

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

**HEM 206 ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ**



ÖĞRENCİ TANITIM FORMU

Doküman No	İÇ KAPAK
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	2 / 48

ÖĞRENCİ BİLGİSİ

Adı ve Soyadı		Fotoğraf
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-6 ÇOCUK HASTA VE YAKINI BİLGİ FORMU
 - FORM-12 OKUL ÇOCUĞU İZLEM FORMU
 - FORM-17 SUNUM DEĞERLENDİRME FORMU
 - FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
 - FORM-20E SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
9. EKLER
 - EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
 - EK-2A YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU
 - EK-2B ÇOCUKLAR İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU
 - EK-3A YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
 - EK-3B ÇOCUKLAR İÇİN HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
 - EK-4A YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
 - EK-4B ÇOCUKLAR İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
 - EK-5A YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
 - EK-5B ÇOCUKLAR 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
 - EK-10 PERCENTİL EĞRİLERİ
10. KAYNAKLAR

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

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Özge DENİZ

Araş. Gör. Dr. Aylin PEKYİĞİT

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 takvimi 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	Çocuk Sağlığı ve hastalıkları Hemşireliği ile ilgili temel kavram ve kuramları tanımlama
		Sağlıklı/hasta çocuğun yaş gruplarına ilişkin büyüme ve gelişme özelliklerini dikkate alarak normalden sapan durumlar yönünden değerlendirme
		Çocuk Sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi sürecinde önemli rollerini tanımlama
		Çocuklarda sık karşılaşılan sağlık sorunlarının erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon basamaklarında sorumluluk alma
		Çocuk ve ailesinin hastalık ve hastaneye yatış sürecinde göstereceği tepkinin farkında olur ve uygun iletişim tekniklerini kullanma
		Çocuk ve ailenin gereksinimlerini saptayıp eğitim ve danışmanlık yapma
		Pediyatrik Bakım Uygulamalarını uygun ve nitelikli yerine getirme

4. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENME ÇIKTILARI

1. Dünyadaki ve ülkemizdeki çocuk sağlığı sorunlarını mortalite ve morbidite yönünden değerlendirir.
2. Sağlıklı/hasta çocuğun büyüme ve gelişme özelliklerini sıralar.
3. Çocuk hastalıklarının fizyo-patolojik, psikolojik, sosyo-kültürel değerlendirmesini yapar.
4. Çeşitli hastalıklara özel bakım yaklaşımlarını (ilke, yöntem ve teknikleri) kullanır.

5. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ YÖNETİM PLANI

Uygulamaya Çıkılacak Kurumlar

1. Çankırı Devlet Hastanesi
2. Özel Karatekin Hastanesi
3. Aile Sağlığı Merkezleri
4. Okul Öncesi, İlköğretim ve Özel Eğitim Kurumları

6. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ TASARIMI

DERSİN ADI VE KODU: HEM206 ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ				
HAFTALAR	KONULAR	ÖĞRENME ÇIKTILARI	ÖĞRENME ÇIKTILARINI KAZANDIRMA YÖNTEM ve MATERYALLERİ	ÖĞRENME ÇIKTILARINI ÖLÇME YÖNTEMİ
1. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Türkiye’ de ve Dünyada Çocuk Sağlığının Durumu 	<ul style="list-style-type: none"> Ülkemiz ve Dünya’da Çocuk Sağlığının Durumunun önemini anlar (ÖÇ1). Çocuk Sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi sürecinde rollerini fark eder (ÖÇ1). 	Anlatım ¹ Soru-cevap	Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
2. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Çocuk, Aile ve Hemşire 	<ul style="list-style-type: none"> Çocuğu aile ve çevresi ile bir bütün olarak ele alır (ÖÇ2, ÖÇ4). Çocuk ve ailesinin hastalık ve hastaneye yatış sürecinde göstereceği tepkiyi bilir ve uygun iletişim tekniklerini kullanır (ÖÇ2, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap	Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
3. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Çocukta Büyüme ve Gelişme 	<ul style="list-style-type: none"> Çocuğun yaş gruplarına uygun büyüme ve gelişme özelliklerini bilir (ÖÇ2). 	Anlatım ¹ Soru-cevap	Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
4. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Uygulamaları (Fiziksel ölçümler, Hayati belirtilerin ölçümleri, Materyal toplama (Kan, İdrar, Boğaz Kültür vb.), Çocuklarda İlaç Uygulamaları ve Genel İlkeler 	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda yaşam bulgularının ölçüm tekniğini bilir ve uygular (ÖÇ4). Çocuklarda Yaşam bulgularının normal sınırlarını bilir ve sayar (ÖÇ4). Yaşam bulgularında normalden sapma olduğunda hemşirelik bakım planı hazırlayıp uygular (ÖÇ4). Çocuklarda ilaç uygulama ile ilgili anatomik bölgeleri sayar (ÖÇ4). Çocuklarda ilaç uygulama dozunu doğru hesaplar (ÖÇ4). Çocuklarda ilaç uygulama basamaklarını doğru uygular (ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yaptırma (Video İzletme) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
5. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Yenidoğan Sınıflandırılması, Özellikleri ve Bakımı 	<ul style="list-style-type: none"> Yenidoğanı gestasyon yaşına göre sınıflandırır (ÖÇ2). Yenidoğanın bakım uygulamalarını bilir ve uygular (ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yaptırma (Video İzletme) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
6. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Çocukluk Çağında Beslenme Çocukluk Çağı Beslenme Bozuklukları ve Hemşirelik Bakımı 	<ul style="list-style-type: none"> Çocukta çağı beslenme bozukluklarını tanımlar (ÖÇ3, ÖÇ4). Tespit ettiği beslenme bozukluğuna yönelik çocuk ya da ailesine eğitim planlar (ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yaptırma (Video İzletme) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³

7. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda Sıvı-Elektrolit Dengesi-Dengesizlikleri ve Hemşirelik Bakımı Çocuklarda Solunum Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı 	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda günlük alması gereken sıvı miktarını hesaplayabilir (ÖÇ4). Aldığı Çıkarıldığı Takibini doğru yapar (ÖÇ4). Çocukta sıvı-elektrolit dengesi tespit ettiğinde hemşirelik bakım sürecini başlatır (ÖÇ4). Çocuklarda solunum sistemi hastalıklarını bilir (ÖÇ3, ÖÇ4). Çocuklarda solunum sistemi hastalıklarına yönelik bakım sürecini yönetir (ÖÇ3, ÖÇ4). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yaptırma (Video İzletme) Vaka Çalışması²</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi³</p>
8. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda Kalp Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı 	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda görülen kalp hastalıklarını bilir (ÖÇ3, ÖÇ4). Çocuklarda Kalp hastalıklarına yönelik bakım sürecini yönetir (ÖÇ3, ÖÇ4). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yaptırma (Video İzletme) Vaka Çalışması²</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi³</p>
9. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda Endokrin ve Metabolik Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı 	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda görülen Endokrin ve Metabolik sistem hastalıklarını bilir (ÖÇ3, ÖÇ4). Çocuklarda Endokrin ve Metabolik sistem hastalıklarına yönelik bakım sürecini yönetir (ÖÇ3, ÖÇ4). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yaptırma (Video İzletme) Vaka Çalışması²</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi³</p>
10. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı 	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda görülen Üriner Sistem Hastalıklarını bilir (ÖÇ3, ÖÇ4). Çocuklarda Üriner sistem hastalıklarına yönelik bakım sürecini yönetir (ÖÇ3, ÖÇ4). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yaptırma (Video İzletme) Vaka Çalışması²</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi³</p>
11. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı 	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda görülen sindirim sistemi hastalıklarını bilir (ÖÇ3, ÖÇ4). Çocuklarda sindirim sistemi hastalıklarına yönelik bakım sürecini yönetir (ÖÇ3, ÖÇ4). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yaptırma (Video İzletme) Vaka Çalışması²</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi³</p>
12. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı 	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda görülen sinir sistemi hastalıklarını bilir (ÖÇ3, ÖÇ4). Çocuklarda sinir sistemi hastalıklarına yönelik bakım sürecini yönetir (ÖÇ3, ÖÇ4). 	<p>Anlatım¹ Soru-cevap Gösterip Yaptırma (Video İzletme) Vaka Çalışması²</p>	<p>Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi³</p>

13. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda Hematolojik-Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı 	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda görülen hematolojik onkolojik hastalıkları bilir (ÖÇ3, ÖÇ4). Çocuklarda hematolojik onkolojik hastalıklara yönelik bakım sürecini yönetir (ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yaptırma (Video İzletme) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınavlar Yazılı Final Sınav Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
14. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda Kas İskelet Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı 	<ul style="list-style-type: none"> Çocuklarda görülen kas-iskelet sistemi hastalıklarını bilir (ÖÇ3, ÖÇ4). Çocuklarda kas iskelet sistemine yönelik bakım sürecini yönetir (ÖÇ3, ÖÇ4). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yaptırma (Video İzletme) Vaka Çalışması ²	Yazılı Ara Sınavlar 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 tartışılması.

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. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Saha/Klinik Uygulama Dersi Öğrenci Değerlendirme Formu'nda yer alan basamaklara yönelik değerlendirilme yapılacak ve uygulama puanı oluşturulacaktır. Değerlendirme Formundan 60 puan alınmaması durumunda öğrenci klinik uygulamadan başarısız sayılacaktır. Klinik uygulama puanının yılsonu başarı puanına etkisi %40' dir

7. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ FORM VE EK LİSTESİ

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

ASM/TSM

FORMLAR

- FORM-1 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- FORM-6 ÇOCUK HASTA VE YAKINI BİLGİ FORMU
- FORM-12 OKUL ÇOCUĞU İZLEM FORMU
- FORM-17 SUNUM DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-20E SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

EKLER

- EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- EK-9 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
- EK-10 PERCENTİL EĞRİLERİ

HASTANE

FORMLAR

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

EKLER

- EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- EK-2A YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU
- EK-2B ÇOCUKLAR İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU
- EK-3A YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
- EK-3B ÇOCUKLAR İÇİN HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
- EK-4A YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
- EK-4B ÇOCUKLAR İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
- EK-5A YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
- EK-5B ÇOCUKLAR 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
- EK-10 PERCENTİL EĞRİLERİ

OKUL

FORMLAR

- FORM-1 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- FORM-6 ÇOCUK HASTA VE YAKINI BİLGİ FORMU
- FORM-12 OKUL ÇOCUĞU İZLEM FORMU
- FORM-17 SUNUM DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-20E SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

EKLER

- EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- EK-9 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
- EK-10 PERCENTİL EĞRİLERİ



SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU

Doküman No	HB-FR-1
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	11 / 48

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 / 48

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)

HASTANEYE 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 / 48

Tedavisi ve kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşıyor mu?

 Hayır Evet Açıklama:

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

 Yok Var Açıklama:

BU YATIŞINDA PLANLANAN TEDAVİ

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

Tedavisi ve kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşıyor mu?

 Hayır Evet Açıklama:

HASTALIK VE SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Kişinin hastaneye başvurusuna neden olan yakınması/şikayeti

Hastaneye yatış süreci/tıbbi hikayesi

Problemin başlangıç zamanı

Problemin başlama şekli

Şu an uygulanan girişim

Hastaneye yatışın kaçınıcı günü

Kronik hastalık/lar	<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



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

HB-FR-2

Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa

14 / 48

Sigara	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre:	<input type="checkbox"/> Brakmış	Brakma tarihi:	
Alkol	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre:	<input type="checkbox"/> Brakmış	Brakma tarihi:	
Madde kullanımı	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre:	<input type="checkbox"/> Brakmış	Brakma 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 yapılma durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Transfüzyon sonrası reaksiyon gelişme durumu:			
Bulaşıcı hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> HBs	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Diğer:
Enfeksiyon riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
İzolasyon gerektiren hastane enfeksiyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
Varsa izolasyon türü	<input type="checkbox"/> Temas izolasyonu	<input type="checkbox"/> Solunum izolasyonu	<input type="checkbox"/> Damlacık izolasyonu	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Ailede hastalık öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
Kullandığı araçlar/protezler	<input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/> Var (Aşağıda belirtiniz)			
	<input type="checkbox"/> Gözlük		<input type="checkbox"/> Yürüteç	<input type="checkbox"/> İşitme cihazı		
	<input type="checkbox"/> Diş protez		<input type="checkbox"/> Baston	<input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye		
	<input type="checkbox"/> Lens		<input type="checkbox"/> Koltuk değneği	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Travma, kaza, düşme öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
Travma/düşme riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
Düşme riski puanı Not: 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"/> Ortopne	<input type="checkbox"/> Derin	<input type="checkbox"/> Yüzeysel	<input type="checkbox"/> Hızlı	<input type="checkbox"/> Düzensiz	<input type="checkbox"/> Diğer:
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-nazofarengeal		<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		



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	15 / 48

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 <input type="checkbox"/> Oksijen maskesi	litre/dk litre/dk
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:
Kaıtsal 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"/> Ağız kuruluğu <input type="checkbox"/> Diş çürüğü <input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü <input type="checkbox"/> Salyada artış <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



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	16 / 48

Malnütrisyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Yutma güçlüğü (disfaji)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama: <input type="checkbox"/> Katı besin <input type="checkbox"/> Sıvı besin				
Yeme güçlüğü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama: <input type="checkbox"/> Katı besin <input type="checkbox"/> Sıvı besin				
Tat duyusunda azalma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Bulanti	<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:				
Stomamın 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 tanımlarını belirtiniz.							



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	17 / 48

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: ÜRİNER SİSTEM

Üriner boşaltımı karşılama	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı Bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı				
Günlük idrara çıkma sıklığı							
Mesane alışkanlıkları	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Dizüri	<input type="checkbox"/> Poliüri	<input type="checkbox"/> Hematüri	<input type="checkbox"/> Noktüri	<input type="checkbox"/> Retansiyon	<input type="checkbox"/> Anüri
İdrarın rengi	<input type="checkbox"/> Açık sarı	<input type="checkbox"/> Koyu sarı	<input type="checkbox"/> Açık kırmızı	<input type="checkbox"/> Koyu kırmızı			
İdrarın berraklığı	<input type="checkbox"/> Berrak	<input type="checkbox"/> Bulanık					
İdrar inkontinansı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
İdrarı tutmada güçlük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Tuvalete ulaşmada güçlük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Tuvalet eğitimi (bebek ve çocuklar için)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Diyaliz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Diyaliz çeşiti	<input type="checkbox"/> Hemodiyaliz		<input type="checkbox"/> Diyaliz günlerini açıklayınız:				
	<input type="checkbox"/> Periton diyalizi		<input type="checkbox"/> Değişim sıklığını açıklayınız:				
Diyaliz vasküler erişim yolu	<input type="checkbox"/> Fistül	<input type="checkbox"/> Ven	<input type="checkbox"/> Diğer:				
Mesane kateterizasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Üreterostomi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Nefrostomi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Sistostomi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Böbrek hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Mesane hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Üreter/üretra hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Prostat hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Nefrolitiazis	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
İdrar boşaltım yardımcıları kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Aldığı çıkardığı takibi Not: Aldığı ve çıkardığı takibi verilerini kayıt için 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"/> Sedarter		
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 atrofi	<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		



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

HB-FR-2

Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa

18 / 48

Kas ve iskelet sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: SINIR SİSTEMİ

Zaman oryantasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Yer oryantasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Kişi oryantasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Bilinç düzeyi/mental durum	<input type="checkbox"/> Oryante <input type="checkbox"/> Disoryante <input type="checkbox"/> Konfüze	<input type="checkbox"/> Uyku hali/Letarji <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Duygusal küntlük	<input type="checkbox"/> Ajite <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Tepkisiz	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Konuşma	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Peltek	<input type="checkbox"/> Kekemelik <input type="checkbox"/> Bozuk	<input type="checkbox"/> Motor afazi <input type="checkbox"/> 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:
	Sol	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
Bacak kasları	Sağ	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
	Sol	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
Ayak itme becerisi	Sağ	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz		
	Sol	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz		
Yürüme becerisi	<input type="checkbox"/> Dengeli		<input type="checkbox"/> Dengesiz		
Hemipleji	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Taraf:		
Hemiparezi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Taraf:		
Parapleji	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Taraf:		
Parestezi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Taraf:		
Diplopi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Taraf:		
Epileptik nöbet riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Kafa İçi Basınç Artış Sendromu (KİBAS) riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Vertigo	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Halüsinasyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Konsantre 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"/> Sağ gözde körlük	<input type="checkbox"/> Sağ gözde katarakt
Gözde sorun	<input type="checkbox"/> Şişlik	<input type="checkbox"/> Akıntı	<input type="checkbox"/> Sol yetersiz	<input type="checkbox"/> Sol gözde körlük	<input type="checkbox"/> Sol gözde katarakt
Pupül değerlendirme	<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:		



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	19 / 48

Diyabetik retinopati	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Koku alma sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Dokunma/hissetme sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Tat alma sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
İşitme sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sağ yetersiz	<input type="checkbox"/> Sağ kulakta sağırılık
			<input type="checkbox"/> Sol yetersiz	<input type="checkbox"/> Sol kulakta sağırılık
Kulak enfeksiyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Buşon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Şekil bozukluğu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Duyu sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.				

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: METABOLİK VE ENDOKRİN SİSTEM

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

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: ÜREME SİSTEMİ

Menstrüal durumu			
Son adet tarihi			
Menstrüal problemler	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Gebelik sayısı			
Canlı doğum sayısı			
Düşük sayısı			
Doğum şekli			
Menopoz durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama (yıl):
Antropoz öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Aylık Kendi Kendine Meme/Testis Muayenesi (Ergen ve erişkinler için)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
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:



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	20 / 48

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 tanılarını belirtiniz.			

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DERİ

Deride sorun	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Deri	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sıcak	<input type="checkbox"/> Nemli	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> İyileşmeyen yara
	<input type="checkbox"/> Ilık	<input type="checkbox"/> Soğuk	<input type="checkbox"/> Terli	<input type="checkbox"/> Kuru	<input type="checkbox"/> Döküntü
Renk	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Soluk	<input type="checkbox"/> Siyanotik	<input type="checkbox"/> İkterik	
Sıcaklık	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sıcak	<input type="checkbox"/> Soğuk		
Terleme	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok			
Deri turgoru	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Zayıf	<input type="checkbox"/> Yumuşak/esnek	<input type="checkbox"/> Gecikmiş	<input type="checkbox"/> Yeri:
Ödem	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:		
			<input type="checkbox"/> Derecesi:		
Deri bütünlüğünde bozulma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:		
Basınç yarası	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:		
Döküntü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:		
Kuruluk	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:		
İyileşmeyen yara	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:		
Peteşi veya purpura	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:		
Ekimoz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:		
Kaşınıtı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:		
Skar doku	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:		
Damar yolu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:		
			<input type="checkbox"/> Türü		
Saçta sorun	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Saçlı deri	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bit	<input type="checkbox"/> Dökülme	<input type="checkbox"/> Yara	
Tırnakta sorun	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Braden Skalası Puanı Not: Yetişkinler için 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 tanılarını 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"/> Uyuma güçlüğü	<input type="checkbox"/> Uykusuzluk
	<input type="checkbox"/> Düzensiz		<input type="checkbox"/> Gece uyanma	<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:	



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	21 / 48

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:
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			



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	22 / 48

Banyo yapma şekli	<input type="checkbox"/> Duş/ayakta	<input type="checkbox"/> Küvet/oturarak		
Banyo suyunun sıcaklığı	<input type="checkbox"/> Soğuk	<input type="checkbox"/> Ilık	<input type="checkbox"/> Çok sıcak	
Banyo temizlik ürünü	<input type="checkbox"/> Sabun	<input type="checkbox"/> Duş jeli	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Saç temizlik ürünü	<input type="checkbox"/> Sabun	<input type="checkbox"/> Şampuan	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Koku sorunu	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
Ağız bakımı/diş hijyeni	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
Tırnak bakımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
El yıkama alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
Perine bakımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
Boş zaman aktiviteleri-hobileri				
Günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakıma ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını 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 tanılarını 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 tanılarını belirtiniz.				



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	23 / 48

NOT:

- Topladığımız 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.



ÇOCUK HASTA VE YAKINI BİLGİ FORMU

Doküman No	HB-FR-6
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	24 / 48

ÇOCUK HASTA VE YAKINI BİLGİLERİ

Anne yaşı			
Baba yaşı			
Anne mesleği			
Baba mesleği			
Anne-baba akraba mı?	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Kardeş sayısı/yaşları			
Boy/Kilo/Percentil			
Doğum öncesi değerlendirme (0-2 yaş grubu için)	Gestasyon yaşı		
	Annenin gebelik öyküsü (radyasyon, ilaç kullanımı, hamilelikte geçirilen hastalıklar vd.)		
Doğum (0-2 yaş grubu için)	Şekli	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Açıklama:
		<input type="checkbox"/> Sezaryan	<input type="checkbox"/> Açıklama:
		<input type="checkbox"/> Vakum	<input type="checkbox"/> Açıklama:
	Doğum kilosu		
	Hemen ağlamış mı?		
Apgar puanı			
Aşıları tam mı?	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Tuvalet eğitime başlama zamanı			
Tuvalet eğitimi gelişti mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Açıklama:		

MOTOR-MENTAL GELİŞİM BİLGİLERİ (0-2 YAŞ GRUBU İÇİN)

BECERİLER	AYLAR												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	18	24
Gülümseme													
Başını Tutma													
Eşya Yakalama													
Destekli Oturma													
Desteksiz Oturma													
Yürüme													
Kelime Söyleme													
Kaşık Tutma													
Gündüz İdrarını Söyleme													
Ayına/yaşına uygun olmayan gelişim sorunları var ise belirtiniz.													



ÇOCUK HASTA VE YAKINI BİLGİ FORMU

Doküman No	HB-FR-6
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	25 / 48

GELİŞİMSEL DEĞERLENDİRME

Psiko motor gelişme (yaşa uygun)	
Psiko sosyal gelişme (yaşa uygun)	
Bilişsel gelişme (yaşa uygun)	
Psiko seksüel gelişme (yaşa uygun)	

BÜYÜMENİN YAŞA UYGUN FORMÜLLERE GÖRE HESAPLANMASI

Ağırlık	
Boy	
Baş çevresi	
VKI (2-20 yaş) Not: EK-10 Percentil Eğrileri'ni kullanınız.	



OKUL ÇOCUĞU İZLEM FORMU

Doküman No	HB-FR-12
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	26 / 48

OKUL ÇOCUĞU İZLEM FORMU

Adı soyadı				
Öğrenci numarası				
Doğum tarihi/yaşı				
Cinsiyeti	<input type="checkbox"/> Kız	<input type="checkbox"/> Erkek		
Okul öncesi eğitim aldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
Ailede çocuk sayısı				
Çocuğun sağlık durumu nasıl	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Kötü	
Hekimin tanı koyduğu önemli bir sağlık sorunu var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Belirtiniz:	
Hekimin önerisi ile sürekli kullandığı ilaçlar				
Öğrenci okula devam etmede sorun yaşıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Belirtiniz:	
Okul yaşantısı	Okul başarısı	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Kötü
	Arkadaş ilişkileri	<input type="checkbox"/> Sorun var	<input type="checkbox"/> Sorun yok	
	Öğretmen ilişkileri	<input type="checkbox"/> Sorun var	<input type="checkbox"/> Sorun yok	
	Okula ilişkin duyguları	<input type="checkbox"/> Olumlu	<input type="checkbox"/> Olumsuz	
Kullandığı aletler	<input type="checkbox"/> Gözlük	<input type="checkbox"/> İşitme cihazı	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Günlük öğün sayısı				
Günlük uğraşları	<input type="checkbox"/> Etüde kalma <input type="checkbox"/> TV seyretme <input type="checkbox"/> Kitap okuma <input type="checkbox"/> Oyun oynama	<input type="checkbox"/> Spor <input type="checkbox"/> Müzik dinleme <input type="checkbox"/> Bilgisayar kullanma <input type="checkbox"/> Diğer:		
Dış fırçalama alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Günde kaç kez:	
Tuvaletten önce el yıkama alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var		
Tuvaletten sonra el yıkama alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var		
Yemekten önce el yıkama alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var		
Yemekten sonra el yıkama alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var		
Banyo sıklığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Haftada kaç kez:	
Tırnak kesme sıklığı				
Saç hijyeni	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz	<input type="checkbox"/> Saç biti	<input type="checkbox"/> Kepek
Ailede sigara içme durumu nasıl?	<input type="checkbox"/> Evde sigara içen yok <input type="checkbox"/> Anne-baba sigara içiyor <input type="checkbox"/> Anne sigara içiyor	<input type="checkbox"/> Baba sigara içiyor <input type="checkbox"/> Evdeki diğer kişiler sigara içiyor		
Sağlık eğitimi: Okulda gereksinim olarak belirlediğiniz bir konuda sağlık eğitimi planlayarak, uygulayınız.				
Not:				
<ul style="list-style-type: none">• Topladığınız veriler doğrultusunda EK-1 Hemşirelik Bakım Planı Formu'nu doldurunuz ve gerektiğinde çoğaltınız.• Sağlık eğitimi için EK-9 Sağlık Eğitimi Formu'nu kullanınız.• EK-10 Percentil Eğrileri'nde yer alan, çocuğa uygun percentil eğrisini kullanınız.				



SUNUM DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-17
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	27 / 48

TANITICI BİLGİ

Sunumun konusu	
Sunum yapan öğrencinin adı-soyadı	
Değerlendiren öğretim elemanı	
Tarih	

SUNUM DEĞERLENDİRME

Aşağıda verilen SUNUM değerlendirme maddelerine yönelik görüşünüzü tablo üzerinde işaretleyiniz.

Aşağıdaki ifadeleri 1-5 arasında değerlendiriniz.

1.Çok Yetersiz 2. Yetersiz 3. Kısmen Yeterli 4.Yeterli 5. Çok Yeterli

No	Değerlendirme Maddeleri	1	2	3	4	5
1	Kendini tanıtmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Konuya dikkat çekme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Hedef hakkında bilgi verme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ön koşul öğrenmelerin anımsatılması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	İçeriğin bilimsel ve öğrenen düzeyine uygun olması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Aktif öğretim yöntemlerinin kullanılması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Etkili materyal kullanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Doğru pekiştiriciler verme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Çeşitli düzeyde sorular sorulması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Konu dışına çıkmadan içeriği aktarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerini kullanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Beden dilini etkili kullanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Konuya hakim olma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Eğitim ortamındaki alanı kullanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Öğretimde hevesli ve canlı olma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Öğrenenin hedef davranışı göstermesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Geri bildirim alınması/verilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Değerlendirmenin yapılması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Konunun özetlenmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Zamanın iyi yönetilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-19
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	28 / 48

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	29 / 48

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-20E
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	30 / 48

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Numarası:	Öğretim Elemanının Adı Soyadı: Alan/Klinik Rehberin Adı Soyadı:	Alınabilecek En Yüksek Puan	Öğretim Elemanı Puanı	Alan/Klinik Rehber* Puanı
DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ				
A. GENEL BECERİLER				
İletişim				
Hasta/sağlıklı birey ve aileler ile terapötik iletişim kurar.				
Öğretim üye/elemanı, grup arkadaşları ve sağlık ekibi üyeleri ile profesyonel iletişim kurar.				
Eğitim				
Hasta/sağlıklı birey ve ailenin gereksinimlerine göre eğitimi planlar, uygular ve değerlendirir.				
Eğitimde etkili materyal, öğretim tekniği ve yöntemlerini kullanır.				
Araştırma				
Bilimsel bilgilere ulaşır ve araştırma sonuçlarını hasta/sağlıklı birey bakımına yansıtır.				
Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip eder.				
Profesyonel Davranışlar				
Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün "Zorunlu Ders Uygulamalarına Yönelik Talimatname" sine uygun davranır.				
Mesleki uygulamalarında "Hemşirelikte Etik Kodları" nı göz önünde bulundurur.				
B. ALANA ÖZGÜ BECERİLER				
Hemşirelik Sürecini Uygulama Becerisi				
Veri toplama				
Uygun verileri bir araya getirerek hemşirelik tanımlarını belirler.				
Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirler.				
Her bir hemşirelik tanısına yönelik özgün amaç belirler.				
Her bir hemşirelik tanısına yönelik sonuç kriterlerini belirler.				
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimlerini planlar.				
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimlerini önem sırasına göre uygular.				
Hasta/ailenin akut/kronik hastalığına yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerini sonuç kriterlerine göre değerlendirir.				
Birey/aile/toplumun sağlığı geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerini sonuç kriterlerine göre değerlendirir.				
Hemşirelik bakımının sürekliliğini sağlar.				
Uygulama Becerisi				
Çocuğun büyüme ve gelişmesini değerlendirir.				
Pediatrik tanılama yapabilir.				
İşlem öncesi hastaya/sağlıklı çocuğa açıklama yapar.				
Hastanın/sağlıklı çocuğun gereksinimleri doğrultusunda girişimleri/eğitimi doğru ilkelerle uygular.				
Klinik/saha gözlemlerini, işlemlerini, hasta/sağlıklı çocuk bilgilerini tam ve doğru kaydeder.				
İşlemin/eğitimin sonuçlarını değerlendirir.				
Teorik bilgisini uygulamaya aktarabilir.				
Klinik/saha iş akışına hakim olur.				
Hastanın/sağlıklı çocuğun durumundaki değişiklikleri belirler, kayıt ve rapor eder.				
Çocuğun yaş dönemine özgü etkinlik/oyun/materyal planlar.				
TOPLAM PUAN				
100				

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



HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU

Doküman No	HB-EK-1
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	31 / 48

Öğrencinin Adı Soyadı:

Bakım Alan Bireyin Adı Soyadı (İlk Harfleri):

Tarih:

HEMŞİRE BAKIM PLANI FORMU

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

Beklenen Hasta Sonuçları

***Not:**

- Hemşirelik Tanıları'nda mevcut tanıları birincil, olası (..... Riski) tanıları ikincil olarak ele alınız.
- Hemşirelik Tanıları NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Hemşirelik Tanıları El Kitabı'nızdaki 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	32 / 48

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



ÇOCUKLAR İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-EK-2B
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	33 / 48

YENİDOĞAN AĞRI ÖLÇEĞİ (NIPS)¹

Kategoriler	0	1	2
Yüz ifadesi	Sakin yüz, doğal ifade	Gergin yüz kasları, kırışık alın ve çene	
Ağlama	Sessiz, ağlamıyor	Hafif inilti, aralıklı ağlama	Çığlık, feryat, yüksek sesli ağlama
Solunum şekli	Her zamanki alışılmış solunumu	Değişken, düzensiz, her zamanki hızlı solunum, iç çekme	
Kollar	Kas rijiditesi yok, sıklıkla gelişigüzel kas hareketleri	Gergin, düz kollar, sert ve/veya hızlı Ekstansiyon/fleksiyon	
Bacaklar	Kas rijiditesi yok, sıklıkla gelişigüzel bacak hareketleri	Gergin, düz bacaklar, sert ve/veya hızlı Ekstansiyon/fleksiyon	
Uyanıklık hali	Sessiz, huzurlu, uyuyor ve/veya sakin	Canlı, huzursuz ve sakinleştirilemiyor	
Değerlendirilmesi:	Ölçekten 3 puan üzeri alınması yenidoğanın ağrısının olduğunu göstermektedir.		

FLACC: FACE LEGS ACTIVITY CRY CONSOLABILITY² (YÜZ BACAK HAREKETLİLİĞİ AKTİVİTE AĞLAMA TESELLİ EDİLİRLİK)

2 ay ile 7 yaş arası çocuklarda prosedural ve postoperatif ağrı değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

Kategoriler	0	1	2
Yüz	Belirgin bir ifade yok	İlgisiz, ara sıra yüz buruşturan, ara sıra kaş çatan, içine kapanık	Seyrekten sık miktarda değişen çene titremesi, dişlerini vurma
Bacaklar	Normal pozisyon veya rahat durma	Gergin, huzursuz, rahatsız	Hareketli, kendine çeker tarzda
Aktivite	Normal pozisyon, sessiz yatış, kolay hareket eder	Gergin, kıvranan, sağa sola sallanan	Sert veya burkulan tarzda, kemer şeklinde
Ağlama	Ağlama yok (uyanık veya uyur)	Ara sıra şikayetçi tarzda, inilti veya sızlanma tarzında	Sürekli ağlama, çığlık atma veya hıçkırma, sık şikayet eder tarzda
Teselli hali	Hoşnut, rahat	Ara sıra dokunmakla, konuşmakla, kucaklama ile ikna olur, dikkati dağılılabılır	İkna ve tesellisi zor
Değerlendirilmesi:	0 puan: rahat ve konforlu; 1-3 puan: hafif rahatsız ya da hafif ağrı; 4-6 puan: orta derecede ağrı; 7-10 puan: şiddetli rahatsızlık ya da ağrı ya da her ikisi de		

WONG BAKER YÜZLER AĞRI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ³

3-18 yaş bireylerde ağrı değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.



0, Yok



1-2, Çok az



3-4, Biraz fazla



5-6, Çok



7-8, Fazla



9-10, Dayanılmaz

¹Kaynak: Akdovan T. Sağlıklı yenidoğanlarda ağrının değerlendirilmesi, emzik verme ve kucağa alma yönteminin etkisinin incelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999).

²Kaynak: Şenaylı Y, Özkan F, Şenaylı A, Bıçakçı Ü. Çocuklarda postoperatif ağrının FLACC (YBAAT) Ağrı Skalasıyla değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi 2006; 4(1): 1-4.

³Kaynak: Hemşirelik Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih ve Sayı: 08.03.2010, 27515.

<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/Hem%C5%9Firelik%20ekler.pdf>, Erişim tarihi: 16.02.2023).



YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Doküman No	HB-EK-3A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	34 / 48

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
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	Bilinç 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, uzun 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.						



ÇOCUKLAR İÇİN HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Doküman No	HB-EK-3B
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	35 / 48

HARİZMİ 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
	YAŞ					
1	0-3 yaş	4	4	4	4	4
2	4-7 yaş	3	3	3	3	3
3	8-11 yaş	2	2	2	2	2
4	12-18 yaş	1	1	1	1	1
	DÜŞME ÖYKÜSÜ					
5	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var	2	2	2	2	2
	HASTALIKLAR (Epilepsi, Mental Retardasyon, Konvülsiyon, Denge Bozukluğu, Kooperasyon Bozukluğu, Solunum Hastalığı, Senkop /Baş Dönmesi, Ajitasyon)					
6	Hastalıklardan 1 veya 2 tanesi bulunmaktadır	1	1	1	1	1
7	Hastalıklardan 3 veya daha fazlası bulunmaktadır	2	2	2	2	2
	GÖRME DURUMU					
8	Görme durumu zayıf (gözlük kullanıyor vb.)	2	2	2	2	2
9	İleri derecede görme engeli var	10	10	10	10	10
	İLAÇ KULLANIMI (Hipnotikler, Barbituratlar, Nöroleptikler, Antidepresanlar, Sedatifler, Antihipertansifler)					
10	Son 1 hafta içinde 1 veya daha fazla riskli ilaç kullanımı var.	2	2	2	2	2
	EKİPMAN VARLIĞI (IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Dren, Perfüzör, Pacemaker vb.)					
11	Hastaya bağlı 2 veya daha fazla bakım ekipmanı var	2	2	2	2	2
	YÜRÜME VE DENGE (Yürüteç, Koltuk Değneği, Kişi desteği vb.)					
12	Ayakta / yürürken fiziksel desteğe ihtiyacı var.	10	10	10	10	10
	SEDASYON /ANESTEZİ					
13	Hasta post-op / sedasyon /anestezi ilk 24 saatlik dönemde	3	3	3	3	3
14	Hasta post-op / sedasyon / anestezi ilk 48 saatlik dönemde	1	1	1	1	1
	MENTAL DURUM					
15	Oryantasyon bozuk (Konfüze, disoryante, deliryum vb.)	3	3	3	3	3
	YAŞAM BULGULARI					
16	Unstabil	3	3	3	3	3
	DİĞER					
17	Hasta uygun yatakta yatırılmıyor.	2	2	2	2	2
18	Ailenin düşme riski konusunda eğitim/bilgilendirme ihtiyacı var.	2	2	2	2	2
	TOPLAM PUAN					
	HEMŞİRE NOTU (Hastanın düşme riski ile ilgili yukarıda bulunmayan önemli bir durumu varsa belirtiniz.)					
	RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU					
Düşük Risk	0-9 Puan Arasında					
Yüksek Risk	10 Puan Üzerinde					
Not:						
	<ul style="list-style-type: none">Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.Harizmi Düşme Riski Ölçeği yalnızca çocuk (0-18 yaş arası) yatan hastalarda kullanılır.Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.Yoğun bakım bölümlerinde yatan tüm çocuk hastalar yüksek riskli kabul edilmelidir.					



YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Doküman No	HB-EK-4A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	36 / 48

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)			



ÇOCUKLAR İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Doküman No	HB-EK-4B
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	37 / 48

5 YAŞ ALTI ÇOCUK HASTALAR İÇİN BRADEN Q BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ¹

	1	2	3	4
Hareketlilik	Tamamen hareketsiz	Çok sınırlı	Hafif sınırlı	Sınırlılık yok
Aktivite	Yatağa bağımlı	Sandalyeye Bağımlı	Ara sıra yürüyor	Sık sık yürüyor ya da henüz yürümeye başlamadı
Duyusal algılama	Tamamen sınırlı	Çok sınırlı	Hafif sınırlı	Bozulma yok
Nemlilik	Sürekli nemli	Sıklıkla nemli	Ara sıra nemli	Nadiren nemli
Sürtünme-yırtılma	Önemli sorun	Sorun	Potansiyel sorun	Gözlenebilir sorun yok
Beslenme	Çok kötü	Yetersiz	Yeterli	Mükemmel
Doku perfüzyonu ve oksijenizasyon	Tamamen yetersiz	Yetersiz	Yeterli	Mükemmel
Değerlendirme:	16-23 Puan Orta Derecede Risk, 13-15 Puan Ciddi Riskli, 10-12 Puan Yüksek Riskli, 9 Puan ve Altı Çok Yüksek Riskli			

5 YAŞ ÜZERİ BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ²

Kontrol Parametre Puanı	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)			

¹Kaynak: Bora Güneş N, Kılıçarslan Törüner E. Çocuk hastalarda Braden Q Basınç Ülseri Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 17: 6-14.

²Kaynak: Oğuz S, Olgun N. Braden Ölçeği ile hastaların risklerinin belirlenmesi ve planlı hemşirelik bakımının bası yaralarının önlenmesindeki etkinliğinin saptanması. Hemşirelik Forum 1998; 1(3): 131-135.



YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI

Doküman No	HB-EK-5A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	38 / 48

GLASKOW KOMA SKALASI		
GÖZLERİ AÇABİLME	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
MOTOR TEPKİ	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
SÖZEL TEPKİ	Oryante (yere, kişiye, zamana)	<input type="checkbox"/> 5
	Konfüze (cümle kuruyor ancak yanıtlar yanlış)	<input type="checkbox"/> 4
	Uyumsuz 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		



ÇOCUKLAR İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI

Doküman No	HB-EK-5B
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	39 / 48

ÇOCUKLAR İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI			
	PUANI	BEBEK VE KÜÇÜK ÇOCUKLAR	1 YAŞIN ÜSTÜNDE
GÖZ AÇIKLIĞI	<input type="checkbox"/> 4	Spontan	Spontan
	<input type="checkbox"/> 3	Yüksek sese	Sözlü uyarılara
	<input type="checkbox"/> 2	Ağrıya	Ağrıya
	<input type="checkbox"/> 1	Tepki yok	Tepki yok
SÖZEL YANIT	<input type="checkbox"/> 5	Gülümseme, ağlama	Oryante
	<input type="checkbox"/> 4	İrrabilite	Konfüze
	<input type="checkbox"/> 3	Uygunsuz ağlama	Anlamı olmayan kelimeler
	<input type="checkbox"/> 2	İnleme	Anlaşılmaz sesler
MOTOR YANIT	<input type="checkbox"/> 1	Tepki yok	Tepki yok
	<input type="checkbox"/> 6	Spontan hareketler	Yanıt verir
	<input type="checkbox"/> 5	Dokunmada geri çekilme	Ağrıyı lokalize etme
	<input type="checkbox"/> 4	Ağrıya geri çekilme	Ağrıdan kaçınma
	<input type="checkbox"/> 3	Anormal fleksiyon (dekortike)	Anormal fleksiyon (dekortike)
<input type="checkbox"/> 2	Anormal ekstansiyon (deserebre)	Anormal ekstansiyon (deserebre)	
<input type="checkbox"/> 1	Tepki yok	Tepki yok	
TOPLAM PUAN			
DEĞERLENDİRME		14-15: Çok iyi 12-13: İyi 9-11: Kötü 8 ve altı: Çok kötü	



LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU

Doküman No	HB-EK-7
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	41 / 48

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	42 / 48

TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU

Bakım verdiğiniz kişiye ilişkin ön gördüğünüz taburculuk eğitim planınızı oluşturunuz.

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

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

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

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

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

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

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

Özel uyarılar	
---------------	--

Eğitimi Uygulayan Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:	
--	--



SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

Doküman No	HB-EK-9
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	43 / 48

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	



PERCENTİL EĞRİLERİ

Doküman No	HB-EK-10
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	44 / 48

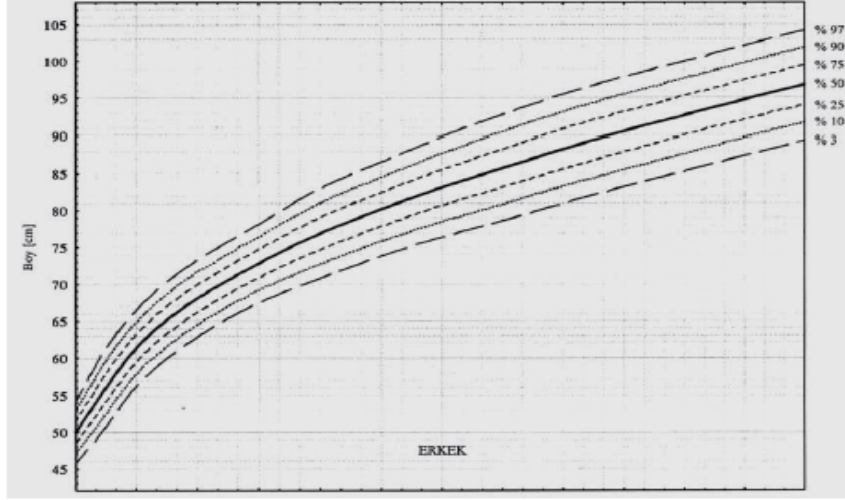
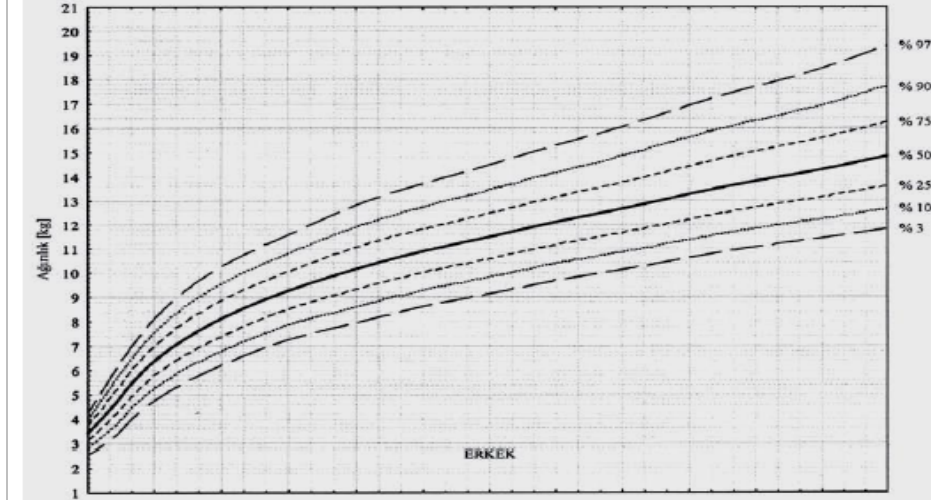
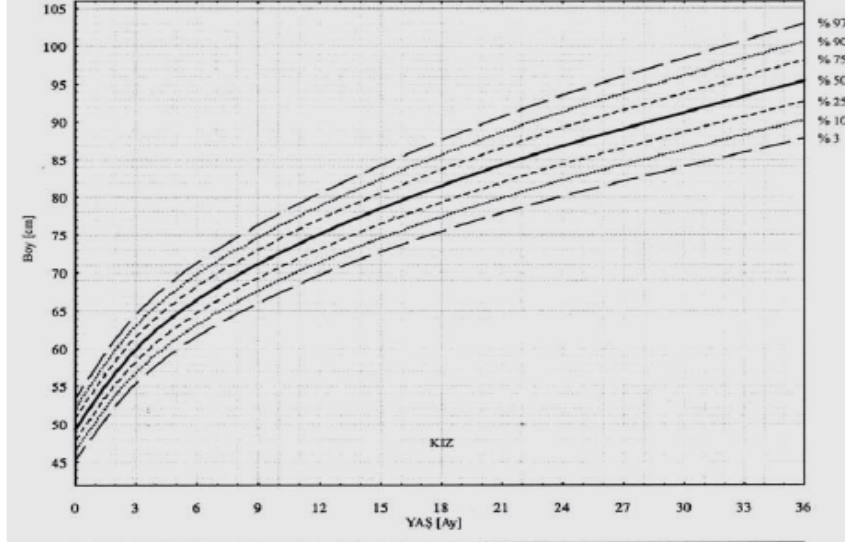
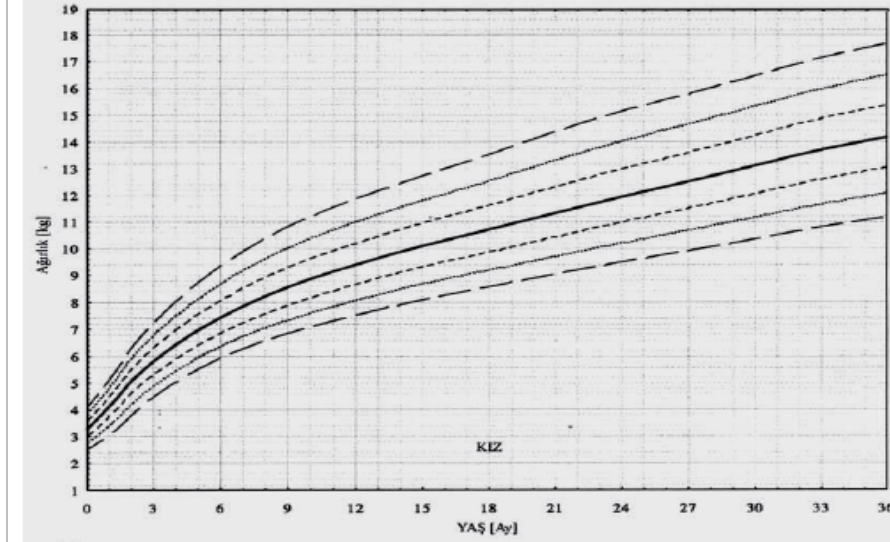
TANITICI BİLGİLER	
Adı soyadı (İlk harfleri)	
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Kız <input type="checkbox"/> Erkek
İlk muayene tarihi	
Doğum tarihi	
Doğum ağırlığı	
Doğum boyu	
Anne boyu	
Baba boyu	
Hedef boy	
Notlar	



PERCENTİL EĞRİLERİ

Doküman No	HB-EK-10
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	45 / 48

0-36 AY ÇOCUKLAR İÇİN AĞIRLIK VE BOY PERCENTİL EĞRİLERİ

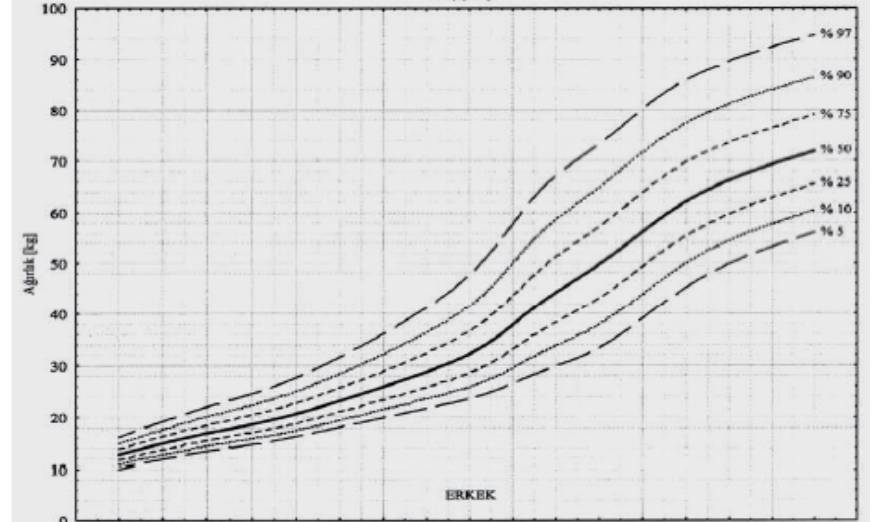
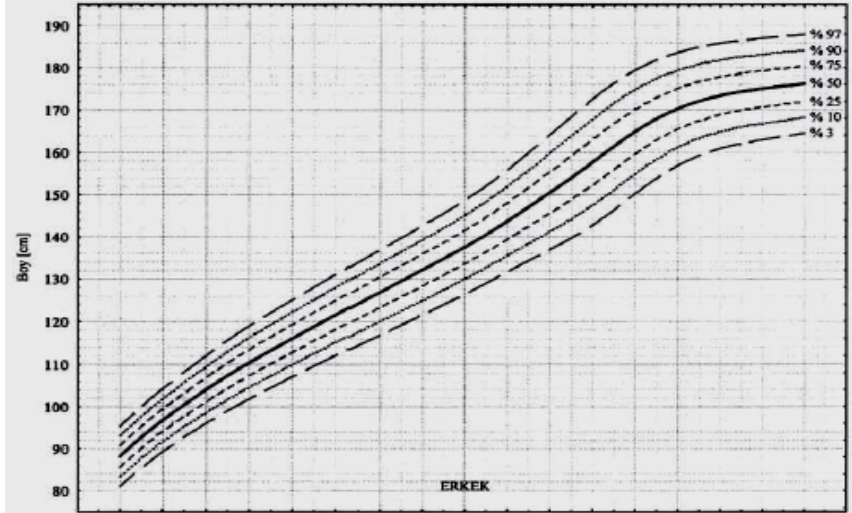
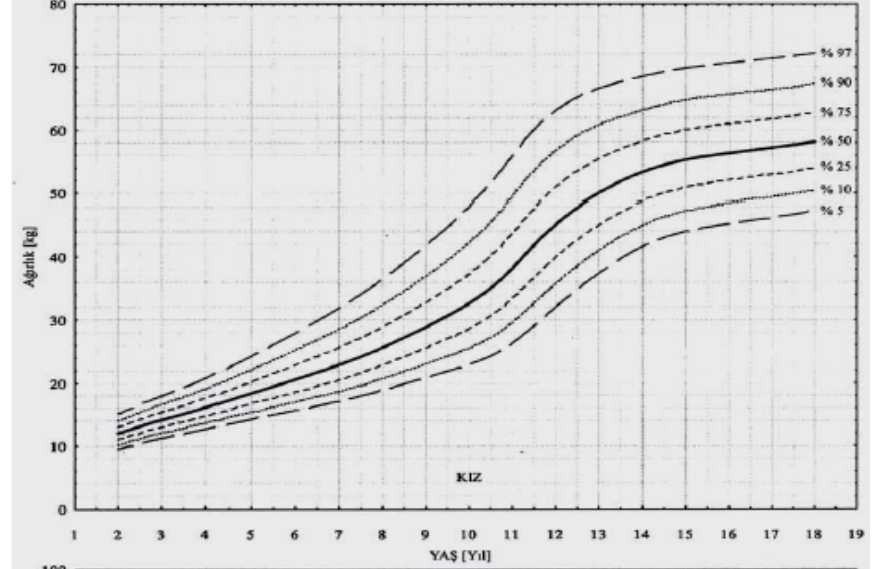
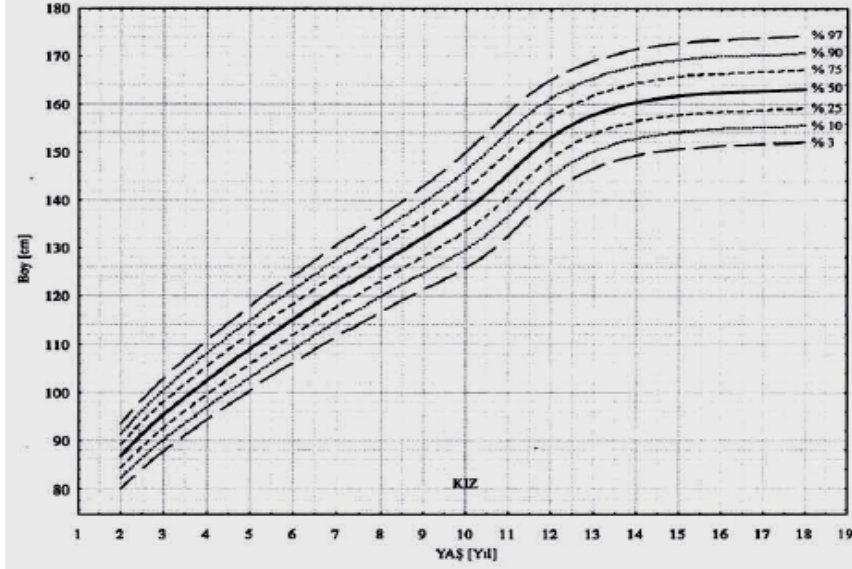




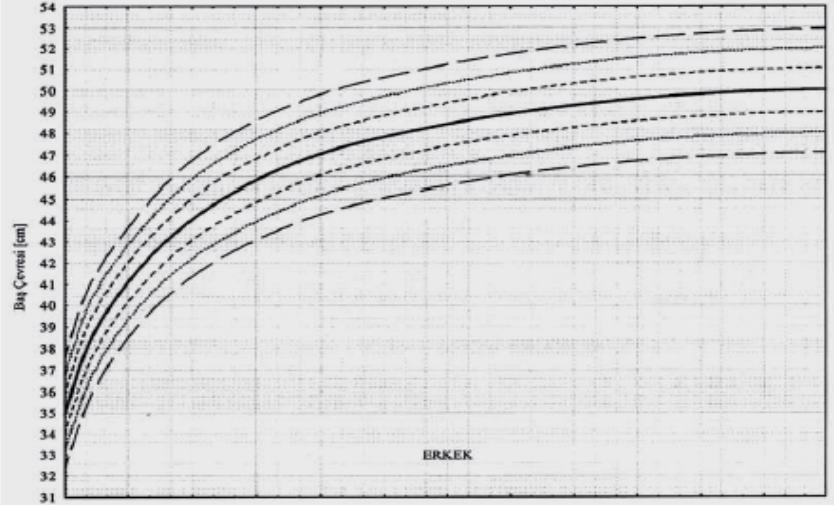
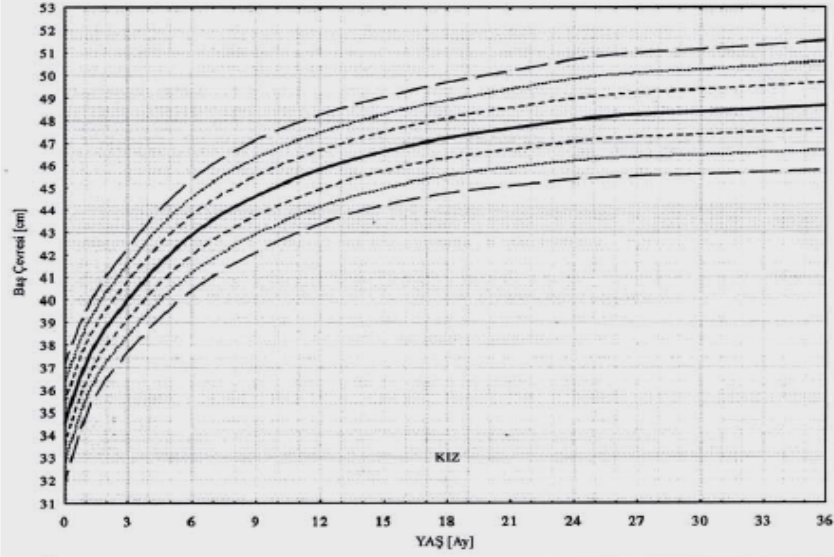
PERCENTİL EĞRİLERİ

Doküman No	HB-EK-10
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	46 / 48

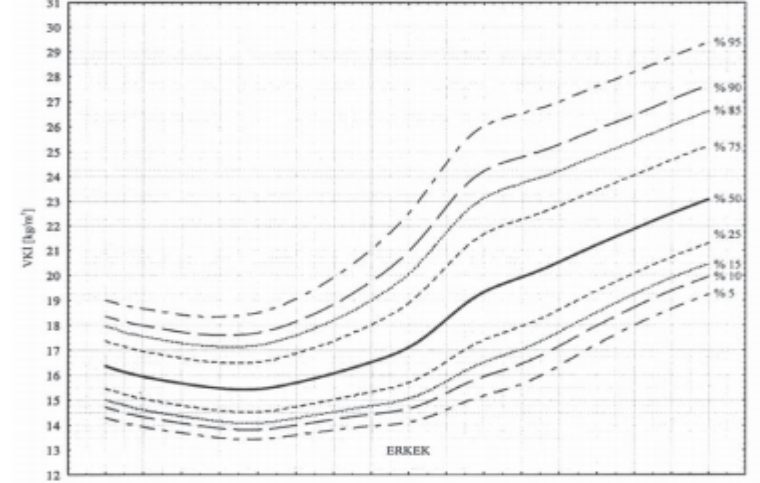
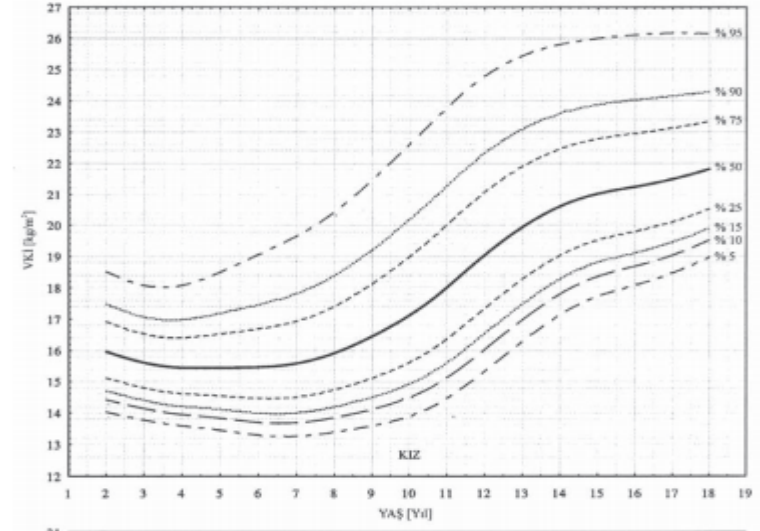
2-18 YAŞ ÇOCUKLAR İÇİN AĞIRLIK VE BOY PERCENTİL EĞRİLERİ



0-36 AYLIK ÇOCUKLAR İÇİN BAŞ ÇEVRESİ PERCENTİL EĞRİLERİ



2-18 YAŞ ÇOCUKLAR İÇİN VKİ EĞRİLERİ



KAYNAKLAR

1. Akdovan, T. (1999). Sağlıklı yenidoğanlarda ağrının değerlendirilmesi, emzik verme ve kucağa alma yönteminin etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
2. Bora Güneş, N., Kılıçarslan Törüner, E. (2014). Çocuk Hastalarda Braden Q Basınç Ülseri Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17:6-14.
3. Hockenberry M., Wilson D. & Rodgers C. (2016). *Wong Essentials of Pediatric Nursing*, (10th Edition). 270-71, Elsevier.
4. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenli/38654/0/skshastanesetiv62020revize29082020pdfinkpdf.pdf>, Erişim Tarihi:14.03.2021.
5. Gül Y.G., Köprülü A.Ş., Haspolat A., Uzman S., Toptaş M., Kurtuluş İ. (2016). Braden Risk Değerlendirme Skalası Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören 3. Düzey Hastalarda Basınç Ülseri Oluşumu Riskini Değerlendirmekte Güvenilir ve Yeterli mi?, *Yoğun Bakım Ünitesinde Braden Risk Değerlendirme Skalası. JAREM*; 6: 98-104.
6. Neyzi O., Günöz H., Furman A., Bundak R., Gülbin Gökçay G., Darendeliler F., Baş F. (2008) Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*; 51: 1-14.
7. Oğuz S, Olgun N. (1998). Braden Ölçeği ile hastaların risklerinin belirlenmesi ve planlı hemşirelik bakımının bası yaralarının önlenmesindeki etkinliğinin saptanması. *Hemşirelik Forum*; 1(3): 131-5.
8. Şenaylı, Y., Özkan, F., Şenaylı, A. ve Bıçakçı, Ü. (2006). Çocuklarda Postoperatif Ağrının FLACC (YBAAT) Ağrı Skalasıyla Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi*, 4 (1): 1-4.
9. Törüner E, Büyükgönenç L, Altay N. (2011). Çocuklarda Basınç Ülserleri, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*;4(4):182-8.
10. Yalçın Baltacı N., Can N., Yalaz M., Kocaöğüt E., Uygur E.Ö., Terek D., Altun Köroğlu Ö., Akısü M., Kültürsay N. (2020). Basınç Ülseri Risk Değerlendirmesinde Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması: Neonatal Braden Q Ölçeği, *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*;10(2):94-103 doi:10.5222/buchd.2020.87049.