



HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

Dokümanın Adı:	GNL.FR-21
Yayın Tarihi:	01.04.2011
Revizyon Tarihi:	01.02.2013
Revizyon No:	02
Sayfa Sayısı:	1 / 2

Adı-Soyadı:

Bölümü:

Dosya/Bilgisayar No:

Oda No:

Tanı/Hastalık Kodu:

Cinsiyeti:


Ön Tanı/Tanı/Teşhis					
Hastanın Yakınması					
Ev Koşulları					
Mesleği					
Eğitim Durumu					
Çocuk Sayısı					
Hasta Yakını Tel.No					
Hastaneye Geliş Şekli	<input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Sedyeye <input type="checkbox"/> Diğer	HASTANIN SERVİSE KABÜLÜNDE AÇIKLAMA YAPILAN MADDELERİ İŞARETLEYİNİZ.			<input type="checkbox"/> Tıbbi atıklar <input type="checkbox"/> El Yıkama
Geldiği Yer	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Yemek Saatleri <input type="checkbox"/> Sigara Yasağı <input type="checkbox"/> Refakatçi kuralları <input type="checkbox"/> Ziyaret saati ve kuralları	<input type="checkbox"/> Tuvalet-Banyo <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Servis tanıtımı <input type="checkbox"/> Diğer hastalarla tanıştırma		
Fizikse Gereklerini Karşılama Durumu	<input type="checkbox"/> Bağımlı <input type="checkbox"/> Yarı Bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımsız	SİSTEM TANILAMASI			
Bilinç Durumu	<input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Konfüze <input type="checkbox"/> Kapalı <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz)	DERİ <input type="checkbox"/> Eritem <input type="checkbox"/> Peteşi <input type="checkbox"/> Scar <input type="checkbox"/> Ülserasyon <input type="checkbox"/> Ekimoz <input type="checkbox"/> Laserasyon <input type="checkbox"/> Doküntü <input type="checkbox"/> Yanık <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Solgun <input type="checkbox"/> Terli	GİS <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Distansiyon <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Ağrı	SOLUNUM <input type="checkbox"/> Öksürme <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Solunum Güçlüğü <input type="checkbox"/> Yüzeysel Solunum <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Ortopne <input type="checkbox"/> Balgam <input type="checkbox"/> Hemoptizi	EMOSYOEL <input type="checkbox"/> Sakin <input type="checkbox"/> Depresif <input type="checkbox"/> Ağlıyor <input type="checkbox"/> Heyecanlı <input type="checkbox"/> Anksiyöz <input type="checkbox"/> Huzursuz <input type="checkbox"/> Kızgın
Hastaneye Yatma Nedeni	<input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Tedavi <input type="checkbox"/> Diğer	KONUŞMA <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Anlaşılmaz <input type="checkbox"/> Konuşamama	GENİTO ÜRİNER <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Sık İdrar <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Vajinal kanama <input type="checkbox"/> İdrar retansiyonu	DİĞER <input type="checkbox"/>	
Daha Önce Hastaneye Yattı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	NÖROLOJİK <input type="checkbox"/> Baş dönmesi <input type="checkbox"/> Baş ağrısı <input type="checkbox"/> Halsizlik <input type="checkbox"/> Nöbet <input type="checkbox"/> Paralizi <input type="checkbox"/> Oryante <input type="checkbox"/> Bilinçsiz <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Laterjik <input type="checkbox"/> Hemiplejik <input type="checkbox"/> pareplejik	KAS-İSKELET <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/> Artrit <input type="checkbox"/> Kemik deformitesi	BESLENME <input type="checkbox"/> İştahsız <input type="checkbox"/> Diyabetik <input type="checkbox"/> Hipertansif <input type="checkbox"/> Yardımla besleniyor <input type="checkbox"/> NG ile besleniyor <input type="checkbox"/> Kendi kendine besleniyor	
Kronik hastalıklar	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Diğer				
Geçirilen hastalıklar					
Allerjileri (ilaç, gıda flaster vs)					
Alışkanlıkları (sigara, alkol, ilaç,madde)					
Sürekli kullandığı ilaçlar					
Dışkılama alışkanlıkları					
Uyku düzeni					
Kan grubu	YAŞAM BULGULARI: Ateş: Nabız:				
Daha önce kan transfzyonu	<input type="checkbox"/> Yapıldı <input type="checkbox"/> Yapılmadı	Solunum:		Kan Basıncı:	
Kan Transfüzyonunda Reaksiyon	<input type="checkbox"/> Gelişti <input type="checkbox"/> Gelişmedi				
Hbs <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	Hcv <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	HASTAYI KABUL EDEN HEMŞİRENİN			
		ADI SOYADI:			
		TARİH:			
		İMZA:			

Arka sayfaya geçiniz

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

HASTANIN MEVCUT VE OLASI SORUNLARI

<input type="checkbox"/> Yatağa bağımlılık	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Ajitasyon	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kendine yetememe	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Depresif belirtiler	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kontraktür	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Oryantasyon Bozukluğu	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> İnfeksiyon	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Bilinç Bozukluğu	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kaşıntı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Koma	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kanama	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> İşitme Kaybı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Terleme	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Görme kaybı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Travma	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Beden İmgesinde Değişiklik	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Digital alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Ameliyat	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kortizon alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Tetkik	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Antikoagülan alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Tedavi	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Kemoterapi alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Eğitim Gereksinimi	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Radyoterapi alması	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Konuşamama	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Hiperalemanyasyon	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Sıcak İntoleransı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> İdrara inkontinansı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Soğuk İntoleransı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Gaita inkontinansı	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut	<input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz)	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut
<input type="checkbox"/> Bası yarası (Dekübitüs vb)	<input type="checkbox"/> Olası	<input type="checkbox"/> Mevcut			

BASI YARALARI RİSK TANILAMA

(Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğunuzu düşündüğünüz hastalara uygulayınız)

DUYGUSAL ALGILAMA	<input type="checkbox"/> Tamamen Sınırlı	1	MOBİLİZASYON	<input type="checkbox"/> Tamamen İmmobil	1
	<input type="checkbox"/> Çok Sınırlı	2		<input type="checkbox"/> Çok Sınırlı	2
	<input type="checkbox"/> Hafif Sınırlı	3		<input type="checkbox"/> Biraz Sınırlı	3
	<input type="checkbox"/> Normal	4		<input type="checkbox"/> Aktif	4
VÜCUT TEMİZLİĞİ	<input type="checkbox"/> Sürekli Islak	1	BESLENME	<input type="checkbox"/> Kaşektik	1
	<input type="checkbox"/> Çok Sık Islak	2		<input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli	2
	<input type="checkbox"/> Ara-Sıra Islak	3		<input type="checkbox"/> Yeterli	3
	<input type="checkbox"/> Çok Seyrek Islak	4		<input type="checkbox"/> Çok İyi	4
AKTİVİTE	<input type="checkbox"/> Yatağa Bağımlı	1	SÜRTÜNME VE ÇİZİLME	<input type="checkbox"/> Problem Var	
	<input type="checkbox"/> Sandalyeye Oturabilir	2		<input type="checkbox"/> Problem Olabilir	
	<input type="checkbox"/> Ara-Sıra Yürür	3		<input type="checkbox"/> Problem Yok	
	<input type="checkbox"/> Sık Sık Yürür	4			

***TOTAL PUAN: Total Puan 16'dan düşük ise hasta risk grubuna alınmalı ve her gün izlenmelidir.**

*Bu form, hastanın bölümüne kabul eden hemşire tarafından doldurularak hasta dosyasında saklanacaktır.

Emanet Eşya	<input type="checkbox"/> Hastane emanetine bırakmak istiyorum.	<input type="checkbox"/> Kendim muhafaza etmek istiyorum.	<input type="checkbox"/> Yakınıma verilmesini istiyorum.
	Hastanın Adı-Soyadı: Tarih/İmza		