

S.D.Ü. ISPARTA SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ BÖLÜMÜ YAŞLI BAKIMI PROGRAMI
YAŞLI BAKIM MESLEKİ EĞİTİM DERSİ
HASTA TANILAMA FORMU

Tarih:

A. DEMOGRAFİK VERİLER			
Klinik:			
Hastanın Adı Soyadı:		Hastaneye Kabul Tarihi:	
Doğum Tarihi:	Yaşı:	Medeni Hali:	Çocuk Sayısı:
Eğitim Durumu:		Mesleği:	
Adres:			
Birinci Dereceden Yakınının Adı Soyadı:		Tel No: Yakınlık Derecesi:	
Adresi:			
Hastaneye Kabul Şekli:	☐ Acil	☐ Tetkik	☐ Tıbbi Tedavi
	☐ Cerrahi Tedavi		☐ Rehabilitasyon
Tıbbi Tanısı:			
B.TIBBİ ANAMNEZİ			
Hastanın Yakınması:			
.....			
Kronik Hastalıklar : ☐ DM ☐ HT ☐ KOAH ☐ Kalp Yetmezliği ☐ KBY ☐ Diğer.....			
Sürekli Kullandığı İlaçlar:			
.....			
Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? Nereye?			
.....			
Geçirilmiş Hastalık / Operasyon:			
.....			
Protezler : ☐ Diş ☐ Gözlük ☐ Lens ☐ İşitme Cihazı ☐ Diğer.....			
Alerjisi: ☐ Var ☐ Yok			
☐ İlaç ☐ Yiyecek ☐ Diğer.....			
Alışkanlıkları			
☐ Var ☐ Yok		☐ Var ☐ Yok	
☐ Düzenli Egzersiz Yapma		☐ Sigara..... adet/paket/günyıl	
☐ Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma		☐ Alkoladet/paket/günyıl	
☐ Düzenli ve Dengeli Beslenme		☐ Maddeadet/paket/günyıl	
☐ Stresle Baş edebilme		☐ Diğer.....	
☐ Olumlu Kişiler Arası İlişkiler			
☐ Diğer			

C. HASTANIN SERVİSE ORYANTASYONU

☐ Yemek Saati ☐ Hemşire – Hekim Odası ☐ Ziyaret saati
☐ Telefon ☐ Refakatçi ☐ Tuvalet

D.YAŞAM BULGULARI

A:.....°C N:...../dk. Ritmi:..... S:...../dk. TA:.....mmHg. Kan Grubu:.....

Daha Önce Kan Transfüzyonu: ☐ Evet ☐ Hayır Reaksiyon: ☐ Evet ☐ Hayır

Bilgi Alınan Kaynak:**Öğrenci Adı Soyadı:****BAKIM PLANI NOTU:** ☐A+ ☐A ☐B+ ☐B C+ ☐C ☐D ☐E ☐F**Değerlendirmeyi Yapan Öğretim Elemanı:****YAPILAN TETKİKLER-LABORATUAR -TANI YÖNTEMLERİ VE SONUÇLARI**

HEMATOLOJİ					BİYOKİMYA			
Tarih	Tetkik	Sonuç	Normal Değer Aralığı	Birim	Tetkik	Sonuç	Normal Değer Aralığı	Birim
	WBC		4.6-10.2	Bin/mm ³	Glukoz		70-110	mg/dL
	NEU%		37-80	%	Ürik Asit		2.6 – 6.0	mg/dl
	NEU		2-6.9	K/uL	BUN		7-20	mg/dL
	LYM%		10-50	%	Kreatinin		0.6-1.3	mg/dL
	LYM		0.6-3.4	K/uL	Kolesterol		0-200	mg/dL
	MONO%		0-12	%	HDL		35-60	mg/dL
	MONO		0-0.9	K/uL	LDL		35-165	mg/dl
	EOS%		0-7	%	Trigliserid		30-150	mg/dL
	EOS		0-0,7	K/uL	A. Fosfataz		50-136	U/L
	BASO%		0-2.5	%	AST		0-37	U/L
	BASO		0-0.2	K/uL	ALT		0-65	U/L
	RBC		4.04-5.48	Milyon/mm ³	LDH		100-190	U/L
	HGB		12.2-16.2	g/dl	GGT		5-85	U/L
	HCT		42-52 (erkek); 36-46 (kadın)	%	T. Protein		6.4-8.2	g/dL
	MCV		80-97	fL	Albumin		3.4-5	g/dL
	MCH		27-31.2	pg	Total Bil.		0-1.1	mg/dL
	MCHC		31.8-35.4	g/dL	Direkt Bil.		0-0.3	mg/dL
	RDW		11.6-30	%	İndirekt Bil.		0-0.7	mg/dL
	PLT		142-424	K/uL	CK		0-232	U/L
	MPV		7-11.1	fL	CKMB		0-20	U/L
	PCT		0.10-0.41	-	Kalsiyum		8.5-10.3	mg/dL
	PDW		10-30	-	Fosfor		2.5-4.9	mg/dL

	HbA1c		% 4-6	g/dl	Urik Asit		2.6-7.2	mg/dL
	CRP		0.00 – 8.20	mg/L	Sodyum		136-145	mmol/L
	ASO		0.00 – 200.00	IU/ml	Potasyum		3.5-5.1	mmol/L
DİĞER					Klor		98-107	mmol/L
DİĞER					DİĞER			

Hastaya ait olan verileri yanlarına ↓, N veya ↑ işaretlerini kullanmak suretiyle değerlendiriniz.

İDRAR						
Tarih	Tetkik	Sonuç	N. Değer	Tetkik	Sonuç	N. Değer
	Dansite		1010-1020	Eritrosit		1-2
	Glikoz		Negatif	Lökosit		1-2
	Albumin		Negatif	Epitel		3-4
	Mikro. O. Üreme		Negatif	pH		5-7
	Renk		Kehribar	Protein		Negatif
DİĞER						

TEDAVİSİ

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

Hastanızın Tedavisinde Kullanılan İlaçlar İle ilgili Bilgileri Yazınız

İlaç	İlacın Grubu	Etken Maddesi	İstenen Etkisi	Yan Etkisi-Ya da Önemli Yönü

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE TANILAMA

1.Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması

- ☐ Düşme Öyküsü Var ☐ Yardımla Yürüme ☐ 65 Yaş Üzeri ☐ Görme Problemi
☐ Ortostatik Hipotansiyon ☐ Hipotansiyon ☐ Hipertansiyon ☐ Sedatif Kullanımı
☐ Kas Zayıflığı/Dengesizliği ☐ Baş Dönmesi/baygınlık ☐ Konfüzyon ☐ Desoryantasyon
☐ Halsizlik ☐ IV Kateter ☐ Cavafix/santral kateter ☐ Kortikosteroid kullanımı
☐ Aspirin/Antikoagülan kullanımı ☐ Yatak kenarlıklarının kullanımı

2. İletişim

- ☐ Yer, Zaman, Kişiyeye Oryante, Yanıtlar Uygun Ve İletişim Yeterli ☐ Laterjik ☐ Konfüze
☐ Disoryante ☐ Afazik ☐ Konuşma Güçlüğü ☐ Ajite ☐ Depresif ☐ Anksiyete
☐ İçer Dönük ☐ İşitme Sorunu ☐ Korku ☐ Yalnızlık ☐ Stres

Stresle Başetme Yöntemleri.....

3. Solunum

Solunum Hızı:.....Derinliği:.....Akciğer Sesleri:..... ☐ Dispne ☐ Öksürük
☐ Sekresyon ☐ Hemoptizi ☐ Ortopne ☐ Trakeostomi ☐ Hıçkırık ☐ Aralıklı Apne
☐ Diğer.....

4. Beslenme

Boy:..... Kilo: BKİ:
Genel Beslenme Alışkanlıkları:.....
Hoşlanmadığı Besinler: **Oral Sıvı Alımı/24h:**
Oral Alımı (sıvıdan katıya R1, R2, R3 (N), Diyet):.....

Oral mukozayı tanılama (0 Normal - 3 çok kötü)..... ☐ Diş ve Diş Eti Problemleri
☐ Ağız Kokusu (holitazis) ☐ Anorexia (yememe) ☐ Yutma Güçlüğü (disfaji) ☐ Bulantı
☐ Kusma ☐ N/GTüp ☐ Kilo Kaybı ☐ TPN ☐ Distansiyon (şişkinlik)
☐ Kaşeksi ☐ Obesite ☐ Hematemez ☐ Gaz Çıkımı
Bağırsak sesleri:...../dk Diğer:.....

5. Boşaltım

Önceki Defekasyon Alışkanlığı: En Son Defekasyona Çıktığı Gün.....
☐ Hemoroid ☐ Parazit ☐ Fekal İnkontinans ☐ Ostomi ☐ Melen
☐ Konstipasyon ☐ Diyare ☐ Diğer.....
İdrar yapma alışkanlığı 24 saat/ kaç kez:..... Yaklaşık miktarı: İdrar
Rengi:..... ☐ İdrar Retansiyonu ☐ Dizüri ☐ Noktüri ☐ Anüri ☐ Oligüri
☐ Pollaküri ☐ Poliüri ☐ Hematüri ☐ İdrar İnkontinansı ☐ Foley Kateter ☐ Diyaliz
Diğer:.....

6. Kişisel Temizlik ve Giyim

Kişisel hijyen ve giyinmede bağımsızlığı..... Vücut ve Giyim Hijyeni
Saçlı deri (dökülme vb.):..... Banyo Yapma Durumu:.....
(Göz, Kulak, Burun, Ağız, Boyun) Akıntı..... Kirlilik..... Kanama.....
☐ Ter kokusu ☐ Kuruluk ☐ Siyanoz ☐ İkterik ☐ Fotosensivite
☐ Ciltte Ülserasyon ☐ Dekibütüs (Bası Yarası) ☐ Kaşıntı ☐ Kızarıklık
☐ Deskuamasyon ☐ Extravazasyon ☐ Varis ☐ Ödem (+, ++, +++, +++)
Periferal Nabızlar:..... Kapiller Dolum:..... ☐ Bradikardi

☐ Taşikardi.....Diğer.....

7. Beden Isısının Kontrolü

☐ Çevre Isısına uygun Giyim ☐ Hipotermi ☐ Hipertermi ☐ Soğuğa İntolerans ☐
Sıcağa İntolerans ☐ Terleme ☐ Titreme

8. Hareket

Kas Gücü ve gelişimi:..... ☐ Deformite ☐ Kaslarda Zayıflık ☐ Paralizi
☐ Parapleji ☐ Hemipleji ☐ Amputasyon ☐ Kırık ☐ Kontraktür ☐ İmmobilité
☐ Kullandığı Yardımcı Araçlar Diğer:.....

9. Çalışma ve Eğlence

Çalışma Durumu..... Gelir Durumu.....
Boş Zamanlarını Değerlendirme..... İş Ortamı ve Koşulları.....
Hobileri..... Diğer:.....

10. Cinselliği İfade Etme

Beden İmajı..... Cinsiyete Uygun Giyim.....
Perineal Hijyen Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu):

11. Uyku

Uyku Saatleri:.....İstirahat Süresi:.....☐ Uykuya Dalmada Güçlük
Uyku İçin Yardımcı Girişimler:.....
☐ Uykuya Eğilim ☐ Horlama ☐ Uyku İlacına Bağımlılık Diğer:.....

12. Ölüm (Gerekli ise doldurunuz)

Yaşam ve Ölüm İle İlgili İnançlar:.....
☐ Şok ☐ İnkâr ☐ Kızgınlık ☐ Pazarlık ☐ Depresyon ☐ Kabullenme
Birey Ve Ailesinin/Yakınlarının/Arkadaşlarının Bilgi Gereksinimleri:.....
Spiritüel Gereksinim:.....Ailenin Desteklenmesi:.....
Diğer:.....

Hastanın ve Ailenin Bilgi Gereksinimleri: (Başlıklar Halinde)

-	-
-	-
-	-
-	-

AĞRI TANILAMA FORMU

Aşağıdaki çizgide “0” noktası hiç ağrının olmadığını göstermektedir. Ağrı şiddeti 0 noktasından 10 noktasına doğru artmaktadır. “10” noktası ise dayanılamayacak şiddetteki ağrıyı göstermektedir.

Lütfen **şu anki ağrı şiddetinizi** aşağıdaki çizgi üzerine koyacağınız bir nokta ile belirtiniz.

0 ● ————— ● 10

AĞRI YOK

ÇOK ŞİDDETLİ AĞRI VAR

Ağrının yeri:.....

AĞRI DEĞERLENDİRME

0-1,4 cm ağrı yok; **1,5-3,4 cm** hafif ağrı; **2,4-5,4 cm** rahatsız edici ağrı;
5,5-7,4 cm şiddetli ağrı; **7,5-9,4 cm** çok şiddetli ağrı; **9,5-10 cm** dayanılmaz ağrı.

BASI YARALARI RİSK TANILAMA

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

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

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

SIVI İZLEM ÇİZELGESİ

Hastanın Adı Soyadı:

Klinik:

Dakika damla sayısı: $\frac{\text{Total Mayi} \times 20}{60 \times \text{saat}}$

Saatte Gidecek cc Miktarı: **Total Mayi**
Saat

[illegible]

TARİH .../.../2014	SIVI DENGESİ İZLEME FORMU (Gerekli ise kullanınız ve ekleyiniz)									
SAAT	ALDIĞI			ÇIKARDIĞI						
	DAMAR YOLU	ORAL	NGT	İDRAR	NGT	GÖĞÜS T	DREN	KUSMA	DIŞKI	İMZA
08 - 16 : 00										
16:00-24:00										
24 : 00 - 08										
TOPLAM										

BALANS:.....(Normal değer: +,-1000 cc)

TARİH .../.../2014	SIVI DENGESİ İZLEME FORMU (Gerekli ise kullanınız ve ekleyiniz)									
SAAT	ALDIĞI			ÇIKARDIĞI						
	DAMAR YOLU	ORAL	NGT	İDRAR	NGT	GÖĞÜS T	DREN	KUSMA	DIŞKI	İMZA
08-16:00										
16:00-24:00										
24:00-08										
TOPLAM										

BALANS:.....(Normal değer: +,-1000 cc)

Hastanın Adı Soyadı:

Klinik:

Oda No:

YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ TANILARI : MEVCUT (M), POTANSİYEL (P)

	/...../.....			/...../.....		
GYA	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER (Belirti ve Bulgular)	ETYOLOJİ (Sebep)	TANISI	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER (Belirti ve Bulgular)	ETYOLOJİ (Sebep)	TANISI
GÜVENLİ ÇEVRE NİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ						
İLETİŞİM						
SOLUNUM						

BESLENME						
BOŞALTIM						
KİŞİSEL HİJYEN VE GİYİM						
BEDEN SICAKLIĞININ KONTROLÜ						
HAREKET						
ÇALIŞMA VE EĞLENCE						
CİNSELLİĞİ İFADE ETME						
UYKU						
ÖLÜM						

Öğrencinin Adı Soyadı:

BAKIM PLANI HAZIRLANIRKEN DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

1. Veri toplama aşamasında dikkatli olunmalı hastanın tüm problemlerini kapsayan ayrıntılı veri toplama yapılmalıdır.
2. Veriler toplanırken belirlenen problemlerin tamamına bakım planının “hasta tanıları” bölümünde mutlaka yer verilmelidir.
3. Laboratuvar verilerinin normal olanları da dahil olmak üzere hepsi yazılmalı, değerler analiz edilerek gerekli tanımlar oluşturulmalıdır.
4. Hastanın ilaçlarının tümü ayrıntılı olarak incelenmelidir.
5. Hasta tanılarını, NANDA da ifade edilen şekliyle ve mutlaka semptom ve etiyolojisi ile birlikte yazınız.

6. Bakım planlarında ortak bir dil kullanılması gerektiğinden, AMAÇ bölümünde mek-mak eklerini kullanınız.
7. Amacınızı yazarken, genel olarak tanıda belirtilen problemi ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek anlamına gelen basit ve net ifadeler kullanınız.
8. Planlanan girişimler bölümüne henüz plan aşamasındaki bilgilerinizi yazmanız gerektiğinden ifadeler ecek-acak eki ile bitirilmelidir. Bu bölüm hastaya özel olarak bireyselleştirilmelidir. Kitaplarda yer alan bakım planı örneklerinden faydalanılmalı ancak sadece bakım verdiğiniz hastada var olan gerçek durumlara yönelik çözüm önerilerine yer verilmelidir. Bu bölüm mümkün olduğunca ayrıntılı olarak hazırlanmalıdır.
9. İfadeler somut olmalı öneriler açıkça yazılmalıdır. Örneğin bol sıvı alınması ifadesinde “bol” un ne kadar olduğu açıkça belirtilmelidir. Sık sık ağız bakımı verilecek ifadesinde ne kadar sık olduğu belli değildir. 2x1 denilebilir. Uygun pozisyon verilecek ifadesinde hangi pozisyonun uygun olduğu bilinmemektedir. Diğer bir örnekte “hastaya lifli gıdalar önerilecek” ifadesinde bunların neler olduğu belli değildir. Hastalara yapılacak önerilerde herkesin anlayabileceği ifadelerden yararlanılmalıdır. Örneğin “2000 cc sıvı alımı önerilecek” ifadesinde “cc” herkesçe anlaşılamayabilir. En iyisi bardak hesabı ile belirtilmesidir.
10. Uygulama basamağında; planlanan uygulama yapılabildi ise +, yapılamadı ise – işareti her madde için işaretlenmelidir.
11. Değerlendirme basamağında “Tanı ile ilgili son durum nedir? Hastanın son durumunu ortaya koyan objektif veriler nelerdir? Sorularına yanıt verilmelidir.

YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ HASTA BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

KLİNİK:

ODA/YATAK NO:

ÖĞRENCİ ADI SOYADI:

TARİH	HASTA TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Girişimler (-ecek/acak)		

YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ HASTA BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

KLİNİK:

ODA/YATAK NO:

ÖĞRENCİ ADI SOYADI:

TARİH	HASTA TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (Sebebi)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Girişimler (-ecek/acak)		

YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ HASTA BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

KLİNİK:

ODA/YATAK NO:

ÖĞRENCİ ADI SOYADI:

TARİH	HASTA TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (Sebebi)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Girişimler (-ecek/acak)		