

İLK VE ACİL YARDIM ÖĞRENCİLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME  
FORMU

Adı Soyadı:	Yatış Tarihi:	...../...../20.....
Protk. 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"/> Sedyeye <input type="checkbox"/> Tekerlikli sandalye
---------------------	--

Allerjisi:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
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/ miktar .....yıl
	<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
Evetse Reaksiyon gelişti mi?:	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (açıklayınız).....

Ön Tıbbi 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 <sub>2</sub> 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	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Refakatçi gereksinimi

## DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (HENDRİCH II)

Konfüzyon / Dezoryantasyon	<input type="checkbox"/> 4 puan
Semptomatik Depresyon	<input type="checkbox"/> 2 puan
Boşaltım İhtiyacında Sorun	<input type="checkbox"/> 1 puan
Baş Dönmesi	<input type="checkbox"/> 1 puan
Cinsiyet (erkek)	<input type="checkbox"/> 1 puan
<b>Antiepileptik Grubu İlaç Kullanımı</b> (Karbamezepin, Tegretol, Phenytoin, Eptantoin, Valporik Asit, Depakin, Pimidon, Mysoline, Lamotrigin, Lamictal, Phenobarbital, Luminal, Exhosuximid, Petimid)	<input type="checkbox"/> 2 puan
<b>Benzodiazepin Grubu İlaç Kullanımı</b> (Alprazolam, Xanax, Buspiran, Buston, Chlordiazepoxid, Librium, Clonazepam, Rivotril, Clorazepatdipotasyum, Tranxilane, Diazepam, Diazem, Lorazepam, Rivotril, Midazolam, Dormicum, Oxazepam, Serapax)	<input type="checkbox"/> 1 puan

## TOPLAM PUAN

RİSK ÖLÇÜMÜ	PUANLAMA	YAPILMASI GEREKEN FAALİYET
Risk YOK	0-4	Haftada bir kez düşme riskini yeniden değerlendir.
YÜKSEK risk	5 ve ↑	Her gün düşme riskini yeniden değerlendir + Düşme olaylarını önleme ve İzleme Prosedürü uygula.

## BAS YARASI RİSKİNİ ÖLÇME (Norton Bası Skalası)

Fiziksel Durum	Pu an	Mental Durum	Pu an	Aktivite	Pu an	Mobilite	Pu an	İnkontinans	Pu an	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 + Bası Yarası Oluşumunu Önleme Talimatını uygula.
YÜKSEK risk	1-11	Her gün bası yarası riskini yeniden ölç + Bası Yarası Pansumanı ve Bakımı Talimatını uygula.

KISITLAMA İHTİYACI		
Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	(Evet ise Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü uygulanır.)

İZOLASYON	
Ihtiyaç var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Varsa İzolasyon Şekli	<input type="checkbox"/> Temas <input type="checkbox"/> Sıkı Temas <input type="checkbox"/> Damlacık <input type="checkbox"/> Solunum <input type="checkbox"/> Diğer(belirtiniz).....

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR	
1)	4)
2)	5)
3)	6)

HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ/ MALZEME				
İlaç/ Malzemenin Adı	İlaç/ Malzemenin Miadı	İlaç/ Malzemenin Miktarı	İlaç/ Malzemeyi Teslim Eden imza	İlaç/ Malzemeyi Teslim Alan İmza

İLETİŞİM		
<b>İŞİTME/KONUŞMA</b>	<b>GÖRME</b>	<b>DUYGUSAL/PSİKOLOJİK</b>
<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).....

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

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

UYKU	HAREKETLİLİK
Günde.....saat uyur	<input type="checkbox"/> Sorun Yok
<input type="checkbox"/> Düzenli	<input type="checkbox"/> Immobil
<input type="checkbox"/> Düzensiz	<input type="checkbox"/> Kısıtlama Altında
<input type="checkbox"/> Uyuma Güçlüğü	<input type="checkbox"/> Dengesizlik, kuvvetsizlik
<input type="checkbox"/> Uyumasını kolaylaştıran uygulamalar	<input type="checkbox"/> Paralizi
(.....)	<input type="checkbox"/> Hemipleji
.....	<input type="checkbox"/> Felç
.....	<input type="checkbox"/> Baston
.....	<input type="checkbox"/> Yürüteç
.....	<input type="checkbox"/> Protez
.....	<input type="checkbox"/> Değnek

KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME	
CİLT	AĞIZ/DİL
<input type="checkbox"/> Sorun Yok	<input type="checkbox"/> Sorun Yok
<input type="checkbox"/> Soluk	<input type="checkbox"/> Aft
<input type="checkbox"/> Nemli	<input type="checkbox"/> Monilya
<input type="checkbox"/> Kuru	<input type="checkbox"/> Pashı dil
<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Diş çürüğü
<input type="checkbox"/> Kaşıntı	<input type="checkbox"/> Ağız kokusu
<input type="checkbox"/> Döküntü	<input type="checkbox"/> Diğer(belirtiniz).....
<input type="checkbox"/> Peteşi	
<input type="checkbox"/> Ekimoz	
<input type="checkbox"/> Ödemli (belirtiniz).....	
<input type="checkbox"/> Yara (belirtiniz).....	
<input type="checkbox"/> Bası yarası (belirtiniz).....	

ÇALIŞMA VE EĞLENCE	
Okuma Alışkanlığı:.....	
Radyo/ TV :.....	
Diğer(belirtiniz) :.....	

CİNSELLİĞİ İFADE ETME	
Cinsel sorun ifade <input type="checkbox"/> Etmiyor <input type="checkbox"/> Ediyor (belirtiniz).....	
Diğer(belirtiniz):	
Genel Görünüm kimliği ile uyumlu: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
<input type="checkbox"/> Diğer(belirtiniz).....	

ÖLÜM	
Ölüm korkusu veya ölümle ilgili konuşuyor. <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Özel dini/kültürel gereksinimleri:.....	

**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 görüşmesi gereken 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 ilgili sosyal servis biriminden .....kişi ile .....tarih.....saatte görüşüldü.	

**GÖRÜŞMEYİ YAPAN ÖĞRENCİ**

(Adı Soyadı/imza)

Tarih /saat

...../...../2.....