



T.C.  
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİNDE BAKIM  
KLİNİK UYGULAMA REHBERİ

Doküman No: RH.07 İlk Yayın Tarihi: 15.6.2024 Revizyon Tarihi: Revizyon No: Sayfa No: 15

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİNDE BAKIM  
KLİNİK UYGULAMA REHBERİ

ÖĞRENCİ AD SOYAD:

KLİNİK UYGULAMA YAPTIĞI BÖLÜM:

BOLU

## KLİNİK/SAHA UYGULAMALARINA İLİŞKİN UYULMASI GEREKEN GENEL KURALLAR

### Öğrenci:

1. Uygulamaya çıktıkları kurumların kurallarına uymakla yükümlüdür.
2. Uygulamaya çıktıkları kurumlar tarafından istenen belgeleri zamanında tamamlayıp teslim etmekle yükümlüdür.
3. Sorumlu/klinik hemşirenin bilgisi ve gözetiminde uygulama yapabilir.
4. Delici-Kesici Alet Yaralanması durumunda kurumda yetkiliye haber vermek ile sorumludur.
5. Uygulama saatlerinde misafir kabul edemez.
6. Uygulama saatleri dışında öğrenci olarak hastanede bulunamaz.
7. Uygulama sırasında görüntü ve ses kaydı alamaz.\*
8. Edindiği hasta ve kurum/hastane bilgilerini eğitim dışında hiçbir platformda (asansör, kantin, ulaşım araçları, telefon, internet, sosyal medya vb.) kullanamaz ve açıklayamaz.\*
9. Hiçbir belge, araç ve gereci klinik/kurum dışına çıkaramaz.
10. Hastane/Kurum içinde ve çevresinde tütün ve alkol vb. tüketemez.\*\*
11. Giriş ve çıkış imzalarını/sisteme girişlerini uygulama yaptığı kurumun belirlediği yerde ve zamanında atmak zorundadır.
12. Bir başkasının yerine imza atamaz /giriş yapamaz ve kendi yerine başkasına imza attıramaz.
13. Uygulama saatleri içerisinde sorumlu/hemşirenin ve öğretim elemanının bilgisi olmadan kliniği/kurumu terk edemez.
14. Uygulamaya geç kalmasını ya da uygulama alanından erken ayrılmasını gerektiren olağanüstü bir durum yaşadığında sorumluya/hemşireye ve öğretim elemanına bilgi vermek zorundadır.
15. Uygulamasına ilişkin ders değerlendirmesinin yapılabilmesi için BAİBÜ eğitim-öğretim lisans yönetmeliğine göre uygulamanın %80'ine devam etmek zorundadır. Raporlu olduğu günler devamsızlığa dahildir.
16. Uygulamanın bütünlüğü açısından günü bölerek devamsızlık yapamaz.
17. Klinik/saha uygulaması boyunca öğrenci kimlik kartını görünür biçimde üzerinde taşımak zorundadır.
18. Öğrencilerin forması alt lacivert, üst beyaz olup yaka ve ceplerde üniversitemizin renkleri biye olarak işlenmiş olmalıdır. Üst forma cebinde üniversitenin amblemi ve öğrencinin adı-soyadı yer almalıdır. Forma üstüne ihtiyaç halinde sadece lacivert/beyaz hırka giyilebilir, ayakkabı olarak sadece beyaz/lacivert spor ayakkabı olması gerekmektedir. Üst formanın içine uzun kollu tişört/body giyilmemelidir. Kişisel hijyenine özen göstermelidir. Öğrencilerin saçları toplu olmalı ve koyu renk makyaj/oje olmamalı, tırnaklar kısa olmalı, saat ve alyans dışında takı ve piercing olmamalıdır. Eşarp kullanan öğrenciler beyaz/lacivert renk kullanmalı ve şal formunda olmamalıdır. Erkek öğrenciler sakalsız/kirli sakal olmalıdır. **Belirtilen forma bütünlüğüne ve görünümüne uyulmadığı takdirde öğrenci uygulamaya alınmayacaktır.**
19. Öğrenciler uygulama formasıyla hastane/kurum dışına çıkamaz.

\*Türk Ceza Kanunu Madde 135 ve 136 (Okuyunuz.)

\*\*27(05/2008 tarih ve 26888 Sayılı Resmi Gazete (Okuyunuz.)

<b>Sosyo-Demografik Özellikleri</b>				
Hastanın Adı-Soyadı	: .....			Dosya No: .....
Yaşı	: .....			Oda No: .....
Cinsiyeti	: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek			
Eğitim durumu	: <input type="checkbox"/> Okuryazar değil <input type="checkbox"/> Okuryazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul			
	: <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisans Üstü			
Medeni durumu	: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Dul			
Çalışma durumu	: <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Çalışıyor (Mesleği:.....)			
<b>Geçmiş Tıbbi Öyküsü</b>				
Ailede genetik hastalık var mı?				
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:				
Bilinen alerjisi var mı?		Hangi semptomlar olur?		
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hırıltılı solunum <input type="checkbox"/> Nefes darlığı <input type="checkbox"/> Karın ağrısı		
<input type="checkbox"/> Besin: .....		<input type="checkbox"/> Burun akıntısı <input type="checkbox"/> Hapşırma <input type="checkbox"/> Bulantı		
<input type="checkbox"/> İlaç : .....		<input type="checkbox"/> Gözlerde kızarıklık <input type="checkbox"/> Öksürme <input type="checkbox"/> Kusma		
<input type="checkbox"/> Diğer: .....		<input type="checkbox"/> Yüzde ödem <input type="checkbox"/> Anafilaksi <input type="checkbox"/> İshal		
		<input type="checkbox"/> Ciltte kızarıklık <input type="checkbox"/> Ürtiker <input type="checkbox"/> Kaşıntı		
		<input type="checkbox"/> Diğer:.....		
Kronik/tanılanmış hastalık var mı?				
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:				
Daha önce hastanede yatmış mı?				
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:				
Geçirilmiş ameliyatları var mı?				
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:				
Evde kullandığı ilaçlar var mı?	İlacın adı	Dozu /Sıklığı	Yolu	Etkisi
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
<b>Hastaneye Yatış Öyküsü</b>				
Hastaneye/servise nereden geldi? <input type="checkbox"/> Evinden <input type="checkbox"/> Bakımevinden <input type="checkbox"/> Acil odasından <input type="checkbox"/> Yoğun bakımdan				
<input type="checkbox"/> Başka servisten:..... <input type="checkbox"/> Diğer: .....				
Hastaneye/servise kiminle geldi? <input type="checkbox"/> Kendisi <input type="checkbox"/> Aile Üyesi <input type="checkbox"/> Arkadaş/Komşu <input type="checkbox"/> Ambulans				
Hastaneye/servise nasıl geldi? <input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye <input type="checkbox"/> Sedyeye <input type="checkbox"/> Diğer: .....				
Hastanın yakınmaları nedir?				
Hastaneye gelmeden önce yapılan uygulamalar nelerdir?				
Doktor tarafından belirlenen ön tanı/tanımlar nedir?				
Planlanan/ Geçirilen Cerrahi girişim nedir?				

<b>Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri</b>			
<b>Sağlığı Algulama-Sağlığın Yönetimi Örüntüsü:</b>			
Sağlığını nasıl tanımlar?		<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü
Düzenli olarak sağlık kontrolleri yaptırır mı?		<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Kontrol randevularını takip eder mi/uyar mı?		<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
İlaçlarını düzenli olarak kullanır mı?		<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Egzersiz yapar mı?		Ara sıra/sürekli egzersiz yapıyor ise tipini, sıklığını, süresini açıklayınız:	
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Evet			
Tütün/sigara içiyor mu?			
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bıraktı		..... gün/ay/yıl önce bıraktı ve ..... paket/yıl içti.	
<input type="checkbox"/> Evet		..... paket/gün içiyor ve ..... ay/yıldır içiyor.	
Alkol/Madde kullanıyor musunuz?			
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bıraktı		..... gün/ay/yıl önce bıraktı ve ..... miktar/kadeh/gün içti.	
<input type="checkbox"/> Evet		..... miktar/ kadeh/gün içiyor ve ..... ay/yıldır içiyor.	
Sigara/alkol kullanıyorsa bırakmak ister mi?		<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
<b>Beslenme-Metabolik Örüntüsü:</b>			
Boy: .....	<input type="checkbox"/> < 18.5 kg/m <sup>2</sup> (Zayıf)	<input type="checkbox"/> 30-34.9 kg/m <sup>2</sup> (I. Derece Obez)	
Kilo: .....	<input type="checkbox"/> 18.5-24.9 kg/m <sup>2</sup> (Normal Kilolu)	<input type="checkbox"/> 35-39.9 kg/m <sup>2</sup> (II. Derece Obez)	
BKİ [Ağırlık / (boy) <sup>2</sup> ]: .....	<input type="checkbox"/> 25-29.9 kg/m <sup>2</sup> (Fazla Kilolu)	<input type="checkbox"/> >40 kg/m <sup>2</sup> (III. Derece Morbid Obez)	
Diyet kısıtlaması: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Tuzsuz <input type="checkbox"/> Diyabetik <input type="checkbox"/> Kardiyak <input type="checkbox"/> Proteinden fakir <input type="checkbox"/> K <sup>+</sup> dan fakir			
<input type="checkbox"/> Diğer : .....			
Sıvı kısıtlaması: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Açıklayınız: .....			
Beslenme şekli: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nazogastrik <input type="checkbox"/> Gastrostomi <input type="checkbox"/> Total Parenteral			
İştah: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış			
<input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> İştahsızlık <input type="checkbox"/> Tat değişikliği			
Son 1 ayda kilo değişimi: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Artmış ..... <input type="checkbox"/> Azalmış .....			
<b>Boşaltım Örüntüsü:</b>			
<b>Bağırsak Boşaltımı</b>		<b>İdrar Boşaltımı</b>	
En son bağırsak boşaltım tarihi: .....		İdrara çıkma sıklığı: ..... kez/günde	
<input type="checkbox"/> Diyare : ..... kez/günde		<input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Anüri	
<input type="checkbox"/> Konstipasyon : ..... kez/haftada		<input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Pollaküri	
<input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Laksatif kullanma		<input type="checkbox"/> Yanma <input type="checkbox"/> İdrar inkontinansı	
<input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Fekal inkontinans		<input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Hematüri	
		<input type="checkbox"/> Ürostomi <input type="checkbox"/> Noktüri	
		<input type="checkbox"/> İdrar sondası-Kaçıncı günü:.....	
<b>Aktivite-Egzersiz Örüntüsü:</b>			
<b>Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri</b>	<b>Bağımsız</b>	<b>Yarı Bağımlı</b>	<b>Bağımlı</b>
Düzgün yüzeyde yürüme			
Merdiven inip çıkma			
Beslenme			
Giyinme			
Kendine bakım			
Banyo yapma			
Tuvaleti kullanma			
İdrar boşaltımı			
Bağırsak boşaltımı			
GYA sürdürmede enerji düzeyi <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz			
Aktivite sırasında yaşanan şikayetler			
<input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Çarpıntı			
<input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Yorgunluk			
<input type="checkbox"/> Diğer .....			
Kullanılan yardımcı araçlar			
<input type="checkbox"/> Baston			
<input type="checkbox"/> Walker			
<input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye			
<input type="checkbox"/> Diğer .....			

**Uyku-Dinlenme Örüntüsü:**

Gece uyku süresi .....saat

- Uykuya dalmada zorluk  
 Gece sık uyanma  
 Erken Uyanma  
 Uykudan sonra dinlenmiş hissetme  
 Diğer .....

Uyku düzenini bozan faktörler:

- Psikolojik sorunlar  
 Gece sık idrara çıkma  
 Gündüz uyuma  
 Diğer .....  
 Rüya (kabus) görme  
 Nefes darlığı yaşama

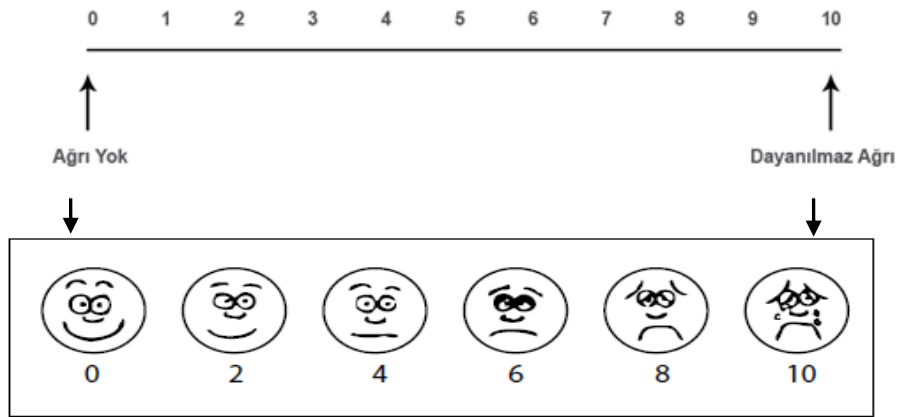
**Bilişsel – Algısal Örüntü:**

- Görme yetersizliği  
 İşitme Yetersizliği  
 Konuşma yetersizliği  
 Miyop  
 Şaşılık  
 Sağ  
 Kısımlı  
 Tam  
 Hipermetro  
 Katarakt  
 Sol  
 Kısımlı  
 Tam  
 Astigmatizm  
 Glokom  
 İşitme cihazı  
 Anlamsız kelimeler  
 Tercüman gereksinimi

**Oryantasyon**  Zaman  Yer  Kişi  Oryante Değil**Glaskow Koma Skalası**

En iyi göz açma	Puan	En iyi sözlü cevap	Puan	En iyi motor yanıt	Puan
Amaçlı ve spontan	4	Oryante	5	Emirlere uyuyor	6
Sese	3	Oryantasyon bozuk	4	Ağrının yerini belirtme	5
Ağrıya	2	Tutarsız kelimeler	3	Ağrıya çekerek cevap verme	4
Cevap yok	1	Anlamsız sözler	2	Ağrıya fleksiyonla cevap verme	3
		Cevap yok	1	Ağrıya ekstansiyonla cevap verme	2
				Cevap yok	1

**Değerlendirme:** 13-15: Tamamen uyanık, oryante  
8-12: Uyanıklılık ve oryantasyonda sorun var  
8 ve altı: Koma

**Ağrı**  Yok  Var  Yeri .....  Tipi.....  Derecesi .....

\*İletişim kurulamayan hastalar için Yüz Skalasını kullanınız.

**Kendini Algılama – Benlik Kavramı Örüntüsü:**

- Emosyonel Durumu  Sakin  Endişeli  Sinirli  İçine kapanık  
Genel görünümü  Bakımlı  Bakımsız  
Hastalığınız nedeniyle kendiniz ile ilgili düşüncelerinizde değişim oldu mu?  Hayır  Evet  
Açıklayınız: .....  
Hastalığınız nedeniyle kendinize olan saygınızda değişim oldu mu?  Hayır  Evet  
Açıklayınız: .....  
Hastalığınız nedeniyle bedeniniz hakkındaki düşüncelerinizde değişim oldu mu?  Hayır  Evet  
Açıklayınız: .....

<b>Rol-İlişki Örüntüsü:</b>	
Aile tipi	<input type="checkbox"/> Çekirdek Aile <input type="checkbox"/> Geniş Aile
Birlikte yaşadığı kişiler	<input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Eş ve çocuklar <input type="checkbox"/> Diğer.....
Aile içindeki rol/rolleriniz nelerdir?	Açıklayınız:.....
Hastalığınız nedeniyle aile içindeki rolleri üstlenmekte sorun yaşıyor musunuz?	Açıklayınız:.....
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Hastalığınız aile içi ilişkilerinizi/iletişiminizi etkiledi mi?	Açıklayınız:.....
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Hastalığınız iş hayatınızı etkiledi mi?	Açıklayınız:.....
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Hastalığınız arkadaş/komşu/akrabalar ile ilişkilerinizi/iletişiminizi etkiledi mi?	Açıklayınız:.....
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Yardıma ihtiyacınız olduğunda size destek olabilecek kişiler var mı?	Açıklayınız:.....
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
<b>Cinsellik – Üreme Örüntüsü:</b>	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> İmpotans <input type="checkbox"/> İnertilite <input type="checkbox"/> Cinsel yolla bulaşan hastalık	
<input type="checkbox"/> Libidoda azalma <input type="checkbox"/> Vajinal kuruluk <input type="checkbox"/> Cinsel aktivitede ağrı <input type="checkbox"/> Aşırı kanama	
Menstrual siklusta değişim oldu mu?	Açıklayınız:.....
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Hastalığınız/tedaviniz cinsel yaşamınızı etkiledi mi?	Açıklayınız:.....
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
<b>Baş etme-Stres Toleransı Örüntüsü:</b>	
Hastalığınızın ortaya çıkmasına neden olan bir olay/durum yaşadınız mı?	Açıklayınız:.....
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Stresli olduğunuzda sakinleşmek için ne yaparsınız?	Açıklayınız:.....
<b>Değer-İnanç Örüntüsü:</b>	
Hastalığınızın tedavisini etkileyen dinsel/kültürel inançlarınız var mı?	Açıklayınız:.....
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Hastalığınız değer ve inançlarınızı etkiledi mi?	Açıklayınız:.....
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Geleceğe ilişkin hedefleriniz nelerdir?	Açıklayınız:.....

<b>Fiziksel Değerlendirme Bulguları</b>	
<b>Baş-Boyun:</b>	<b>Solunum Sistemi:</b>
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kuruluk <input type="checkbox"/> Aşırı yağlanma <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Saç derisinde pullanma <input type="checkbox"/> Saç kaybı <input type="checkbox"/> Maske yüz <input type="checkbox"/> Aydede yüz <input type="checkbox"/> Fasial paralizi <input type="checkbox"/> Pitozis <input type="checkbox"/> Egzoftalmus <input type="checkbox"/> Diplopi <input type="checkbox"/> Konjonktivada solukluk <input type="checkbox"/> Fotofobi <input type="checkbox"/> Pupiller refleks <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Anizokori <input type="checkbox"/> Kulak Akıntısı <input type="checkbox"/> Kulak çınlaması <input type="checkbox"/> Burun tıkanıklığı <input type="checkbox"/> Burun akıntısı <input type="checkbox"/> Burun kanaması <input type="checkbox"/> Dudaklarda siyanoz <input type="checkbox"/> Dil üzerinde plak <input type="checkbox"/> Ağız içi mukozada solukluk <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Ağız içi mukozada kuruluk <input type="checkbox"/> Halitozis <input type="checkbox"/> Kötü ağız hijyeni <input type="checkbox"/> Fetor Hepatikus <input type="checkbox"/> Diş kaybı <input type="checkbox"/> Diş çürüğü <input type="checkbox"/> Protez diş <input type="checkbox"/> Diş etinde ödem <input type="checkbox"/> Diş etinde kanama <input type="checkbox"/> Diş etinde çekilme <input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü <input type="checkbox"/> Hipertroid <input type="checkbox"/> Lenf nodlarında büyüme <input type="checkbox"/> Boyun eklem hareketi kısıtlılığı	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Göğüs ağrısı <input type="checkbox"/> Hemoptizi <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Balgam <input type="checkbox"/> Raller <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Fıçı göğüs <input type="checkbox"/> İnterkostal retraksiyon <input type="checkbox"/> Takipne <input type="checkbox"/> Bradipne <input type="checkbox"/> Apne <input type="checkbox"/> Oksijen kullanma <input type="checkbox"/> İnhaler kullanma
	<b>Kardiyovasküler Sistem:</b>
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipotansiyon <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Taşikardi <input type="checkbox"/> Bradikardi <input type="checkbox"/> Aritmi <input type="checkbox"/> Boyun venlerinde dolgunluk <input type="checkbox"/> Üfürüm <input type="checkbox"/> Uzamış kapiller geri dolunluk <input type="checkbox"/> Varis <input type="checkbox"/> İntermittent klaudikasyon <input type="checkbox"/> Sağ dorsal ayak nabzı <input type="checkbox"/> Güçlü <input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Sol dorsal ayak nabzı <input type="checkbox"/> Güçlü <input type="checkbox"/> Zayıf
	<b>Abdomen:</b>
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Stria <input type="checkbox"/> Herni <input type="checkbox"/> Assit <input type="checkbox"/> Distansiyon <input type="checkbox"/> Kolostomi <input type="checkbox"/> İleostomi Bağırsak sesleri:.../dk <input type="checkbox"/> Hipoaktif <input type="checkbox"/> Hiperaktif
<b>Kas-İskelet Sistemi:</b>	<b>Nörolojik Değerlendirme:</b>
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kifoz <input type="checkbox"/> Skolyoz <input type="checkbox"/> Lordoz <input type="checkbox"/> Spastisite <input type="checkbox"/> Rijidite <input type="checkbox"/> Fasikülasyon <input type="checkbox"/> El/ayak parmaklarında deformiteler <input type="checkbox"/> El/ayak parmaklarında nodüller <input type="checkbox"/> Elem hareket açıklığında kısıtlılık <input type="checkbox"/> Hipotonisite	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Denge Kaybı <input type="checkbox"/> Ellerde uyuşma <input type="checkbox"/> Ayaklarda uyuşma <input type="checkbox"/> Hemipleji <input type="checkbox"/> Parapleji <input type="checkbox"/> Kas atrofisi <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Nöropati <input type="checkbox"/> Apati <input type="checkbox"/> Ataksi <input type="checkbox"/> Baş ağrısı <input type="checkbox"/> Vertigo
<b>Deri ve Ekleri:</b>	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Peteşi <input type="checkbox"/> Purpura <input type="checkbox"/> Ekimoz <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Sarılık <input type="checkbox"/> Çomak parmak <input type="checkbox"/> Kaşık tırnak <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Ödem <input type="checkbox"/> Kaşıntı <input type="checkbox"/> Tüp/Dren/katater <input type="checkbox"/> Terleme	
Fiziksel değerlendirmeniz sırasında gözlemediğiniz bulguların yerini ve özelliklerini açıklayınız.	
<p>Örneğin; hastanızın pupilleri tepki olarak küçülüyor ve çapı 3 ise 3+ olarak belirtiniz.</p>	
Kapiller geri dolunu değerlendiriniz (Tırnak yatağındaki renk değişimi 3 sn'den uzun olmamalı).	Ödem derecesini resimde gösterildiği gibi belirleyiniz.

## YARA DEĞERLENDİRME FORMU

	Yaranın özelliđi (abrazyon, kesi, cerrahi, sütur)	Yaranın bulunduđu yer	Akıntı (zelliđi, rengi, kokusu)	Dren (tipi, gelen miktar, çıkarılma zamanı)	Pansuman özelliği ve yapılma sıklığı
Ameliyatın hemen sonrası					
Ameliyat sonrası 1. gün					
Ameliyat sonrası 2. gün					
Taburculuk durumu					
Diğer					



**BRADEN BASI YARASI RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

Değerlendirme	Puanlama			
	1	2	3	4
<b>Duyusal Algılama</b>	<b>Tamamen Yetersiz</b> (Ağrılı uyarılara yanıt vermiyor.)	<b>Çok Yetersiz</b> (Yalnızca ağrılı uyarılara yanıt veriyor.)	<b>Biraz Yeterli</b> (Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Sürekli iletişim kurulamıyor. Hastanın yatak içinde çevrilmesi gerekiyor.)	<b>Tamamen Yeterli</b> (Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Duyu kusuru yok.)
<b>Nemlilik</b>	<b>Sürekli Islak</b> (Deri, ter, idrar, gaita ile sürekli ıslak, her çevrildiğinde ıslaklık hissediliyor.)	<b>Çok Islak</b> (Deri çoğu zaman ıslak. Her vardiyada çarşafın bir kez değiştirilmesi gerekiyor.)	<b>Bazen Islak</b> (Deri bazen ıslak. Çarşafın ıslandıkça değiştirilmesi gerekiyor.)	<b>Nadiren Islak</b> (Deri genellikle kuru, çarşafın rutin olarak değiştirilmesi gerekiyor.)
<b>Aktivite</b>	<b>Yatağa Bağımlı</b> (Hertürlü bakım gereksinimi yatakta karşılanıyor.)	<b>Sandalyeye Bağımlı</b> (Çok az yürüyebiliyor. Sandalyeye oturabilmesi için yardım gerekiyor. Kendi ağırlığını kaldırmakta güçlük çekiyor.)	<b>Bazen Yürüyebiliyor</b> (Yardımla veya yardımsız kısa mesafede yürüyebiliyor. Her vardiyada çoğu zaman yatakta veya sandalyede oturuyor.)	<b>Sık Sık Yürüyebiliyor</b> (Günde en az iki defa oda dışına çıkabiliyor. Oda içinde 2 saatte bir yürüyebiliyor.)
<b>Hareket</b>	<b>Tamamen Hareketsiz</b> (Yardımsız pozisyon değiştiremiyor.)	<b>Çok Hareketsiz</b> (Vücut ve ekstremitelerinde hafif değişiklik yapabiliyor. Kendiliğinden pozisyonunu değiştiremiyor.)	<b>Az Hareketli</b> (Vücut ve ekstremitelerinde sık, ancak hafif değişiklik yapabiliyor.)	<b>Hareketli</b> (Pozisyonunu yardımsız sıklıkla değiştirebiliyor.)
<b>Beslenme</b>	<b>Çok Yetersiz</b> (Asla öğününün tamamını yiyemiyor. Nadiren verilen yemeğin 1/3'ünü yiyebiliyor. 2 öğün ya da daha az protein alabiliyor (Et ve süt ürünleri) Sıvı alımı az. Ağızdan sıvı desteği alamıyor. 5günden fazla süredir IV ve berrak diyet alıyor.)	<b>Yetersiz</b> (Verilen yemeğin yarısını, nadiren tamamını yiyebiliyor. Günde 3 defa protein bazen destekleyici ek gıda alabiliyor. Uygun diyetin tüp ile verilen besinin birazını alabiliyor.)	<b>Yeterli</b> (● öğünün yarısından fazlasını yiyebiliyor. Günde 4 kez protein alabiliyor. Ara sıra öğünü reddediyor. Verilmişse ek diyeti ya da total parenteral beslenmeyi alabiliyor.)	<b>Çok İyi</b> (Her öğünü çoğunlukla yiyor, öğünleri reddetmiyor. Günde 4 defa protein alabiliyor. Genellikle öğün aralarında yiyor. Ek gıda gerekmiyor.)
<b>Sürtünme ve Yırtılma</b>	<b>Sorun</b> (Hareket ederken çok fazla yardıma gereksinimi var. Çarşafta kaydırmaksızın tamamen kaldırılması olanaksız. Sıklıkla sandalyeden ya da yataktan aşağı kayıyor. Yeniden pozisyon vermede çok fazla yardıma gereksinimi var. Sertlik, kontraktür ya da huzursuzluk sürekli sürtünmeye yol açabiliyor.)	<b>Olası Sorun</b> (Çok az yardımla az ve güçsüz hareket yapabiliyor. Hareket sırasında deri, çarşafa sandalyeye ya da diğer malzemelere sürtünüyor. Genellikle yatak ve sandalyede pozisyonunu sürdürüyor, fakat bazen kayıyor.)	<b>Sorun Yok</b> (Yatak ve sandalyede bağımsız hareket edebiliyor. Kendini kaldırabilmek için, yeterli kas gücü var. Yatak ya da sandalyede her zaman uygun pozisyonda duruyor.)	
Toplam puan >16 ise Risk Yok		Toplam puan ≤ 16 ise Risk Var		

Toplam puan: .....

İTAKİ DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRİLMESİ VE TAKİP FORMU

Hastanın Adı Soyadı

Doğum Tarihi

Çinliği/Birimi

				Risk değerlendirme tarihi			
A. İlk değerlendirme	B. Post-Op dönem	C. Hasta Düşmesi	D. Bölüm Değişmesi	E. Durum Değişmesi	.../ Puan	.../ Puan	.../ Puan
1	65 yaş ve üstü				1	1	1
2	Bilinç kapalı				1	1	1
3	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.				1	1	1
4	Kronik hastalık öyküsü var.* (Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Artrit, Paraliz, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar)				1	1	1
5	Ayaktayırken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.				1	1	1
6	Üriner/Eskal kontinans bozukluğu var.				1	1	1
7	Görme durumu zayıf.				1	1	1
8	4'den fazla ilaç kullanımı var.				1	1	1
9	Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.** (IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren, Perfüzyör, Pacemaker vb.)				1	1	1
10	Yatak korulukları bulunmuyor/çalışmıyor.				1	1	1
11	Yürüme alanında fiziksel engel(ler) var.				5	5	5
12	Bilinç açık-koopere değil.				5	5	5
13	Ayaktayırken denge problemi var.				5	5	5
14	Baş dönmesi var.				5	5	5
15	Ortostatik hipotansiyonu var.				5	5	5
16	Görme engeli var.				5	5	5
17	Bedensel engeli var.				5	5	5
18	Hastaya bağlı 3 ve/veya üstü bakım ekipmanı var.** (IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren, Perfüzyör, Pacemaker vb.)				5	5	5
19	Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.** Psikotropikler, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler; Diüretikler/Laksatifler, Antidiyabetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.), Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar				5	5	5
<b>Toplam Puan</b>							
<b>Değerlendirmeyi yapan Hemşire Ad Soyad İmza</b>							

RİSK YOK

Toplam Puanı 5'in altında

YÜKSEK RİSK

Toplam Puanı 5'in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır)

NOT: Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir. İtaki Düşme riski yalnızca yetişkin hastalarda kullanılır.



# GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

Hastanın Adı Soyadı  
Ameliyat/Bölgesi  
Ameliyat Tarihi

## I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hastanın;  
 Kimlik bilgileri  
 Ameliyath  
 Ameliyat bölgesi doğrulandı.
2. Hastanın rızası kontrol edildi mi?  
 Evet  
 Hayır.....
3. Hasta aç mı?  
 Evet  
 Hayır.....
4. Ameliyat bölgesi traş yapıldı mı?  
 Evet  
 Hayır.....
5. Hastada makyaj/öje, profez, değerli eşya var mı?  
 Evet.....  
 Hayır
6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?  
 Evet  
 Hayır.....
7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?  
 Lavman  
 Mesane Kateterizasyonu  
 Varies Çorabı  
 Özel Tedavi protokolü  
 Diğer  
 Hayır
8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?  
 Evet  
 Hayır
9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?  
 Evet

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

## II. Anestezi Verilmeden Önce

10. Hastanın kendisinden  
 Kimlik bilgileri  
 Ameliyath  
 Ameliyat bölgesi  
 Hastanın ameliyath ile ilgili rızası Doğrulandı.
11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?  
 Var  
 İşaretleme uygulanamaz
12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?  
 Evet
13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?  
 Evet  
 Hayır
14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?  
 Yok  
 Var
15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?  
 Yok  
 Var
16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?  
 Yok  
 Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

## III. Ameliyat Kesisinden Önce

17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?  
 Evet
18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyath, ameliyat bölgesini teyit etti mi?  
 Evet
19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?  
 Tahmini ameliyat süresi  
 Beklenen kan kaybı  
 Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar  
 Olası anestezi riskleri  
 Hastanın pozisyonu
20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?  
 Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı  
 Kullanılmaz
21. Kullanılacak malzemeler hazır mı?  
 Evet  
 Hayır
22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?  
 Evet  
 Hayır
23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?  
 Evet  
 Hayır
24. Antikoagülan kullanımı var mı?  
 Evet  
 Hayır
25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?  
 Evet  
 Hayır

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

## IV. Ameliyattan Çıkımdan Önce

26. Gerçekleştirilen ameliyath için sözlü olarak  
 Hasta,  
 Yapılan ameliyath,  
 Ameliyat bölgesi, teyit edildi.
27. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?  
 Evet/Tam  
 Hayır
28. Hastadan alınan numune etiketinde  
 Hastanın adı doğru yazılı  
 Numunenin alındığı bölge yazılı
29. Ameliyath sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?  
 Anestezinin önerileri:  
 Cerrahin önerileri:
30. Hastanın ameliyath sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?  
 Evet

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

\* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

## AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIK VE AMELİYAT SONRASI TAKİP FORMU

AMELİTTAN ÖNCESİ BAKIM	Saat	Hemşire	AMELİYAT GÜNÜ SABAHİ	Saat	Hemşire
Planlanmış ameliyat gününün hasta ile teyit edilmesi			İşitme cihazının çıkarılması/ bırakıldığı anda ameliyathane hemşiresine haber verilmesi		
Ameliyat öncesi eğitim verilmesi			Ameliyat bölgesinin kontrol edilmesi		
Soluk alma, öksürme ve yatak içinde dönme egzersizlerinin öğretilmesi			Aç olup olmadığının kontrol edilmesi		
İnsizyon ve pansuman yerinin anlatılması			Mesane boşaltılması		
Drenler hakkında bilgi verilmesi			<b>AMELİYAT YATAĞI HAZIRLANMASI</b>		
Foley sonda, NG sonda hakkında bilgi verilmesi			Hasatanın yatak takımlarının kontrol edilmesi, odanın havalandırılması		
Ameliyathane ve yoğun bakım ortamı hakkında bilgi verilmesi			Ameliyat bölgesine uygun ara çarşafın hazırlanması		
Ameliyat sonrası ağrı/ ayağa kaldırma/ beslenme hakkında bilgi verilmesi			Acil arabası/ tepsisi, O <sub>2</sub> manometresi ve kanülün kontrol edilmesi		
Cerrahi izn belgesinin/ rıza formunun kontrol edilmesi			İdrar askısı, şişesi, sürgü, ördek, mayi askısı ve böbrek küvetin temini		
Ameliyat bölgesinin traş edilmesi			<b>AMELİYAT SONRASI (ERKEN DÖNEM)</b>		
Tam kan sayımı-Biyokimya tetkikleri- Akciğer grafisi- İdrar tetkikleri			Ameliyatın özelliğine ve kateterine uygun şekilde yatağına alınması		
Kan bankası ile kan hazırlığı hakkında görüşme			Solunum yollarının açıklığının sağlanması		
Kan cross kartı kontrolü			Durumuna uygun pozisyon verilmesi		
Anestezi konsültasyonu			Damar yolunun ve yaşam bulgularının takip edilmesi		
Hekim istemine göre sedative			Hastanın giydirilmesi ve ısıtılması		
Hastanın yeterli süre aç bırakılması			Kataterlerinin kontrol edilerek seviyelerinin not edilmesi		
Makyaj ve ojenin temizlenmesi/ Şu anda menstrüasyon var mı?			Bilnç durumunun kontrol edilmesi, ameliyatı, durumu, nerede olduğu hakkında bilgi verilmesi		
Normal banyo/ Povidon iyot ile banyo			<b>AMELİYAT SONRASI (GEÇ DÖNEM)</b>		
Protez, takı ve değerli eşyaların “hasta eşyaları teslim formu” ile teslim alınması			Mobilizasyon sağlanması		
Hekim istemine göre boşaltıcı lavman			Kanama kontrolü ve tromboemboli izlemi		
			İsteme ve hastaya uygun beslenmenin sağlanması		

## HEMŞİRELİK RAPORU

Tarih	Saat	Rapor/Hemşirelik Giriőimleri	İmza

<b>T.C. BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK</b> <b>BÖLÜMÜ</b> <b>CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ</b>	<b>Hastanın Adı-Soyadı:</b>
	<b>Bölümü:</b>
<b>HASTA TABURCULUK VE EĞİTİM FORMU</b>	<b>Tanı:</b>
	<b>Oda No:</b>
	<b>Yaşı:</b>

Hastanın Mevcut Yaşam Koşulları	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor
	<input type="checkbox"/> Eşi ile yaşıyor
	<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)
Evde Bakımına Yardımcı Kimse Var Mı?	<input type="checkbox"/> Hayır
	<input type="checkbox"/> Evet Evet ise kim?
Hastalığı ve Tedavisi Hakkında Bilgisi	<input type="checkbox"/> Var
	<input type="checkbox"/> Yok
Hastanın Taburculuktan Sonra Gideceği	
Hasta/Yakınına Taburcu Olacağıın Bildirilmesi	<u>Tarih/ Saat</u> <u>Hemşire /İmza</u>
◇ Hastanın hazırlanmasına yardım edilmesi ◇ Varsa eşyasının teslimi ◇ Gerekirse dolaşım bozukluğu belirtilerinin öğretilmesi. Bu belirtiler görülürse hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi ◇ Gerekli ise hastanede yaptırılan egzersizlere evde de devam etmesinin söylenmesi ◇ Enfeksiyon belirtilerinin öğretilmesi. Bu belirtilerin görülmesi halinde hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi	
<b>TEDAVİ</b> <u>İLAÇ</u> <u>ETKİLER</u>	<u>SAATİ</u> <u>OLABİLECEK YAN</u>
<b>DİYET</b> KISITLAMALAR:	
<b>BANYO YAPMA</b> : <b>MERDİVEN ÇIKMA</b> : <b>ARABA KULLANMA</b> : <b>CİNSEL YAŞAM</b> : <b>DİĞER</b> :	
<b>KONTROL :</b>	
YARA BAKIMI :	
YARDIMCI ARAÇ GEREÇLER :	
ÖZEL UYARILAR :	
TABURCU ÖZETİ :	
HEMŞİRENİN ADI, SOYADI	İMZASI:

Laboratuvar Çalışmaları	Referans aralığı	Tarih..... Hastanın Sonuçları	*Yorumunuz
<b>Hemogram</b>			
WBC			
RBC			
HGB			
HCT			
PLT			
MCV			
MCH			
MCHC			
<b>Biyokimya</b>			
Klor			
Kalsiyum			
Sodyum			
Potasyum			
Fosfor			
Demir			
Demir bağlama			
Total demir bağlama kapasitesi			
AST			
ALT			
ALP			
GGT			
LDH			
Açlık kan şekeri			
Tokluk kan şekeri			
Albumin			
Total Protein			
Total Bilirubin			
Direkt Bilirubin			
BUN			
Kreatinin			
Üre			
Ürik asit			
CRP			
Aptt			
INR			
Pt			

CK-MB			
Troponin			
Sedimentasyon			
<b>İdrar Analizi</b>			
Dansite			
pH			
Glukoz			
Keton			
Protein			
Lökosit			
Bilirubin			
Blood			
<b>Hepatit Markerları</b>			
<b>Diğer Analiz Sonuçları (Bu Tabloda Yer Almayan Hastanın Başka Laboratuvar Sonuçları Varsa Lütfen Buraya Yazınız)</b>			
<b>*Sadece normalden yüksek ya da düşük olan değerlerin nedenlerini ve sonuçlarını hastanın tıbbi durumu ile ilişkilendirerek yorumlayınız.</b>			

<b>Ameliyat Raporu:</b>







Sıvı-İzlem Formu							Tarih.....				
$\text{Damla Sayısı (DDS)} = \frac{\text{Total Sıvı Miktarı} \times 20}{60 \text{ dk} \times \text{Verilecek Saat Süresi}}$							Saatte Gidecek Sıvı Miktarı=				
GİREN SIVILAR ÖNCEKİ TOPLAM:							ÇIKAN SIVILAR ÖNCEKİ TOPLAM:				
SAAT	GİDEN SIVILAR						ÇIKAN SIVILAR				
	Oral	Kan ve kan ürünü	IV sıvılar (cinsi)				İdrar	Dışkı	Kusma	NG Tüp	Dren (ler)
Şişe Seviyesi			Giden miktar	Şişe Seviyesi	Giden miktar						
08.00											
09.00											
10.00											
11.00											
12.00											
13.00											
14.00											
15.00											
16.00											
<b>ARA TOPLAM</b>											
17.00											
18.00											
19.00											
20.00											
21.00											
22.00											
23.00											
24.00											
<b>ARA TOPLAM</b>											
01.00											
02.00											
03.00											
04.00											
05.00											
06.00											
07.00											
08.00											
<b>ARA TOPLAM</b>											
<b>GENEL TOPLAM</b>											

Total Alınan Sıvı :

Total Çıkarılan sıvı:

Balans :

**TANILAMA**

(Veri toplama şamasından sonra verilerin analizi ile NANDA tanı listesi kullanılarak hemşirelik tanıları belirlenir. Tanılar NANDA formatına göre yazılır)

**PLANLAMA AŞAMASI**

(Hemşirelik tanıları, öncelik sırasına göre sıralanarak bu forma yazılır. Her bir hemşirelik tanısı için amaç ve beklenen sonuç kriterlerine karar verilir. Hasta hemşirelik tanısına yönelik yapılması gereken tüm hemşirelik girişimlerine karar

**UYGULAMA AŞAMASI**

(Planlanan girişim uygulandı ise Evet (+) uygulanmadı ise Hayır (-) şeklinde belirtilir)

**DEĞERLENDİRME AŞAMASI**

(Belirlenen beklenen sonuç kriterleri değerlendirilerek amaca ulaşıp ulaşılmadığına ilişkin karar verilir)

Tarih	Etiyolojik Faktör/Neden	Tanı	Tanımlayıcı Özellikler	Amaç: Beklenen Sonuç Kriterleri:	Girişimler	Evet (+) / Hayır (-) ise nedeni açıkla	Değerlendirme

<b>Tarih</b>	<b>Etiyolojik Faktör/Neden</b>	<b>Tanı</b>	<b>Tanımlayıcı Özellikler</b>	<b>Amaç: Beklenen Sonuç Kriterleri:</b>	<b>Girişimler</b>	<b>Evet (+) / Hayır (-) ise nedeni açıkla</b>	<b>Değerlendirme</b>

<b>Tarih</b>	<b>Etiyolojik Faktör/Neden</b>	<b>Tanı</b>	<b>Tanımlayıcı Özellikler</b>	<b>Amaç: Beklenen Sonuç Kriterleri:</b>	<b>Girişimler</b>	<b>Evet (+) / Hayır (-) ise nedeni açıkla</b>	<b>Değerlendirme</b>

<b>Tarih</b>	<b>Etiyolojik Faktör/Neden</b>	<b>Tanı</b>	<b>Tanımlayıcı Özellikler</b>	<b>Amaç: Beklenen Sonuç Kriterleri:</b>	<b>Girişimler</b>	<b>Evet (+) / Hayır (-) ise nedeni açıkla</b>	<b>Değerlendirme</b>