



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
HEM202 CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
HASTA BAKIMINA İLİŞKİN VERİ TOPLAMA DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Görüşme Tarihi:

1. Hasta Adı Soyadı :
2. Yaşı :
3. Cinsiyeti : Kadın () Erkek ()
4. Eğitimi : Okur-Yazar Değil () Okur-Yazar () İlköğretim ()
Lise () Üniversite () Lisansüstü ()
5. Medeni durumu : Evli () Bekar ()
6. Sağlık güvencesi : SGK() Özel () Yeşil Kart () Yok ()
7. Mesleği : Ev Hanımı () Emekli () Memur () Serbest () İşçi () Diğer
8. Bilgi Kaynağı : Kendisi () Yakını ()..... Sağlık Elemanı ()..... Diğer ().....
9. Geliş Yeri : Ev () Acil ()Hastanesinden Sevk ()
10. Allerjisi : Yok () Var ().....
11. Tıbbi tanı:
12. Ameliyatın şekli:
13. Daha önce hastaneye yattı mı? Hayır () Evet ()defa
14. Daha önce ameliyat oldunuz mu? Hayır () Evet ()defa.....ameliyatı
15. Başka Bir Hastalığınız Var mı?
Diyabet () Hipertansiyon () ABY\KBY ()
KAH () KOAH () Diğer.....
16. Kronik hastalıkları ile ilgili bilgisi var mı? Var () Yok ()
17. Sürekli Kullandığınız İlaçlar Var () Yok () İlaçların Adı ve Kullanım Nedeni

18. Evde bakımınıza yardımcı olabilecek kişiler var mı? Evet () Hayır ()
19. Sigara kullanıyor musunuz? Hayır () Evet () Günde () paket\adet
20. Alkol kullanıyor musunuz? Hayır () Evet () Günde () kadeh\şişe

21. Mevcut hastalığın ortaya çıkışı ve tedavi süreci ile ilgili öyküsü (hasta, hastadosyası vs.)

I. SAĞLIĞIN ALGILANMASI/SAĞLIK YÖNETİMİ

1. Sağlık Şikayeti / Öyküsü:

2. Hastaneye yatmadan/sağlık problemi ortaya çıkmadan önce sağlığını nasıl tanımladınız?

3. Hastaneye yattıktan sonra sağlığınıza ilgili düşüncelerinizde değişiklik oldu mu?

Hayır () Evet ().....

4. Şu anda kendinizi sağlıklı olarak görüyor musunuz? Evet () Hayır () Neden ().....

5. Sağlığınıza sürdürmek için neler yapmayı planlıyorsunuz?

Spor () Düzenli uyku () Düzenli beslenme () Sigara\alkol kullanmama () Diğer ().....

6. Hastaneye yattıktan sonra sağlığı olumsuz etkileyen alışkanlıklarınızda (sigara, alkol....) bir değişiklik oldu mu?

7. Tedaviye uyum düzeyi (kendisi cevaplayamıyor ise yakınına sorulacak)

	Uyumlu	Uyumsuz	Diğer
İlaç	()	()	().....
Egzersiz kısıtlamaları	()	()	()..... Tedavi
kararları- önerilere uyma	()	()	().....

II. BESLENME VE METABOLİZMA

- Boy Kilo Beden Kitle İndeksi
- Obesite ☐ (Açıklayınız)
- Kilo artışı (zaman) Kilo Azalması (zaman).....
- Oral alım Var ☐ Yok ☐ Neden?.....
- Evdeki Beslenme Tipi

6. Hastanedeki Beslenme Tipi.....

7. Beslenme Bozukluğu ☐ (Açıklayınız)

8. Yeme Problemleri / Sindirim : Yutma güçlüğü ☐ Kusma ☐ Bulantı ☐ Abdominal Ağrı ☐

Antiasid kullanımı ☐ Diğer/Açıklayınız :

9. Takma Diş: Yok ☐ Var ☐ Üst ☐ Alt ☐

10. Oral Mukoza: Tam ☐ Pembe ☐ Nemli ☐ Kuru ☐ Lezyon ☐ Açıklayınız : Diğer /Açıklayınız:

11. İştah : Normal ☐ Artmış ☐ Azalmış ☐

12. Tat Duyusu : Normal ☐ Bozulmuş ☐ Açıklayınız.....

13. Evde kan şekeri izlemi: Evet ☐ Hayır ☐

14. Tüp Beslenme Tipi : NG ☐ Gastrostomik/Jejunostomik Enterik Beslenme ☐

Total Parenteral Beslenme: ☐ TPN Hızı

IV Yol: Periferik ☐ Santral Yol ☐ Port ☐ Diğer ☐.....

IV yolun Görünümü:Takılma Zamanı:..... Yeri :

ALDIĞI	Saat/ Tarih	Saat/ Tarih	ÇIKARDIĞI	Saat/ Tarih	Saat/ Tarih
ORAL			İDRAR		
TÜPLE BESLENME			NG/DREN		
IV			KUSMA		
			DIŞKI		
DİĞER			DİĞER		
8 /24 SAAT TOPLAM			8 / 24 SAAT TOPLAM		
DEĞERLENDİRME					

Drenler: Yer..... Renk:Miktar

NG ☐ Renk: Miktar.....

Tırnaklar: Renk.....Şekil.....Durum.....Diğer

Genel Cilt Rengi/Özellik :

Cilt: Ilık ☐ Soğuk ☐ Kuru ☐ Terli /Soğuk ve Nemli ☐ Tam ☐ Diğer(açıklayınız).....

Ödem: Var ☐ Yok ☐ Derecesi (0-4+)Yer (açıklayınız)

Deri Turgoru : Yumuşak/ Esnek ☐ Gecikmiş ☐ Normal ☐ Yer :

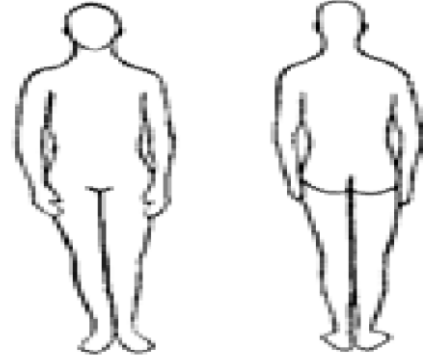
Resim Üzerinde Cilt Lezyonlarının ve İnvaziv Girişimlerin Yerlerini

Tanımlayınız:

.....
.....
.....
.....
.....

ÖN

ARKA



BRADEN SKALASI (uygun sayıyı daire içine alın ve toplam skoru hesaplayın)						
Duyu / algı	Nem	Aktivite	Hareketlilik	Beslenme	Sürtünme	Toplam
Tamamen sınırlı	1 Sürekli Nem	1 Yatağa Bağımlı	1 İmmobil	1 Çok kötü	1 Problem	
Çok sınırlı	2 Çok nemli	2 Sandalye	2 Çok Sınırlı	2 Yetersiz	2 Olası Problem	
Hafif Sınırlı	3 Ara sıra nemli	3 Ara sıra yürüyor	3 Hafif Sınırlı	3 Yeterli	3 Problem yok	
Bozulma yok	4 Nadiren nemli	4 Sık sık Yürüyor	4 Sınırlama yok	4 Çok iyi		
Toplam Braden skalasının 16'dan az olması basınç ülseri riskini gösterir						

III. BOŞALTIM

Abdominal kadranda sınıflandırma

1) Ostomi/Stoma : Var ☐ Yok ☐ 2) Barsak sesleri : Var ☐ Yok ☐

Ostomi: Kolostomi ☐ Ileostomi ☐ Urostomi ☐ Tanımlayınız

Abdomen: Yumuşak ☐ Yarı yumuşak ☐ Gergin ☐ Sert ☐ Düz ☐ Hassas ☐

Normal Barsak Alışkanlığı: Normal/ Sıklığı.....

Barsak Eliminasyonu: Problem yok ☐ Diyare ☐ Konstipasyon ☐ Kaçınıcı Gün: Fekal İnkontinans ☐

Gaita: Renk Kıvam Miktar

Rektum: Problem yok ☐ Döküntü ☐ Lezyon ☐ Hemoroid ☐ Diğer ☐

İdrar : Problem yok ☐ İdrarı tutuyor ☐ İnkontinas ☐ Acil İdrar ☐ Sık Sık ☐ Sızıntı /damla damla ☐

Ağrı ☐ Foley Kateter ☐ Suprapubik Kateter ☐ Prezervatif Sonda ☐ Mesane jimnastiği ☐

İdrar: Şeffaf / Açık ☐ Sarı ☐ Bulanık ☐ Tortulu ☐ Kanlı ☐

Glop: Yok ☐ Var ☐

Anüri: Yok ☐ Var ☐

Dializ: Hemodializ ☐ Periton Dializi ☐

Dializ Girişi Yerini Tanımlayınız :

IV. AKTİVİTE-EGZERSİZ

	Tarih /Saat	Ateş	Nabız	Solunum	Kan basıncı
Vital Bulgular					

Apikal Ritm : Düzenli ☐ Düzensiz ☐ **Kapiller**
Dolum Normal ☐ Gecikmiş ☐
Oksijen Kullanımı : Yok ☐ Var ☐ Nazal Kanül /L/min Maske O2
Solunum : Düzenli ☐ Güçlük yok ☐ Güçlkle ☐
Solunum Derinliği : Yüzeysel ☐ Normal ☐ Derin ☐
Solunumda Zorluk: Hayır ☐ Evet ☐ Dinlenmekle ☐ Çabayla ☐
Öksürük : Hayır ☐ Evet ☐ Balgamsız ☐ Balgam ☐ Renk Yoğunluk Miktar
Triflow: Ulaştığı Seviye.....hangi sıklıkla kullanıldığı.....
Aspirasyon: Hayır ☐ Evet ☐ Hangi sıklıkta
Yapay Havayolu: Hayır ☐ Evet ☐ Tipi..... / Yeri
Göğüs Tüpü: Sağ ☐ Sol ☐ Drenaj Miktarı/Rengi **Aspirasyon:**
Hayır ☐ Evet ☐ Hangi sıklıkta

Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği:

0= Bağımsız / Yardım Gerektirmez;
1= Yardımcı Araç Kullanımı Gerekli,
2= Bir Kişinin Yardımına Gereksinim Var,
3= Bir Kişinin Yardımına ve Yardımcı Araç Kullanımına Gereksinim Var; 4=
İki Kişinin Yardımına Gereksinim Var, Bağımlı

	Skor		Skor		Skor
Yeme/içme		Banyo		Giysileri giyme	
Tuvalet		Yatak hareketi		Transfer	
Ambulasyon					

Günlük Yaşam Aktivitelerine Yanıtı: Zorluk Yok ☐ Yorgunluk ☐ Dispne / Solunumda Zorluk ☐
Diğer:.....

Kas iskelet : Yürüme: Sürekli ☐ Sürekli Değil/ Aralıklı ☐ Postürü
Kuvvet: Üst ekstremité: Eşit ☐ Eşit Değil ☐ Kuvvetli ☐ Orta ☐ Zayıf ☐ **ROM:** Tam ☐ Sınırlı ☐
Alt ekstremité: Eşit ☐ Eşit Değil ☐ Kuvvetli ☐ Orta ☐ Zayıf ☐ **ROM:** Tam ☐ Sınırlı ☐

Yardımcı araç kullanımı : Yürütücü ☐ Baston ☐ Tekerlekli Sandalye ☐ Koltuk Değneği ☐

Fizik tedavi katılımı : Hayır ☐ Evet ☐ Tanımlayınız

Düşme öyküsü : Hayır ☐ Evet ☐ Açıklayınız :.....

V. BİLİŞSEL VE ALGISAL DEĞERLENDİRME

Mental Durum: Bilinç Düzeyi: Uyanık ☐ Laterjik ☐ Uyandırmak Zor ☐ Koma ☐
Oryantasyon : Kişi: Var ☐ Yok ☐ Yer: Var ☐ Yok ☐ Zaman: Var ☐ Yok ☐
Hafıza/Hatırlama : Normal ☐ Yakın hafıza bozukluğu ☐ Uzak Hafıza Bozukluğu ☐
Düşünme Süreci: Sorulara Cevabı Uygun ☐ Sorulara Cevabı Güvenilir Değil ☐ Konfüze ☐ **Direktifleri**
Anlama Yeteneği: Yok ☐ Var ☐ Açıklayınız

Sınırlılıkları: **Sınırlılık tipi:**

Sınırlılığ İçin Alternatifleri: Yatak Alarmı ☐ Ziyaretçi Sıklığı ☐ Yatak Kenarlıkları ☐ Refakatçi ☐

Hastalık /Tedavisini Sözel İfadesi :

Tanımlanmış Öğrenme Engelleri:

Pupil: SAĞ : Büyüklük : Reaksiyon: var ☐ yok ☐

SOL: Büyüklük : Reaksiyon: var ☐ yok ☐

Görme : Normal ☐ Gözlük ☐ Lens ☐ Açıklayınız :.....

Duyuma: Normal ☐ Zayıf ☐ Yardımcı Araç Kullanımı: Sağ ☐ Sol ☐ Açıklayınız:.....

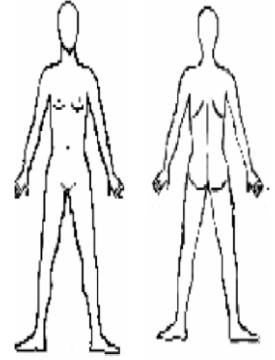
Periferal duyu algısı: Sıcak /Soğuk İntoleransı ☐ Uyuşukluk/Karınçalanma ☐ Açıklayınız:.....

Ağrı Değerlendirme/Yönetimi: Ağrı İle İlgili Değerlendirmelerinizi Eksiksiz Olarak Altta

Gördüğünüz Tabloda Kodlayın ve Resim Üzerinde Ağrı Yerini İşaretleyiniz Ağrı

Yok ☐ Akut Ağrı ☐ Kronik ağrı ☐

Ağrı Değerlendirme	Tarih /Saat				
Ağrı skoru (0-10)					
Ağrı niteliği					
Farmakolojik tedavi					
Nonfarmakolojik tedavi					
Yan etkiler					



Arttıran Faktörler:

Azaltan Faktörler:

A
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok Dayanılmaz ağrı

B

Nitelik	Farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik tedavi	Yan etkiler
---------	---------------------	-------------------------	-------------

1. İğneleyici 2. Yanıcı 3. Kramp 4. Kesici 5. Yanıcı 6. Batıcı 7. Spazm kasılma 8. Zonklayıcı Diğer...	1. IV Non-Steroid AntiEnflamatuar (NSAID) 2. Oral Non-Steroid AntiEnflamatuar 3. IM İlaç 4. Hasta Kontrollü Analjezi (PCA) 5. Opidler 6. Diğer	1. Masaj 2. Dikkati dağıtma 3. Müzik 4. Pozisyon 5. Sıcak/soğuk uygulama 6. Diğer	1. Sedasyon 2. Konstipasyon 3. Hipotansiyon 4. Bulantı - Kusma 5. Kaşıntı 6. Üriner retansiyon 7. Uyuşukluk/karıncaalanma Diğer
--	---	--	--

VI. KENDİNİ ALGILAMA

Fiziksel sağlığınızla ilgili en önemli endişeniz/korkunuz nedir?

.....

Şu anki sağlık probleminiz sizde ne tür duygular yaratıyor?

Endişe ☐ Korku ☐ Öfke ☐ Huzursuzluk ☐ Yetersizlik ☐ Çaresizlik ☐

Diğer ☐.....

Yapılan cerrahi uygulamanın bedeninde yarattığı değişim;

Var ☐

Yok ☐

Düşünceler.....

Bireyin genel görünüşü:.....

İletişim şekli: (sözel/sözsüz iletişimde, rahatlık, atılganlık, çekingenlik durumu)

.....

VII. ROL VE İLİŞKİ

Yaşamında önemli olan kişiler ile ilişkilerini nasıl değerlendiriyor?

Sıcak\Yakın ()

Soğuk\Uzak ()

Diğer ().....

Hastaneye yattıktan sonra ilişkilerinde bir değişiklik oldu mu?

Hayır ()

Evet ()

Hastaneye yattıktan sonra iş yaşamında değişiklik oldu mu?

Hayır ()

Evet ()

Hastaneye yattıktan sonra aileniz ile olan ilişkilerinde değişiklik oldu mu?

Hayır ()

Evet ()

() Rolünü yerine getirememe

() İletişim kurma ve sürdürmede güçlük

() Kendisinden beklentilerin yüksek olması

() Ekonomik güçlük

() Birden fazla rol içinde olmak

() Rol çatışması

VIII. CİNSELLİK – ÜRETKENLİK

Tedavi ve Hastalığın Cinselliğe Etkisi : Hayır ☐ Evet ☐ Açıklayınız:.....

Meme: Değişim ☐ Açıklayınız:.....

Düzenli Meme Muayenesi Yapma Durumu : Hayır ☐ Evet ☐ Açıklayınız:.....

Üreme Organları : Akıntı ☐ Lezyon ☐ Kanama ☐ Açıklayınız:.....

Yıllık/Aylık Kontrol : Meme: Hayır ☐ Evet ☐ Vajinal Muayene Hayır ☐ Evet ☐

Prostat Testis Muayenesi Hayır ☐ Evet ☐ Açıklayınız::.....

VIII. STRESLE BAŞETME VE STRES TOLERANSI

Stres / Hastalığa Alıştığını Gösteren Tutum / Davranışlar:.....

Alışmadığını Gösteren Tutum / Davranışlar:.....

Baş Etmek İçin Evde İlaç /Alkol Kullanımı: Hayır ☐ Evet ☐ Açıklayınız:.....

Alternatif Baş Etme Yöntemlerini Kullanma: Hayır ☐ Evet ☐ Açıklayınız:.....:.....

X. DEĞERLER VE İNANÇLAR

Yaşamınızdaki en değerli şeyin sözel olarak ifade edilmesi

.....

Hastanedeyken Yapmak İsteddiği Özel Bir Dini Uygulama Var mı ? Hayır ☐ Evet ☐ Açıklayınız

Dini Uygulamaları Yapmanızı Engelleyen Durumlar Var mı ? Hayır ☐ Evet ☐ Açıklayınız:.....

Hastanendeyken Dini Destek İsteği: Din görevlisi ziyareti ☐ Dua ☐ Diğer ☐.....:.....

XI. UYKU- DİNLENME

Evdeki Uyku Düzeni :st/Gece Uykusu saat

Hastanedeki Uyku Düzeni : st/Gece Uykusu saat

Uyku Düzeninde Değişiklik Oldu Mu Hayır ☐ Evet ☐ Tanımlayınız

Uyku Zorluğu: Uykusuzluk ☐ Uyku Apnesi ☐ Diğer ☐Uykuya Dalmada Yapılanlar :...

Tahmin Edilen Taburculuk Gereksinimleri

-Hemşirelik Uygulamaları:.....

-Beslenme:.....

-Araç Gereçler/ İlaçlar :

-Aktiviteler (egzersizler, kısıtlaması gereken aktiviteler).....

Belirli taburculuk açıklamaları:.....

KULLANILAN İLAÇLAR VE IV SIVILAR

Jenerik Adı	Doz /Sıklık/ IV Hızı	İlaç - IV Sıvı Sınıflaması /Majör Etkisi	Majör Yan Etkileri	Hemşirelik Girişimleri

HASTALIĞIN TANIMLANMASI

HASTAYA İLİŞKİN HASTALIK SÜRECİ

HASTALIĞIN ETİYOLOJİ/PATOFİZYOLOJİSİ	HASTADA GÖRÜLEN ETİYOLOJİ/PATOFİZYOLOJİ
HASTALIĞIN TANI YÖNTEMLERİ	HASTAYA YAPILAN TANI YÖNTEMLERİ
HASTALIĞIN KLİNİK BELİRTİ/BULGULARI	HASTADA GÖRÜLEN KLİNİK BELİRTİ/BULGULAR
HASTALIĞIN TIBBİ ve HEMŞİRELİK YÖNETİMİ	HASTAYA YAPILAN TIBBİ ve HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

TANISAL TESTLER/İŞLEMLER (Xray, USG, BT, MR, EKG, Biyopsi, Endoskopi vb...Tarih/Saat ve Tanısal Bulgular/Sonuçlar)

Xray :.....
.....
.....
.....

USG:.....
.....
.....
.....

BT:.....
.....
.....
.....

MR:.....
.....
.....
.....

EKG:.....
.....
.....
.....

Biyopsi:.....
.....
.....
.....

Endoskopi:.....
.....
.....
.....

LABORATUAR ÇALIŞMALARI

TEST	NORMAL DEĞERLER	TARİH	TARİH	TARİH	1. Bu test bu hasta için neden istenmiş açıklayın 2. Anormal bulguların hastanın durumuyla ilişkisi.
Eritrosit (RBC)	K= _____ E= _____				
Hemoglobin(HGB)	K= _____ E= _____				
Hemotokrit(HTC)	K= _____ E= _____				
Trombosit					
Lökosit(WBC)					
Nötrofil					
Eozinofil					
Bazofil					
Lenfosit					
Monosit					
Na+ K+ Cl HCO3 Ca P Mg					
KAN ŞEKERİ KŞ Açlık : Tokluk : HbA1C					
BUN Kreatin Amonyak					

Total Kolesterol HDL VDDL					
LDL Trigliserid					
Troponin					
CPK					
CPK MB:					
LDH					
SGOT/AST					
SGPT/ALT					
Alkalen Fosfataz					
Amilaz					
Lipaz					
Total protein					
Albumin					
Total bilirubin Direkt bilirubin					
Ürik asid					
PT PTT INR					
Kan İlaç Düzeyi					
ARTERİYEL KAN GAZLARI PH 7.35-7.45 PaO2 90-100 PaCO2 35-45 O2 Saturasyonu 95-97 HCO3 22-26					
İDRAR Dansite 1.001-1.035 pH 4.5-7.5 Lökosit 1-2 Eritrosit 0-1 Kültür/Antibiyogram					
DİĞER					

**K.K.T.C. YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ HASTA
BAKIM PLANI FORMU**

Hastanın Adı Soyadı

Öğrencinin Adı-Soyadı

Tarih	Prb. No	TANILAMA	PLANLAMA			
		Hemşirelik Tanıları (G/P/O) Kolloboratif Problemler(PK)	Amaç / Sonuç Kriterleri	Müdahaleler /Girişimler	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME

		Etyolojik Faktörler:	Amaç:			
		Tanımlayıcı kriterler:	Sonuç kriterleri: •			