



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Nevşehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
Hastane Yöneticiliği

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu HBH.FR.01	Yayın Tarihi 03.07.2013	Revizyon No 00	Revizyon Tarihi	Sayfa No 1 / 6
---------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------	-------------------

Adı Soyadı:		Yatış Tarihi:/...../20.....
Prot. No:		Yatış Saati::.....
Bölüm:		Çıkış Tarihi:	

Cinsiyeti:	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	Kullandığı Lisan:	
Yaş:		Eğitimi:	
Kilo:		Mesleği:	
Boy:			

Geldiği Yer:	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/>Kliniği <input type="checkbox"/> Diğer.....
--------------	--

Birime Geliş Şekli:	<input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye
---------------------	--

Alerjisi:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Varsa Belirtiniz	<input type="checkbox"/> İlaç <input type="checkbox"/> Yiyecek <input type="checkbox"/> Diğer(belirtiniz).....

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:.....
---------------------	--

Ailesel Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (belirtiniz)
----------------------	---

Geçirilmiş Hastalıklar/ Operasyonlar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (belirtiniz)
---------------------------------------	---

Sürekli Kullandığı	<input type="checkbox"/> Diş Protezi <input type="checkbox"/> Kalp Pili <input type="checkbox"/> Kalp Kapakçığı <input type="checkbox"/> Diğer:.....
--------------------	--

Alışkanlıklar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Varsa Belirtiniz	<input type="checkbox"/> Sigara.....adet/ paket/ gün.....yıl <input type="checkbox"/> Alkol.....sıklığı/ miktaryıl <input type="checkbox"/> Madde.....sıklığı/ miktar.....yıl <input type="checkbox"/> Diğer:.....

Kan Grubu:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O - <input type="checkbox"/> Rh (+) <input type="checkbox"/> Rh (-)
Daha önce kan transfüzyonu uygulandı mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Evet ise Reaksiyon gelişti mi?:	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (açıklayınız).....



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Nevşehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
Hastane Yöneticiliği
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu HBH.FR.01	Yayın Tarihi 03.07.2013	Revizyon No 00	Revizyon Tarihi	Sayfa No 2 / 6
---------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------	-------------------

Tıbbi Ön Tanı:

Gerektiğinde iletişim kurulabilecek kişinin

Adı – Soyadı:

Yakınlık derecesi:

Telefon:

Ev:

Cep:

Adres:

GÜVENLİ ÇEVREYİ SAĞLAMA

TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

<input type="checkbox"/> Hasta bilekliği takıldı	O ₂ sistemi	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Hastaya servis tanıtıldı	Pencereler	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Hasta odası tanıtıldı	Yatak frenleri	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Yatak kenarlıkları yukarıda			
<input type="checkbox"/> Yatak başı düzeni sağlandı	Refakatçi gereksinimi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var

NOT: ‘YÖN.FR.024 DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME ve İZLEME FORMU (HENDRİC II)’ NA GÖRE HASTANIN DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRİLMESİNİ YAPINIZ.

BASI YARASI RİSKİNİ ÖLÇME (Norton/Braden Bası Skalası)

Fiziksel Durum	Puan	Mental Durum	Puan	Aktivite	Puan	Mobilite	Puan	İnkontinans	Puan	Toplam
İyi	4	Açık	4	Yürüyor	4	Tam	4	Yok	4	
Orta	3	Apatik	3	Yardımla yürüyor	3	Hafif kısıtlı	3	Bazen	3	
Zayıf	2	Konfüze	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok kısıtlı	2	Genellikle idrar	2	
Çok kötü	1	Stupor	1	Stupor	1	İmmobil	1	İdrar ve gaita	1	

TOPLAM PUAN

RİSK ÖLÇÜMÜ

PUANLAMA

YAPILMASI GEREKEN FAALİYET

Risk YOK

12 ve ↑

Haftada bir kez bası yarası riskini yeniden ölç. Dekübit (Bası) Yarası Enfeksiyonlarını Önleme ve Bakım Talimatı **ENF.TL.012** uygula.

YÜKSEK risk

1-11

Her gün bası yarası riskini yeniden ölç. Dekübit (Bası) Yarası Enfeksiyonlarını Önleme ve Bakım Talimatı **ENF.TL.012** uygula.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Nevşehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
Hastane Yöneticiliği

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu HBH.FR.01	Yayın Tarihi 03.07.2013	Revizyon No 00	Revizyon Tarihi	Sayfa No 3 /6
---------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------	------------------

KISITLAMA İHTİYACI

Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?

Hayır Evet

(Evet ise **HAREKET KISITLAMA PROSEDÜRÜ YÖN.PR.014** uygulanır.)

İZOLASYON

İhtiyaç var mı?

Var Yok

Varsa

İzolasyon Şekli

Temas Sıkı Temas Damlacık Solunum
 Diğer(belirtiniz).....

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR

1)	5)
2)	6)
3)	7)
4)	8)

HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ/ MALZEME

İlaç/ Malzemenin Adı	İlaç/ Malzemenin Miadı	İlaç/ Malzemenin Miktarı	İlaç/ Malzemeyi Teslim Eden imza	İlaç/ Malzemeyi Teslim Alan İmza

*Elimdeki tüm ilaçları teslim ettiğimi beyan eder aksi haldeki her türlü sorumluluğun şahsıma ait olduğunu taahhüt ederim.

Adı :

Soyadı :

İmza :

İŞİTME/KONUŞMA	GÖRME	DUYGUSAL/PSİKOLOJİK
<input type="checkbox"/> Konuşabiliyor <input type="checkbox"/> Konuşamıyor <input type="checkbox"/> Duyuyor <input type="checkbox"/> Az Duyuyor <input type="checkbox"/> Duymuyor <input type="checkbox"/> İşitme Cihazı <input type="checkbox"/> Diğer(belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Görüyor <input type="checkbox"/> Görmüyor <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Şaşılık <input type="checkbox"/> Lens <input type="checkbox"/> Protez Göz <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Diğer(belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Sorun yok <input type="checkbox"/> Sedasyon <input type="checkbox"/> Endişeli <input type="checkbox"/> Ajite <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz).....



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Nevşehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
Hastane Yöneticiliği

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu HBH.FR.01	Yayın Tarihi 03.07.2013	Revizyon No 00	Revizyon Tarihi	Sayfa No 4 / 6
---------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------	-------------------

KARDİYO VASKÜLER	SOLUNUM
<input type="checkbox"/> Sorun Var <input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Senkop <input type="checkbox"/> Çarpıntı <input type="checkbox"/> Pretibial Ödem <input type="checkbox"/> Varis <input type="checkbox"/> Diğer(belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Sorun Var <input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Hemoptizi <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Hırıltılı <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Balgam (belirtiniz)..... <input type="checkbox"/> Öksürme(belirtiniz)..... <input type="checkbox"/> Solunum Güçlüğü(belirtiniz)..... <input type="checkbox"/> Yardımcı Solunum Araçları (belirtiniz).....

ÜRİNER	GASTROİNTESTİNAL
<input type="checkbox"/> Sorun Var <input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Disüri <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz).....	<input type="checkbox"/> Sorun Var <input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Ağız kokusu <input type="checkbox"/> Hematemez <input type="checkbox"/> Hemoroid <input type="checkbox"/> İshal: günde.....kez <input type="checkbox"/> Konstipasyon günde.....kez <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz).....

BESLENME	
<input type="checkbox"/> Kendisi besleniyor	<input type="checkbox"/> Yardıma gereksinimi var <input type="checkbox"/> Yemek seçiyor(belirtiniz).....
İştah: <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Bulantı/Kusma <input type="checkbox"/> Diğer(belirtiniz)	
Beslenme Şekli : <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> I V. <input type="checkbox"/> NG. <input type="checkbox"/> Diğer(belirtiniz)	
Son altı ayda istemsiz kilo kaybı var mı?: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (açıklayınız).....	

VÜCUT SICAKLIĞI	
Özel giyinme tercihi	Özel örtünme alışkanlığı
<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Açıklayınız).....	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Açıklayınız).....



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Nevşehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
Hastane Yöneticiliği

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu
HBH.FR.01

Yayın Tarihi
03.07.2013

Revizyon No
00

Revizyon Tarihi

Sayfa No
5 / 6

UYKU

Günde.....saat uyur

- Düzenli
 Düzensiz
 Uyuma Güçlüğü
 Uyumasını kolaylaştıran uygulamalar

.....
.....

HAREKETLİLİK

- Sorun Yok
 İmmobil
 Kısıtlama Altında
 Dengesizlik, kuvvetsizlik
 Paralizi
 Hemipleji
 Felç
 Baston
 Yürüteç
 Protez
 Değnek

KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME

CİLT

- Sorun Yok
 Soluk
 Nemli
 Kuru
 Kızarıklık
 Kaşıntı
 Döküntü
 Peteşi
 Ekimoz

- Ödemli(belirtiniz).....
 Yara(belirtiniz).....
 Bası yarası (belirtiniz).....

AĞIZ/DİL

- Sorun Yok
 Aft
 Moniliyazis(pamukçuk)
 Pashı dil
 Diş çürüğü
 Ağız kokusu
 Diğer(belirtiniz).....

ÇALIŞMA VE EĞLENCE

Okuma Alışkanlığı:.....
Radyo/ TV :.....
Diğer(belirtiniz) :.....

ÖLÜM

Ölüm korkusu veya ölümle ilgili konuşuyor. Hayır Evet

Özel dini/kültürel gereksinimleri:.....



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Nevşehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
Hastane Yöneticiliği
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman Kodu HBH.FR.01	Yayın Tarihi 03.07.2013	Revizyon No 00	Revizyon Tarihi	Sayfa No 6 /6
---------------------------	----------------------------	-------------------	-----------------	------------------

TABURCULUK EGITIMI

Taburculuk esnasında yardıma ihtiyacı var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz).....
Taburculuk sonrası mevcut yaşam koşulları	<input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Anne/Baba <input type="checkbox"/> Akraba <input type="checkbox"/> Arkadaş <input type="checkbox"/> Bakımevi
Taburculuk esnasında görüşülmesi gereken başka birim var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> *Evet (belirtiniz).....
Evde Bakım İhtiyacı var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> *Evet (belirtiniz).....
Taburcu desteği İhtiyacı var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> *Evet
Evet, ise taburcu desteği	<input type="checkbox"/> *Ev bakıcısı <input type="checkbox"/> *Ekonomik destek <input type="checkbox"/> *Ulaşım <input type="checkbox"/> *Araç- gereç ihtiyacı

*Gereksinim saptanan konu ile ilgilikişi ile
Tarih.....saatte görüşüldü. (alt bölüm sadece psikiyatrik destek gereksinimi olan hastalar için doldurulur)

***Görüşme Sonucu:**

**Görüşmeyi Yapan Personel
Kaşe İmza**

**BİLGİLENDİRME YAPILAN
HASTA/HASTA YAKINI
(Adı Soyadı/ imza)
Tarih/saat**

**FORMU DOLDURAN HEMŞİRE
(Adı Soyadı/imza)
Tarih /saat**

...../...../20...

...../...../20...