



**EYÜP
DEVLET HASTANESİ**

**Yatan Hasta Dosyası-
Hasta Dosyası Dizin Formu**



FORMLAR İÇİN AŞAĞIDAKİ BİLGİLERİ DOLDURUNUZ

Hasta Adı Soyadı:	:	
T.C. Kimlik No:	:	
Protokol No:	:	
GSS Provizyon No:	:	
Hasta Grubu/Kurumu:	:	
Arşiv No:	:	
Kabul/Yatış No:	:	
Doktor:	:	
Servis:	:	
Dosya/Bölüm Kayıt No:	:	
Doğum Tarihi:	:	
Cinsiyet:	:	
Telefon:	:	
Tarih:	:	
ADRES	:	

DUYURU

	Genel	TOPLU YAZ	TOPLU YAZ
1	yazdır	Hasta Dosyası Dizin Formu	
2	yazdır	Hasta Derece Kağıdı	
3	yazdır	Hasta Eğitim-Bilgilendirme Formu	
4	yazdır	Hasta Kabul Kağıdı	
14	yazdır	Erişkin Hasta Düşme Riski Değr. ve Düşme Ön. Takip Formu	
5	yazdır	Hasta Tabelası (Doktor İstem)	yazdır Hasta Tabelası (Doktor İstem) arka ve devam
6	yazdır	Tıbbi Müşahade ve Muayene Formu	yazdır Tıbbi Müşahade ve Muayene Formu arka ve devam
7	yazdır	Aydınlatılmış Genel Onam Formu	yazdır Aydınlatılmış Genel Onam Formu arka
8	yazdır	Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu	yazdır Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu arka
9	yazdır	24 Saatlik Hasta Bakım,Takip ve Tedavi Kayıt Fo	yazdır 24 Saatlik Hasta Bakım,Takip ve Tedavi Kayıt Formu arka
Anestezi - Anestezi			
35	yazdır	Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi Formu	
10	yazdır	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Formu	
11	yazdır	Anestezi Öncesi Hasta Değerlendirme Formu	
12	yazdır	Anestezi Takip Formu	
13	yazdır	Anestezi Sonrası Hasta Takip Formu	
14	yazdır	Anestezi Bilgilendirme ve Onam Formu	yazdır Anestezi Bilgilendirme ve Onam Formu arka
Doğum			
15	yazdır	Gebe Risk Değerlendirme Formu	
16	yazdır	Doğum Raporu Formu	
Yenidoğan			
17	yazdır	Yenidoğan Tıbbi Müşahade ve Muayene Formu	yazdır Yenidoğan Tıbbi Müşahade ve Muayene Formu arka
18	yazdır	Tıbbi Müşahade, Muayene ve Doğum Formu 1/4	yazdır Tıbbi Müşahade, Muayene ve Doğum Formu 2/4
	yazdır	Tıbbi Müşahade, Muayene ve Doğum Formu 3/4	yazdır Tıbbi Müşahade, Muayene ve Doğum Formu 4/4 ve devam
Diabet			
19	yazdır	Diyabetik Hasta Ve Hasta Yakını Eğitim Formu	
20	yazdır	Kan Şekerini Takip Formu	yazdır Kan Şekerini Takip Formu arka ve devam
Kan			
21	yazdır	Kan Ve Kan Ürünleri İstem Formu	
22	yazdır	Acil Kan Ve Kan Ürünleri İstem Formu	
23	yazdır	Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu Bilg. Onam Formu	
24	yazdır	Kan Transfüzyonu Takip Formu	
Diğer			
25	yazdır	Epikriz-Taburculuk Formu	
26	yazdır	Konsültasyon Formu	
27	yazdır	Kontrollü Antibiyotik İstem Formu	
28	yazdır	Sözlü-Telefonla Hekim Talimatı Kayıt Formu	
29	yazdır	Günlük Tünel Takip Formu	



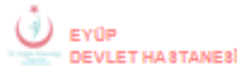
HASTA DOSYASI DİZİN FORMU



Hasta Adı Soyadı: T.C. Kimlik No: Protokol No: GSS Provizyon No: Hasta Grubu/Numarı:
Açılış No: Kabul/Yatış No: Doktor: Servis: Dosya/ BölümKayıt No:
Doğum Tarihi: Cinsiyet: Doktor: Tarih:

Table with columns for patient status (Yaşam, Ölüm, Diğer) and various medical tests (Laboratuvar, Radyasyon, Göz, Kulak, Burun, Karın, Göğüs, Kalp, Kan, Üreter, İdrar, Nöroloji, Koku, Dokunma, Refleksi, Diğer). Includes 'Diğer' section for additional tests.

Hasta Dosyası (yatakla ilgili) ile ilgili olarak, aşağıdaki bilgilerin doğru ve eksiksiz olarak kaydedildiğini teyid ederim.
Hasta Kayıt/İzlem İD No:
Tarih:
Doktor:
Yatış Tarihi:
Yatış No:
Doğum Tarihi:
Doğum Yeri:
Doğum Yeri:
Doğum Yeri:



HASTA KABUL KAĞIDI



Hasta Adı Soyadı: T.C. Kimlik No: Protokol No: GSS Provizyon No: Hasta Grubu/Numarı:
Açılış No: Kabul/Yatış No: Doktor: Servis: Dosya/ BölümKayıt No:
Doğum Tarihi: Cinsiyet: Doktor: Tarih:

Başvuru/Yatış Şekli:
Başvuru/Yatış Tarihi:
Hastanın Kabul Edildiği Saat:
Tanı:
Gerektğinde başvurulacak yakın ve adresi-Telefon Numarası:
Açıklama:

Refakat Gereklilik Durumu (Saçlık Uygulama Tebliği gereği düzenlenmiştir)
Hastanemizde yatarak tedavi gören hastanın yanında tedavi sürsünce refakatçi kalması tıbbi zorunludur.
Hastanemizde yatarak tedavi gören hastanın yanında refakatçi kalması tıbbi zorunludur.

Hastanın Holinin Adı Soyadı-İmzası/Kay:
Hastanın parafı görmediği refakat talepleri yazarak gönderilerek ücretli işlem yapılır. Refakat gerekliliğinde refakatçi "Refakat Kartı" hazırlanır.

Refakat Kartı
Refakat Kartımı, balm aldim
Refakatçi Adı Soyadı-İmza

Emanet Eşya (Gün aşırı, kimli eşya ve diğerleri...)
Yukarıda .../.../... tarihinde kaydedilen şahıma ait tüm emanetleri eksiksiz olarak teslim ettim.
Teslim Alan
Hemgüre Adı Soyadı-İmza
Teslim Eden
Hasta/Hasta Yakını Adı Soyadı-İmza
Yukarıda teslim ettiğim eşyaları .../.../... tarihinde eksiksiz olarak teslim aldım.
Teslim Eden
Hemgüre Adı Soyadı-İmza
Teslim Alan
Hasta/Hasta Yakını Adı Soyadı-İmza

Hasta Adı Soyadı: _____
T.C. Kimlik No: _____
Protokol No: _____
GGG Provizyon no: _____
Hasta Grubu/Kurumu: _____
(SGK, Ücretli, Özel Sigortalı, Diğer)

Ağrı No: _____
Kabul/Yatış No: _____
Doktor: _____
Servis: _____
Dosya/ Bölüm Kayıt No: _____

Doğum Tarihi: _____
Onaylat: _____
Telefon: _____
Tarih: _____

Adres: _____

Beyuru/Yatış Tarihi: _____ Çıkış/Taburcu Tarihi: _____ Giriş (kaçına olduğu) 1 2 3 4 5+

Şikayeti: _____

Hikayesi: _____

Özgeçmiş ve Soygeçmiş:

Kronik Hastalıklar
Geçirilmiş Ameliyatlar
Kullandığı İlaçlar

Sistemlerin Sorgulanması ve Fizikl Muayene Bulguları

Ateş:.....°C Nabız:...../dk Kan Basıncı:...../..... mmHg Aletli:.....

Genel Durumu: _____

Göze: _____

Kulak Burun Boğaz, Baş-Sayın:
Ağız ve Dişler: _____

Solunum/Akciğer: _____

Thorax/Göğüs: _____

Kalp ve Dolaşım: _____

Karın: _____

Sindirim: _____

Ürogenital: _____

Ruh ve Sinir Sistemi: _____

Kul ve Becaklar: _____

Endokrin/Metabolizma: _____

Hematolojik: _____

Linf Sistemi: _____

Sosyal Durum: _____

Tetkikler (Radyolojî, Laböruvar...): _____

Ön Tanı/ler: _____

Ana- Temel Tanı: _____

Ek Tanı/ler: _____

Hasta Adı Soyadı: _____

Servis: _____

Tarih	Günlük Gözlem/Takip
	(Hastada gözlenen ve saptanan değişiklikler, yapılan ameliyat, müdahaleler, post-op ve taburcu sonrası değişiklikler)

HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TANILAMA FORMU

Hasta Adı Soyadı: _____ **Argiv No:** _____ **Doğum Tarihi:** _____
T.C. Kimlik No: _____ **Kabul/Yatış No:** _____ **Onaylan:** _____
Protokol No: _____ **Doktor:** _____ **Telafi:** _____
GSS Protokol No: _____ **Sarıya:** _____ **Tarih:** _____
Hasta Grubu/Kurumu: _____ **Çevre/Bölüm Sayı No:** _____

Hasta Adı Soyadı: _____ **Argiv No:** _____ **Doğum Tarihi:** _____
T.C. Kimlik No: _____ **Kabul/Yatış No:** _____ **Onaylan:** _____
Protokol No: _____ **Doktor:** _____ **Telafi:** _____
GSS Protokol No: _____ **Sarıya:** _____ **Tarih:** _____
Hasta Grubu/Kurumu: _____ **Çevre/Bölüm Sayı No:** _____

Medeni Hali: Bekar Evli Çocuk Sayı: _____ **Kilo:** _____ **Boy:** _____ **Kan Grubu:** _____
Mezaj: _____ Çalgıyer Çalgıyer Çalgıyer Çalgıyer Çalgıyer Çalgıyer Çalgıyer Çalgıyer Çalgıyer Çalgıyer Çalgıyer
Geldiği Yarı: Ev Yoğun Bakım Adli _____ **Kirli:** _____ Diğer: _____
Birime Gelme Şekli: Yürüyen Sedy T. Sandalye Diğer: _____
Bilinç Durumu: Açık Bulantı/Konfüz Kapan Diğer: _____
Yatma Nedeni: Tabii Tedavi Açık Diğer: _____
Alerji: Baş: _____ Yüze: _____ Silinen alerji yok Diğer: _____

Ön Tani/Tanı/Taahhüt: _____
Hastanın yakınması: _____
Tıbbi Özgencesi: Diabetik Hipertansiyon KDAH Kalp Yetmezliği KBY Diğer: _____

Tıbbi Soygeçmiş: _____
Daha önce hastaneye yattı mı? Hayır Evet
Geçirilmiş Hastalık 1) _____ Tarih: _____ 2) _____ Tarih: _____
Geçirilmiş Operasyon 1) _____ Tarih: _____ 2) _____ Tarih: _____
Daha önce kan transfüzyonu uygulandı mı? Hayır Evet **Reaksiyon geliştirdi mi?** Hayır Evet (aşılandı)
Kilo Negatif Pozitif Negatif Negatif Pozitif

HASTANIN KULLANMAKTA OLDUĞU İLAÇLAR: (Hastanın İlaçlarındaki gıdaları) İlgili bilgi verildi
İlaçın Adı (Ticari, İsmi, Sınıf, ...) **Sıklığı/Dozu** **Kullanım süresi (ay-yıl)** **Son Kullanma Tarihi**

KULLANDIĞI PROTEZLER: Diş Protezi Lens Gözlük Kalp Pili Kalp Kapağı Dişamba protezi Diğer: _____

ALİŞKANLIKLAR:
Sigara kullanımı: Kullanıyor Sigara - sını Kullanıyor - adet/paket/gün _____ **Sıra:** _____
Alkol kullanımı: Kullanıyor Sigara - sını Kullanıyor - alkol/militer _____ **Sıra:** _____
Hedre kullanımı: Kullanıyor Sali Kullanı Kullanıyor _____ **alçık/militer** _____ **Yıl** _____
Diğer: _____

FİZİKSEL İHTİYAÇLARINI KARŞILAMA DURUMU: **DİNİ İHTİYAÇ TALEBİ**
Dişleri: Sağ Çiğneme Yan Sağ Diş Var (Hasta dişler birimine bildirir)

UYKU DÜZENİ: **KİŞİSEL HİJYEN:**
Günde kaç saat uyur: Düzenli Düzensiz Uyuma göçüğü Uyumaz (uyandıktan sonra uyanır)
 Desteğe ihtiyaç yok Desteğe ihtiyaç var _____

SİĞİLENDİRME: **Dişlem Vebleri:** Hasta ve yakınları uyararak yapılan koruma
Dişlem Saati: Dişlem saatli koruma Uzaklaştırma Telefon Hasta Odası ve Giriş Çamaşır Çiğn Odal Durum Uyan

GEREKTEKİNDE İLETİŞİM KURULMASI İÇİN KİŞİNİN:
Adı Soyadı: _____ **Yaş:** _____ **Deneyim:** _____ **Telafi:** _____ **Ev:** _____ **Çevre:** _____
Adres: _____

BASİ YARASI RİSK TANILAMA:

	1	2	3	4	Toplam	Risk Ölçümü	Yapılacak Önlemler
DURULANLIK	Tamamen Sık	Çok Sık	Sık	Tamam	17 ve ↑ Risk Yok	Hastanın risk seviyesi düşük olduğu için herhangi bir önlem gerekmez.	
NEBİ	Sıklıkla	Çok Sıklık	Sıklıkla	Tamam			
AKCİTESİ	Hafif	Orta	Sık	Tamam	16 ve ↓ Riskli	Herhangi bir önlem alınmalıdır. Hastanın risk seviyesi orta veya yüksek olduğu için önlem alınmalıdır.	
HİDROTOR	Tamamen Yok	Çok Sıklık	Sıklıkla	Tamam			
AKCİTESİ	Çok Sıklık	Hafif	Hafif	Çok Sıklık			
AKCİTESİ	Sıklıkla	Çok Sıklık	Sıklıkla	Tamam			

HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TANILAMA, HEMŞİRELİK SAĞIK PLANLAMASI

HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TANILAMA FORMU

Yaşam Bulguları: **Adı:** _____ **Yaş:** _____ **Boy:** _____ **Kan Grubu:** _____ **Solum:** _____
İzleme/Konuşma: Konuşuyor Duyuyor Duyuyor Konuşuyor Az Duyuyor İşme Çiz Diğer (belirtiniz) _____

GÖRME: Görüyor Alın Proba Göz Görmüyor Şaşık Gözük Konik Lens
 Diğer (belirtiniz) _____

DUYGUSAL/PSİKOLOJİK: Sorun Yok Endişeli Sakar Ağla Diğer (belirtiniz) _____

KARDİYO VASKÜLER: Sorun Yok Hipertansiyon Sinüs Pretilal Ödem Şişme Göğüs Ağrı
 Çarpıntı Vaz Diğer (belirtiniz) _____

SOLUNUM: Sorun Yok Hemopti Şişme Hırıltı Wheezing Hiperne Hipone Tıbbi
 Apne Ortopen Balgam Öksürük Solunum Göçüğü Yardıma Solunum Araçları

GENİTOÜRİNER: Sorun Yok Polidri Öğürt Antri Hamatüri İ. İnteritans Dişri Polidri
 Nödrü Sonda İdrar Retansiyonu Vajnal Kanama

GASTROİNTESTİNAL: Sorun Yok Ağrı Kolusu İshal Bulantı Hamatüri Dişri Kuama Hemoroid
 Konstipasyon Malena Göçür İ. İnteritans Diğer Defekasyon ağrı

NÖROLOJİK: Sorun Yok Baş dönme Baş ağrı Halüsil İdrar Parali Labet Öksürük
 Çarpıntı Koma Paraleji Hamatüri Diğer Diğer (belirtiniz) _____
Hareketlilik: Mobilite İmmobil Desteksiz mobil (G. Sonda, G. Yürütme, G. Proba)

BESLENME: Kendiliğinden Yardıma gerektirir Yemek sevmiyor (belirtiniz) _____
İştah: İyi Orta Zayıf Bulantı/Kuama Diğer (belirtiniz) _____
Beslenme şekli: Oral S.V. NG Diğer (belirtiniz) _____
Son 6 ayda kilo kaybı var mı? Hayır Evet (aşılandı)

CİLT: Sorun Yok Dehidrat Soluk Pektaj Nemli Ödem Kuru Konik
 Kaşıntı Şişme İdrar Hamatüri Soğuk Sık Paraleji

AĞIZ/DİŞ: Sorun Yok Padi Di Aft Diş Çöküğü Hırıltı Ağrı Kolusu Diğer (belirtiniz) _____

JİNEKOLOJİK TANILAMA: **İk. Menstruasyon (ay):** _____ **Son menstruasyon tarihi:** _____ **Menapoz tarihi:** _____ **Gebelik Sayı:** _____ **Doğum Sayı:** _____
Çocuk Sayı: _____ **Doğum Şekli:** _____ **Spontan doğum Sayı:** _____ **Proba Doğum Sayı:** _____ **İşin kan grubu:** _____

ADÖLESAN TANILAMA (10-19 yaş arası hastalar için): **Son 4 yıl içinde aşağıdaki olaylardan herhangi biri ile karşılaşmış mı?**
 Aladan jada yalınlandı Birinci Cilt Değişikliği Şişme Tıbbi Hipri Diğer: _____

GERİATRİK TANILAMA (65 yaş üstü hastalar için): **Günlük yaşamı etkileyen görme göçüğü var mı?** Hayır Evet **Son 6 ay içinde abapısı kilo kaybı:** Hayır Evet
Günlük yaşamı etkileyen işme göçüğü var mı? Hayır Evet **Öz Salim Göçüğü:** Hayır Evet
Günlük yaşamı etkileyen hafıza göçüğü var mı? Hayır Evet
Kendi bizi koruma etkilemesi durumunda olumsuz etki yarın bir zaman önce

ÇALIŞMA VE EĞİTİM: **Okuma alışkanlığı:** _____ **Radio/TV:** _____ **Diğer:** _____

CİNSELLİĞİ İFADE ETME: _____

ÖLÜM KORKUSU: _____

TABURCULUK PLANI: **Birlikte yaşadığı biri var mı?** Yok Ev Çocuk Anne/Baba Alın Arkadaş Bakımsız
Taburculuk sırasında yardımcı ihtiyacı var mı? Hayır Evet (belirtiniz) _____
Evde bakım ihtiyacı var mı? Hayır Evet (belirtiniz) _____
Taburcu sonrası destek: *Ev Bakım *Economic Destek *Uyan *Araç-gereç İhtiyaç (G. Hediye G. S. S. S. S.)
***Geriye kalan taburcu konuları ile ilgili kayıtların belirlenmesi:** **Kayıt Tarihi:** _____ **Tarih saat:** _____ **Görüşme:** _____

Notlar: _____

TANILAMA YAPAN HEMŞİRE: **Adı Soyadı:** _____ **İmza:** _____ **Tarih:** _____



Hasta Adı Soyadı: T.C. Kimlik No: Protokol No: GGG Provizyon no: Hasta Grubu/Kurumu Adresi:	Angiv No: Kabul/Yabg No: Doktor: Servis: Dosya/ Bölüm Kayıt No:	Doğum Tarihi: Onaylat: Talefat: Tarih:
---	---	---

PLANLANAN VE UYGULANAN SARTI - Hangisine (Planlanan saatler yatsa, uygulama saatleri/ölçe saatleri ayrılmış şekilde)	
HASTA BAKIM	<p>Agda Bakım</p> <p>El-Yüz Bakım</p> <p>Saç Banyosu</p> <p>Vücut Banyosu</p> <p>Parfüm Bakım</p> <p>Agda-Tıraş Bakım</p> <p>Pansuman Değişimi</p>
HASTA TAKİP	<p>aPTT/PT Takibi</p> <p>Kan Şeker Takibi</p> <p>Hamogram Takibi</p> <p>Solunum Gözetimi (Triflow)</p> <p>CVP Takibi</p> <p>Suhar Takibi</p> <p>Aplasyon</p> <p>Sopulu-Gözetim Uygulama</p> <p>BKG Çakımı</p> <p>NGT Çakımı</p> <p>Kan Alımı (yaşamaya)</p> <p>Radiyolojik İzleme (yaşamaya)</p> <p>ANTA (yaşamaya)</p> <p>Hemiklat Katılığı Kontrolü</p>

Hastanın Beslenme Durumu: Sıvı Katı Sıvı + Katı Diyet Diyetli Oral

TAKİP VE TEDAVİ YERİ

01.01.2017

SAYI	ATRI	NAZİ	KAR	BOĞAZ	AYI	ÖL	KAĞAN	KAR	SOLUK	AKIŞ	SABİ	PAKAR



SAYI	Uygulama yeri	Uygulama saat	Uygulama yeri	Uygulama saat	SAYI	Uygulama yeri	Uygulama saat	Uygulama yeri	Uygulama saat

C V

Tarih	İzlenen	Doz	Yeni	İzlenen	Doz	Yeni

HASTA GÖZETİM KAYIT

01.01.2017



EYÜP DEVLET HASTANESİ TIBBİ MÜŞAHEDE, MUAYENE VE DOĞUM FORMU

Hasta Adı Soyadı: _____ Anıvı No: _____ Doğum Tarihi: _____
 T.C. Kimlik No: _____ Kabul/Yatış No: _____ Onaylat: _____
 Protokol No: _____ Doktor: _____ Telefon: _____
 GSS Provizyon No: _____ Servis: _____ Tarih: _____
 Hasta Grubu/Karımı: _____ Dozay/Bölüm Kayıt No: _____

Adı: _____ Sayısı/Yatış Tarihi: _____ Olay/Taburcu Tarihi: _____ Giriş (Geyme) Saati: 1 2 3 4 5-

Şikayeti: _____ Aneji: _____

Hikayesi: _____ Kan Grubu: _____ Rh: _____

Özgeçmiş ve Soygeçmiş: Gebelik - Doğum - Doğum Sonrası - Doğum Öncesi - Doğum Sonrası - Doğum Sonrası

Obstetrik Özgeçmiş (Gebelik - Doğum - Doğum Sonrası - Doğum Öncesi - Doğum Sonrası - Doğum Sonrası)

Sistemlerin Sorgulanması ve Fiziki Muayene Bulguları

Genel Durum: _____
 Göz: _____
 Kulak Burun Boğaz, Boyun: _____
 Ağciğer ve Kalp: _____
 Solunum/Akciğer: _____
 Toraks/Göğüs: _____
 Karın ve Dalak: _____
 Karın: _____
 Sindirim: _____
 Ürogenital: _____
 Ruh ve Sinir Sistemi: _____
 Kol ve Bacaklar: _____
 Ekstremiteler/Refleksler: _____
 Hematolojik: _____
 Yanık Durumu: _____
 Sosyal Durum: _____

Mevcut Gebelik Öyküsü ve Gebelik Muayenesi

Gebelik Haftası: _____ Son Adet Tarihi: _____ Beklenen Doğum Tarihi: _____
 Erken USG tarihi: _____ CRV Değerleri (cm): _____ SPO Değeri (cm): _____
 Ağ: _____ OC: _____ Nabe: _____ İdrar: _____ Kan Basıncı: _____ mmHg Kilo: _____ kg Ödem: _____ Vate: _____
 Fundus (Gibiği): _____ Beldeği pozisyonu: _____ OG: _____ Servikal dilatasyon: _____
 Plasenta: _____ Amnion: _____ Karın: _____ Kontrol: _____

USG-Ultrasonografi Bulguları

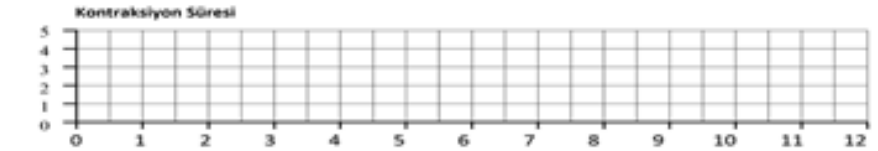
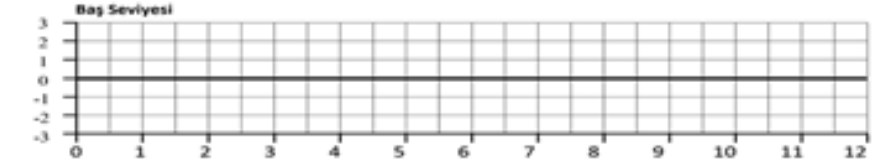
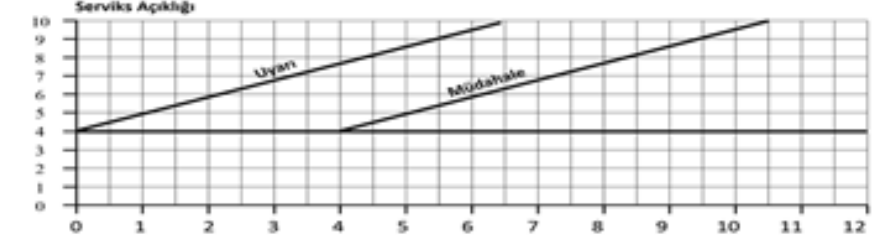
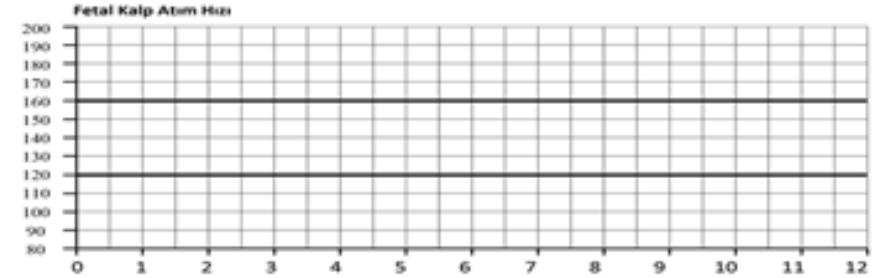
Yaklaşım		
Maternal		
Fetal		
Plasenta		
Amnion		
Yaklaşım		
Maternal		
Fetal		
Plasenta		
Amnion		
Yaklaşım		
Maternal		
Fetal		
Plasenta		
Amnion		
Yaklaşım		
Maternal		
Fetal		
Plasenta		
Amnion		
Yaklaşım		
Maternal		
Fetal		
Plasenta		
Amnion		
Yaklaşım		
Maternal		
Fetal		
Plasenta		
Amnion		
Yaklaşım		
Maternal		
Fetal		
Plasenta		
Amnion		

Tetkikler (Radyoloji, Laboratuvar, Sitoloj...)

Doğum anı ve doğumun hemen sonrası: "Yenidoğan Cansızdır" diye raporlandı. Doğumun hemen sonrası: "Yenidoğan Cansızdır" diye raporlandı.

EYÜP DEVLET HASTANESİ TIBBİ MÜŞAHEDE, MUAYENE VE DOĞUM FORMU

Hasta Adı Soyadı: _____ Servis: _____ Sayı: _____
 Doğum Süreci-PARTOGRAF
 Adı Soyadı: _____ Kaçınıcı Doğumu: _____ Para: _____ Protokol No: _____
 Kabul Tarihi: _____ Kabul Saati: _____ Membran Ruptürü: _____ Selli: _____



İzlem Yapanın Adı Soyadı: _____ Bağlama Saati: _____
 İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı: _____ Bağlama Saati: _____

Doğum anı ve doğumun hemen sonrası: "Yenidoğan Cansızdır" diye raporlandı. Doğumun hemen sonrası: "Yenidoğan Cansızdır" diye raporlandı.

EYÜP DEVLET HASTANESİ ANESTEZİ ÖNCESİ HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Hasta Adı Soyadı: _____ Doğum Tarihi: _____
T.C. Kimlik No: _____ Kabul/Yatış No: _____
Protokol No: _____ Doktor: _____
GGG Provizyon no: _____ Servis: _____
Hasta Grubu/Numuru: _____ Dozya/Bölüm Kayıt No: _____
Adres: _____

Kilo: _____ kg Boy: _____ cm Kan Grubu: _____ Kan Basıncı: _____ mmHg Nabız: _____ dk
Pnösp Tanı: _____ Planlanan Ameliyat: _____

Alkol: Var Yok Sigara: Var Yok Paliyatif: Yok Madde: Var Yok Diğer Ayrıntılar: _____

Geçirilmiş Hastalıkları: _____

Geçirilmiş Operasyonları: _____

Kullandığı İlaç ve Dozları: _____

Acil: Yok Var (İzmit veya urgulu)

DOLAĞAN SİSTEM

Normal Hipertansiyon >160 Hipotansiyon <100 Sol İnfarkt Kapak Hast. Kor. Anomal SOK
 Kalp Yabması Anemi Periferik Damar H. Uns. Angina P. Ödem Şok Arteri

Muayene Bulguları

SİG SİD Doppler

SOLUNUM SİSTEMİ

Normal Ödem Ödemli Ödemli Ödemli ÖTİK (Akut, Sub) ÖTİK Diğer

Muayene Bulguları

AC Grafisi SPT

ENDOKRİN SİSTEM (Pankreas, Tiroid, Paratroid, Hipofiz...)

ÜRİNER SİSTEM

DİĞER SİSTEM BULGULARI

Laboratuvar				Kan Hızlığı			
Hb	PT	Üre	Laktat	Anti HCV	Diğer		
HTC	aPTT	Kreatinin	AST	HBeAg	Diğer		
Trombosit	Kan Zamanı	Glüser	ALT	HCV	Diğer		

Risk Grubu: ASA

ASA I Sağlıklı hasta ASA II Hafif sistem hastalığı (Fizyolojik stresle uyumlu) ASA III Orta sistem hastalığı (Fizyolojik stresle uyumsuz) ASA IV Ağır sistem hastalığı (Fizyolojik stresle uyumsuz) ASA V Çok ağır sistem hastalığı (Fizyolojik stresle uyumsuz) ASA VI Yaşamı sürdürülebilir ağır sistem hastalığı E Her türlü hasta

Preoperatif Önlemler:

Farmakasyon			Planlanan Anestezi Yolu			Açıklama
Tarih/Saat	İlaç Adı	Doz/Uyg. Şekli	<input type="checkbox"/> Genel	<input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Regional	
			<input type="checkbox"/> Diğer			
Hekim Adı Soyadı-İmza						

Sevkiyet raporları için ayrı belge kullanınız.

EYÜP DEVLET HASTANESİ ANESTEZİ GÜVENLİK KONTROL LİSTESİ FORMU

Hasta Adı Soyadı: _____ Doğum Tarihi: _____
T.C. Kimlik No: _____ Kabul/Yatış No: _____
Protokol No: _____ Doktor: _____
GGG Provizyon no: _____ Servis: _____
Hasta Grubu/Numuru: _____ Dozya/Bölüm Kayıt No: _____
Adres: _____

Amelyotik Adı: _____ Amelyotik Tarihi: _____

RISK FAKTÖRLERİ			EKG/PMN		
Anestezi Öncesi Hasta Değerlendirme Formuna göre doldurunuz			Var ve Çalıyor?		
ASA	1	<input type="checkbox"/>	Evet	Hayır	
	2	<input type="checkbox"/>			
	3	<input type="checkbox"/>			
	4	<input type="checkbox"/>			
	5	<input type="checkbox"/>			
	6	<input type="checkbox"/>			

MALLOPATİ SİNYALIZASYONU		
		
<input type="checkbox"/> Snf 1	<input type="checkbox"/> Snf 2	<input type="checkbox"/> Snf 3
<input type="checkbox"/> Snf 4		

	Yok	Var	Açıklama
Aspirasyon Riski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Silikon Alerjisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İlaç Kullanım Öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ek Hastalık Öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anormal muayene bulgularını yazınız. Anestezi Öncesi Hasta Değerlendirme Formuna göre doldurunuz.

Solunum (Breathing)		
Kapak (300 ml/dk taze hava akımı 30 cmHg basınç sağlar) var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedasyon da renk değişikliği var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SpO2/SpH2O satımı çift balon test uygulandı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiratör (Suction) çalışıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İlaç ve Malzeme (Drugs and Devices)		
Oksijen tüpü dolu ve kapalı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vapörler dolu ve yarıda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serumlar damlıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaçlar hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan ve sıvılar hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitörün alarm açık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normaldir, ilaçlar, tamamlayıcılar hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acil (Emergency)		
Yardıma Kiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adralin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sükünletici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekim varillerin maske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sorumlu Anestezi Hekimi Adı Soyadı İmza



EYÜP DEVLET HASTANESİ ANESTEZİ TAKİP FORMU

Hasta Adı Soyadı: T.C. Kimlik No: Doğum Tarihi: **Anestezist:**
Protokol No: Kabul/Yatış No: Cinsiyet: **Ameliyathane:**
GSS Provizyon No: Doktor: Telefon: **Ameliyatçı:**
Hasta Grubu/Kurumu: Servis: Tarih: **Anestezist:**
Dozaj/Bölüm Kayıt No:

	Pre-op Değerler				Anestezisi Takip											
	20n	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
ETİKYEN	O ₂															
	SpO ₂ - HbSa															
Nİ	Arteriyel Kan Basıncı															
	Merkezi															
	Periferik															
	Damarlar															

Kritik Parametreler	100		120		140		160		180		200	
	Normal	Artık	Normal	Artık	Normal	Artık	Normal	Artık	Normal	Artık	Normal	Artık
Arteriyel Kan Basıncı												
Merkezi												
Periferik												

Ameliyatın Başlangıcı: Pre-op Tarih: Post-op Anestezisi Durum: Sorun: Yöntem: Açıklama: Uzunluk: Genişlik: Derinlik: Diğer:

Anestezist İmza: Genel Spinal Epidural Sedoanaljezi Lokal Diğer

Solumun Yolu: Oral Oral Entübasyon Oral Entübasyon Larinksal Diğer

Solumun Tipi: Spontan Akut Kontrol Diğer

EYÜP DEVLET HASTANESİ ANESTEZİ SONRASI HASTA TAKİP FORMU

Hasta Adı Soyadı: T.C. Kimlik No: Doğum Tarihi: **Doğum Tarihi:**
Protokol No: Kabul/Yatış No: Cinsiyet: **Cinsiyet:**
GSS Provizyon No: Doktor: Telefon: **Telefon:**
Hasta Grubu/Kurumu: Servis: Tarih: **Tarih:**
Dozaj/Bölüm Kayıt No:

Parametreler	Giriş	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	Çıkış
Nabız														
NIBP (mmHg)														
SpO ₂ (%)														

Yapılan Tedaviler	Modifiye Aldrete Skor Sistemi (MASS)		
	Aldirete (Emirler veya serbest hareketler)	Skor	Puan
1-	4- Ekstremiteler	2	2 puan
	2- Ekstremiteler	1	1 puan
	0- Ekstremiteler	0	0 puan
2-	Derin soluk alabilme ve rahat öksürülebme	2	2 puan
	Dispne yüzeyel, sınırlı soluk alıp verme	1	1 puan
	Apneik	0	0 puan
3-	Kan basıncı 20 mmHg preanestezik dönem	2	2 puan
	Kan basıncı +20-30 mmHg preanestezik dönem	1	1 puan
	Kan basıncı +30 mmHg preanestezik dönem	0	0 puan
4-	Tam uyuk	2	2 puan
	Seslenerek uyandırılıyor	1	1 puan
	Yanıt yok	0	0 puan
5-	O ₂ Satürasyonu	> %92	2 puan
	%90 SpO ₂ için O ₂ inhalasyonu gerekli	1	1 puan
	O ₂ desteği ile <%90	0	0 puan
6-	Toplam Skor		

Çıktılarında (<12 yaş) için yaş kan basıncı 2 olarak kabul edilir.

AMELİYATHANEDEN ÇIKIŞ Saat: _____

Oral Kontrolü Damar Yolu Kontrolü Kan ve Kan Ürünleri İdrar Sıvısı CVP Kateteri
 Hasta dikey ile birlikte ayağa kalkabilir hale gelmiştir. Hastanın Yağın Bakım Ünlisi kontrolü vardır.

SPİNAL ANESTEZİ UYGULANAN HASTALARDA SERVİS UYGULAMALARI 1-12 saatte 20 ml veya 20 ml'den fazla kanama yok.
 2-12 saatte 20 ml veya 20 ml'den fazla kanama yok.
 3-12 saatte 20 ml veya 20 ml'den fazla kanama yok.
 4-12 saatte 20 ml veya 20 ml'den fazla kanama yok.

GENEL ANESTEZİ UYGULANAN HASTALARDA SERVİS UYGULAMALARI 1-12 saatte 20 ml veya 20 ml'den fazla kanama yok.
 2-12 saatte 20 ml veya 20 ml'den fazla kanama yok.
 3-12 saatte 20 ml veya 20 ml'den fazla kanama yok.
 4-12 saatte 20 ml veya 20 ml'den fazla kanama yok.

ÇIKIŞ ÖNERİLERİ

Anestezist Talimatları Adı Soyadı-İmza

Anestezist Uzmanı Adı Soyadı-İmza

Yatan ve çıkan hasta dosyası için hasta ve hasta yakınları ile bilgi verilmelidir. Eğitim Alan Servis Memuru Adı Soyadı-İmza

KAN VE KAN ÜRÜNLERİ İSTEM FORMU

Hasta Adı Soyadı: _____ Argiv No: _____ Doğum Tarihi: _____
 T.C. Kimlik No: _____ Kabul/Yatış No: _____ Cinsiyet: _____
 Protokol No: _____ Doktor: _____ Telefon: _____
 GSS Provizyon No: _____ Servis: _____ Tarih: _____
 Hasta Grubu/Kurumu: _____ Dozay/Bölüm Kayıt No: _____

Tanı: _____ Kan Grubu: _____ Rh _____

Kan İstem Gerekçesi: _____
 (Transfüzyon Endikasyonu)

İstem Tarihi: ____/____/____ Planlanan Kullanım Tarihi: ____/____/____ Planlanan Veriliş Süresi: _____

Hasta öyküsünde herhangi biri var mı?

- Son 3 ayda gebelik veya transfüzyon öyküsü : _____
- Deha önce doğum yapıp yapmadığı : _____
- Deha önce gebelik öyküsü : _____
- Deha önce transfüzyon öyküsü : _____
- Transfüzyon reaksiyonu öyküsü : _____
- Antikor tanımlanmış ise tipi ve tarihi : _____
- İlişkili olabilecek diğer öyküler/özel durumlar : _____

İstenen kan/kan ürünü:

- Eritrosit Süspansiyonu : _____ Ünite
- Trombosit Süspansiyonu : _____ Ünite
- Taze Donmuş plazma : _____ Ünite
- Cryopresipitat : _____ Ünite
- Tam Kan : _____ Ünite

Planlanan Kullanım Tarihi : ____/____/____

Hekim
Adı Soyadı-İmza

*Bu form iki nüsha olarak düzenlenip bir nüshası hastanın dosyasına konulacak, ikinci nüsha transfüzyon merkezine verilecektir.

KAN TRANSFÜZYONU TAKİP FORMU

Adı Soyadı: _____ Argiv No: _____ Doğum Tarihi: _____
 T.C. Kimlik No: _____ Kabul/Yatış No: _____ Telefon: _____
 Protokol No: _____ Doktor: _____ Tarih: _____
 GSS Provizyon no: _____ Servis: _____
 Hasta Grubu/Kurumu: _____ Dozay/Bölüm Kayıt No: _____
 Adres: _____

İstenen Kan/Kan Ürünü Bilgileri

Tanı: _____ Kan Grubu: _____ Rh _____ Transfüzyon Öncesi Hb: _____

Kan İstem Gerekçesi: (Transfüzyon Endikasyonu) _____

İstem Tarihi: ____/____/____ Planlanan Kullanım Tarihi: ____/____/____ Planlanan Veriliş Süresi: _____

Transfüzyon İçin İstem Yapılan Hekim
(İl. Başvuru)

Hazırlanan Kan/Kan Ürünü Bilgileri Kontrol ve Doğrulama

Filtreasyon Yapıldı Yapılmadı İyileştirildi Yapıldı Yapılmadı PNB Var Yok
 Hemoliz: Var Yok Renk: Olgun Olgun Değil
 Çapraz karışılabirleştirme testi sonucu Olgun Olgun Değil Yapılmadı
 Kan grubu ve torba no: kontrolü (Kan Torbası ve Cross-match) yapıldı.
 Çapraz karışılabirleştirme testi sonucu ile hasta bilgileri doğrulanarak kan/kan ürünü teslim edilmiştir.
 T. Merkezi/Laboratuvar saat Tarih Alan Hedefi
 Teslim Eden Hekim Tarih Alan Hedefi
 (İl. Başvuru) (İl. Başvuru)

Transfüzyon Öncesi Kan/Kan Ürünü Bilgileri kontrol ve doğrulama

Hastanın kimlik bilgileri doğrulandı (doğru, doğru, ve/veya)
 Planlanan veriliş süresi doğrulandı (____/____/____)
 Kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı doğrulandı
 Çapraz karışılabirleştirme testi sonucu Olgun Olgun Değil Yapılmadı
 Çapraz karışılabirleştirme testi sonucu (hasta ve donörün kan grubu, hasta kimlik bilgileri, kan torba no ve uygunlu) ve kan torbası etiket bilgileri (hasta kimlik bilgileri, torba numarası) doğrulandı.
 Kan Transfüzyonu Önem Formu kontrol edildi.
 1 Hedefi 1 Hedefi
 (İl. Başvuru) (İl. Başvuru)

*Transfüzyon takip

*Her Ünite için ayrı ayrı doldurulacaktır.

Saat	Kan Başvuru (mmHg)	Nabız (1/dk)	Vücut Sıcaklığı (°C)	Solumun Sayısı (1/dk)	Saturasyon (%)	Ağrı Skoru	Hemoglobün Notları-Özet
Transfüzyon Başlangıcı	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Takip Saat	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Takip Saat	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Takip Saat	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Takip Saat	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Takip Saat	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Takip Saat	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Takip Saat	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Takip Saat	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Transfüzyon Bitiş	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Transfüzyon Miktarı Tam Yalıtık _____ ml
 Transfüzyonu Sonunda Kalan Reaksiyon Yok Var
 Transfüzyonu Sonunda Kalan Reaksiyon/Komplikasyon Gözlemlendi:
 > Transfüzyonu **DEVAMLILANMADU** Hasta ve torba etiketleri bilgileri karşılaştırıldı.
 > Doktor haberi alındı. Hastaya yeni bir vial ile NO 9'la değiştirildi.
 > Yalnız kalın torba Transfüzyon Merkezi gönderildi. Kurulup ve hergam bölge ile aynı ve Transfüzyon Merkezi gönderildi.
 Transfüzyon reaksiyonu durumunda, kan grubu kontrolü ve cross-match testleri için "Güvenlik Raporlama Sistemi Bilgi Formu" doldurularak Kalite Birimi'ne bildirilir.