
Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün "Zorunlu Ders Uygulamalarına Yönelik Talimatname" sine uygun davranır.	5			
Mesleki uygulamalarında "Hemşirelikte Etik Kodları" nı göz önünde bulundurur.	5			
<b>B. ALANA ÖZGÜ BECERİLER</b>	<b>70</b>			
<b>Hemşirelik Sürecini Uygulama Becerisi</b>	<b>40</b>			
Veri toplar.	5			
Uygun verileri bir araya getirerek hemşirelik tanımlarını belirler.	5			
Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirler.	5			
Her bir hemşirelik tanısına yönelik özgün amaç belirler.	5			
Her bir hemşirelik tanısına yönelik sonuç kriterlerini belirler.	5			
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimlerini planlar.	5			
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimlerini önem sırasına göre uygular.	5			
Hasta/ailenin akut/kronik hastalığına yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin yanıtlarını belirler ve sonuç kriterlerine göre değerlendirir.	5			
<b>Terapötik Girişimleri Yönetme ve İzleme Becerisi</b>	<b>30</b>			
Hastanın cerrahi klinik süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olur.	6			
Hastanın durumundaki ani değişiklikleri belirler, kayıt ve rapor eder.	6			
Hastanın bakımında perioperatif süreci uygular.	6			
Perioperatif süreçte gelişebilecek komplikasyonları önlemeye yönelik, komplikasyon gelişmesi durumunda da takip ve tedavisine yönelik gerekli girişimlerde bulunur.	6			
Perioperatif dönemde mobilizasyon, ağrı izlemi, AÇT (dren-sıvı yönetimi), kanama takibi ve yönetimini yapar.	6			
<b>TOPLAM PUAN</b>	<b>100</b>			

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



## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU

Doküman No	HB-EK-1
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	26 / 35

Öğrencinin Adı Soyadı:

Bakım Alan Bireyin Adı Soyadı (İlk Harfleri):

Tarih:

### HEMŞİRE BAKIM PLANI FORMU

F.S.Ö.	Tanımlayıcı Özellikler	İlişkili/Etiyolojik Faktörler	Hemşirelik Tanısı*	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Uygulanan Girişimler (+/-)	Değerlendirme
				<b>Beklenen Hasta Sonuçları</b>			

**\*Not:**

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



## YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-EK-2A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	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
<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					
<b>Not:</b>						
• 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		
<b>GÖZLERİ AÇABİLME</b>	Spontan açabiliyor	<input type="checkbox"/> 4
	Sözel emirle açabiliyor	<input type="checkbox"/> 3
	Ağrılı uyaranlarla 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	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=1cm<sup>3</sup>=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 <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	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 <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	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.

<b>Kişinin mevcut yaşam koşulları</b>	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor		
	<input type="checkbox"/> Eşi ile yaşıyor		
	<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)		
<b>Evde bakımına yardımcı birey var mı?</b>	<input type="checkbox"/> Hayır		
	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Kim:		
<b>Hastalığı ve tedavisi hakkında bilgisi</b>	<input type="checkbox"/> Var		
	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Yok ise bakım planında konuyu ele alınız		
<b>Taburculuktan sonra gideceği yer</b>			
<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.			
<b>Taburculuk sonrası alacağı medikal tedavi planı</b>	<b>İLAC ADI-DOZU</b>	<b>SAATİ</b>	<b>BİLGİ VERİLMESİ GEREKEN YAN ETKİLER</b>
<b>Evde alması planlanan diyet (Ön görülen bir kısıtlama varsa belirtiniz.)</b>			
<b>Hastane kontrolüne gelme zamanı</b>			
<b>Yara bakımı (Varsa nasıl yapacağı konusunda eğitim veriniz)</b>			
<b>Yardımcı araç-gereç kullanımı</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
<b>Özel uyarılar</b>			
<b>Eğitimi Uygulayan Öğrenci Hemşiresinin Adı Soyadı:</b>			



## SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

Doküman No	HB-EK-9
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	34 / 35

### 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>	

## KAYNAKLAR

1. Çelik, S. ve Taşdemir, N. (2018). Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Antalya.
2. Karadağ, M. ve Bulut, H. (eds). (2019). Kavram Haritası ve Akış Şemalı Cerrahi Hemşireliği I-II. Vize Yayıncılık, Ankara.
3. Erdil, F. ve Özhan Elbaş, N. (2004). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. IV. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara.
4. Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, Adana.
5. Öz, G. (2008). Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. Songür Eğitim Hizmetleri, Ankara.
6. Akyolcu, N. Aksoy, G. ve Kanan N. (2011). Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.
7. Aksoy, G. Kanan, N. ve Akyolcu, N. (2018). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği I-II. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
8. Eti Aslan, F. (2017). Cerrahi Bakım: Vaka Analizleri ile Birlikte. Akademisyen Kitabevi, Ankara.
9. Yavuz van Giersbergen, M. (2023). Cerrahi Hemşireliği. Ankara Nobel Tıp Kitapevi, Ankara.