



T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
TEMEL HEMŞİRELİK BAKIMI KLİNİK UYGULAMA REHBERİ

Doküman No : RH.04
İlk Yayın Tarihi : 15.6.2024
Revizyon Tarihi :
Revizyon No :
Sayfa No : 1

ÖĞRENCİ AD SOYAD:

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. Öğrenci üniformasının altı lacivert, üstü beyaz renkte ve "Zarf" yaka olacak şekilde olmalıdır. Ayakkabı olarak sadece beyaz/lacivert/siyah spor ayakkabı olması gerekmektedir. Üst formanın içine ihtiyaç halinde sadece uzun kollu beyaz body veya forma üstüne tek renk lacivert hırka giyilebilir. Eşarp kullanan öğrenciler lacivert renk kullanmalı ve şal formunda olmamalıdır. Bone kullanıyor ise formaya uygun lacivert renkte olmalıdır. Öğrenciler 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. 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.)*

Sosyo-Demografik Özellikleri					
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:.....)				
Geçmiş Tıbbi Öyküsü					
Ailede genetik hastalık var mı?					
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:					
Bilinen alerjisi var mı?					
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet					
Hangi semptomlar mevcut?					
<input type="checkbox"/> Besin:	<input type="checkbox"/> Hırıltılı solunum	<input type="checkbox"/> Nefes darlığı	<input type="checkbox"/> Karın ağrısı		
<input type="checkbox"/> İlaç :	<input type="checkbox"/> Burun akıntısı	<input type="checkbox"/> Hapşırma	<input type="checkbox"/> Bulantı		
<input type="checkbox"/> Diğer:	<input type="checkbox"/> Gözlerde kızarıklık	<input type="checkbox"/> Öksürme	<input type="checkbox"/> Kusma		
	<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					
Hastaneye Yatış Öyküsü					
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/tanılar nedir?					

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri			
Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi Örüntüsü:			
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 mu?	<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	
Beslenme-Metabolik Örüntüsü:			
Boy:	<input type="checkbox"/> < 18.5 kg/m ² (Zayıf)	<input type="checkbox"/> 30-34.9 kg/m ² (I. Derece Obez)	
Kilo:	<input type="checkbox"/> 18.5-24.9 kg/m ² (Normal Kilolu)	<input type="checkbox"/> 35-39.9 kg/m ² (II. Derece Obez)	
BKİ [Ağırlık / (boy) ²]:	<input type="checkbox"/> 25-29.9 kg/m ² (Fazla Kilolu)	<input type="checkbox"/> >40 kg/m ² (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 ⁺ 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
Boşaltım Örüntüsü:			
Bağırsak Boşaltımı		İdrar Boşaltımı	
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:.....	
Derinin İşlevleri Terlemede Artış <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Açıklayınız:			
Aktivite-Egzersiz Örüntüsü:			
Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri	Bağımsız	Yarı Bağımlı	Bağımlı
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"/> Yürüteç			
<input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye			
<input type="checkbox"/> Diğer			

Uyku-Dinlenme Örüntüsü:

Gece uyku süresisaat

- 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

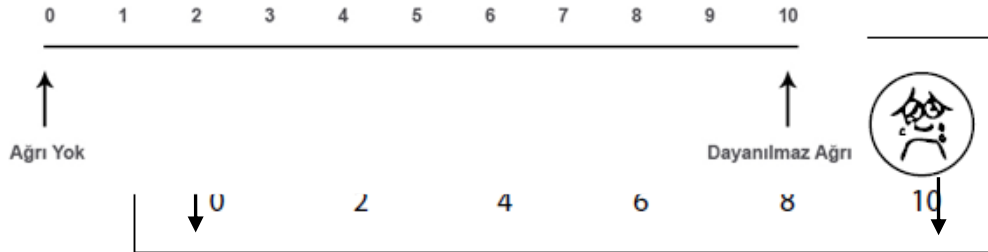
Bilişsel – Algısal Örüntü:

- Görme yetersizliği
 İditme Yetersizliği
 Konuşma yetersizliği
- Miyop
 Şaşılık
 Sağ
 Kısımlı
 Tam
- Hipermetrop
 Katarakt
 Sol
 Kısımlı
 Tam
- Astigmatizm
 Glokom
 İditme cihazı
- Gözlük
 Lens
 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

* Hastanın Bilinç düzeyini Glaskow Koma Skalası ile her üç alanı ayrı ayrı inceleyip hastanın cevabına karşılık gelen puanı yuvarlak içine alarak ve toplam puan üzerinden değerlendiriniz.

Ağrı Yok Var Yeri Tipi..... Derecesi

*İletişim kurulamayan hastalar için Yüz Skalasını kullanınız.

Kendini Algılama – Benlik Kavramı Örüntüsü:Emosyonel Durumu Sakin Endişeli Sinirli İçine kapanıkGenel görünümü Bakımlı BakımsızHastalığınız 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

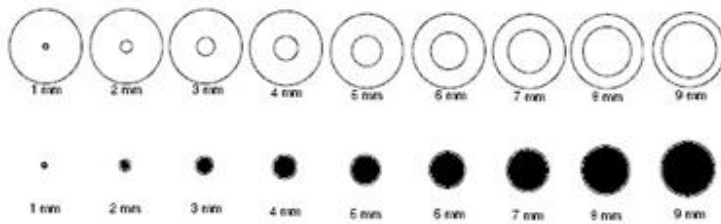
Açıklayınız:

Rol-İlişki Örüntüsü:	
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	
Cinsellik – Üreme Örüntüsü:	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> İmpotans <input type="checkbox"/> İnfertilite <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	
Başetme-Stres Toleransı Örüntüsü:	
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:.....
Değer-İnanç Örüntüsü:	
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:.....

Fiziksel Değerlendirme Bulguları

Baş-Boyun:	Solunum Sistemi:
<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
Kas-İskelet Sistemi:	Kardiyovasküler Sistem:
<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"/> Eklem hareket açıklığında kısıtlılık <input type="checkbox"/> Hipotonisite	<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
Abdomen:	Nörolojik Değerlendirme:
	<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
Deri ve Ekleri:	
<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	

Fiziksel değerlendirmeniz sırasında gözlemediğiniz bulguların yerini ve özelliklerini açıklayınız.



Örneğin; hastanızın pupilleri ışığa tepki olarak küçülüyor ve çapı 3 mm ise 3+ olarak belirtiniz.



Kapiller geri dolunu değerlendiriniz (Tırnak yatağındaki renk değişimi 3 sn'den uzun olmamalı).



Ödem derecesini resimde gösterildiği gibi belirleyiniz.

- Güncel haline eklenmesi önerilen “Düşme Riski Ölçeği” tablosu aşağıda yer almaktadır. Buna ek olarak basınç yarısı değerlendirme ölçeği eklenebileceği de önerilmektedir.

	İtaki DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ	Hastanın Adı Soyadı	
		Yattığı Bölüm	
		Risk Değerlendirme Tarihi	

Değerlendirme Zamanı

İlk Değerlendirme Post-Operatif Dönem Hasta Düşmesi Bölüm Değişikliği Durum Değişikliği

RİSK FAKTÖRLERİ		PUAN
1.	65 yaş ve üstü.	1
2.	Bilinci kapalı.	1
3.	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1
4.	Kronik hastalık öyküsü var.*	1
5.	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	1
6.	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	1
7.	Görme durumu zayıf.	1
8.	4'den fazla ilaç kullanımı var.	1
9.	Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1
10.	Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1
11.	Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1
12.	Bilinç açık, koopere değil.	5
13.	Ayakta/yürürken denge problemi var.	5
14.	Baş dönmesi var.	5
15.	Ortostatik hipotansiyonu var.	5
16.	Görme engeli var.	5
17.	Bedensel engeli var.	5
18.	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5
19.	Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5
TOPLAM		

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU

<input type="checkbox"/>	Düşük Risk	Toplam Puanı 5'in altında
<input type="checkbox"/>	Yüksek Risk	Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır)

Değerlendirmeyi yapan Hemşire
Adı-Soyadı:
İmza:

NOT: Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.

İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.

Laboratuvar alışmaları	Referans aralığı	Tarih..... Hastanın Sonuçları	*Yorumunuz
Hemogram			
WBC			
RBC			
HGB			
HCT			
PLT			
MCV			
MCH			
MCHC			
Biyokimya			
Klor			
Kalsiyum			
Sodyum			
Potasyum			
Fosfor			
Demir			
Demir baęlama			
Total demir baęlama kapasitesi			
AST			
ALT			
ALP			
GGT			
LDH			
Açlık kan řekeri			
Tokluk kan řekeri			
Albumin			
Total Protein			
Total Bilirubin			
Direkt Bilirubin			
BUN			
Kreatinin			
Üre			
Ürik asit			
CRP			
Aptt			
INR			
Pt			
CK-MB			
Troponin			
Sedimentasyon			
İdrar Analizi			

Dansite			
pH			
Glukoz			
Keton			
Protein			
Lökosit			
Bilirubin			
Blood			
Diğer Analiz Sonuçları (Bu Tabloda Yer Almayan Hastanın Başka Laboratuvar Sonuçları Varsa Lütfen Buraya Yazınız)			
*Sadece normalden yüksek ya da düşük olan değerlerin nedenlerini ve sonuçlarını hastanın tıbbi durumu ile ilişkilendirerek yorumlayınız.			

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											
ARA TOPLAM											
17.00											
18.00											
19.00											
20.00											
21.00											
22.00											
23.00											
24.00											
ARA TOPLAM											
01.00											
02.00											
03.00											
04.00											
05.00											
06.00											
07.00											
08.00											
ARA TOPLAM											
GENEL TOPLAM											

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

BAİBÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı:

Uygulama Yapılan Hastane/Klinik:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

BÖLÜM I: PROFESYONEL DAVRANIŞLARI DEĞERLENDİRME	Puan= 20	Açıklama
Klinik/Saha Uygulama Yönergesine uygun forma düzenine uyma	2 puan	
Profesyonel davranış sergileyebilme (Çalışma saatlerine uyum, iletişim becerileri, sorumluluk alabilme ve gereğini yapabilme vs.)	2 puan	
Öğrenme ve araştırmaya istekli olma	2 puan	
Klinik uygulamalara teorik bilgi eksiğini tamamlayarak gelme	2 puan	
Klinik uygulamalarda etkin rol almak için istekli olma	2 puan	
Uygulamanın gerektirdiği beceriye ilişkin altyapıya sahip olma	2 puan	
Yaptığı hemşirelik uygulamalarına ilişkin sorumluluk alma ve zamanında gerçekleştirme	2 puan	
Problem çözme becerisi	2 puan	
Acil durumları yönetebilme	2 puan	
Mesleki gelişim için güncel yaklaşımları takip edebilme	2 puan	
Puan Toplamı	20 puan	

BÖLÜM II: HASTA BAŞINDA DEĞERLENDİRME	Puan= 25	Açıklama
Bakım verdiği hastayı tanıma	2 puan	
Hastanın tıbbi tanısını kuramsal düzeyde açıklayabilme	3 puan	
Yaşam bulgularını değerlendirebilme	3 puan	
Hastaneye ne zaman yattığı ve yatış süresini bilme	2 puan	
Hastanın hastaneye başvurudaki sağlık şikayetlerini söyleme	2 puan	
Şu anki sağlık şikayetlerini açıklayabilme	2 puan	
Daha önceki sağlık öyküsünü (hastalık, ameliyat vb) söyleme	2 puan	
Hastanın kullandığı ilaçları ve etkilerini açıklayabilme	3 puan	
Önemli laboratuvar bulgularını yorumlayabilme	3 puan	
Hastaya uygulanan invaziv girişimlerin farkında olma (Üriner katater, IV Katater, NG sonda, dren vb)	3 puan	
Puan Toplamı	25 puan	

BÖLÜM III: KLİNİK UYGULAMA BECERİLERİNİ DEĞERLENDİRME	Puan= 25	Açıklama
Hasta güvenliğini sağlama	2 puan	
Tıbbi/Cerrahi Asepsi ilkelerine uyma	2 puan	
İşleme uygun malzemeleri hazırlayabilme	2 puan	
Teorik bilgiyi uygulamaya aktarabilme	3 puan	
Hastayı yapacağı uygulamalara ilişkin bilgilendirebilme	2 puan	
İşlem basamaklarını doğru uygulayabilme	10 puan	
Yapılan uygulamanın etkisini değerlendirebilme	2 puan	
İşlemleri kayıt altına alma becerisi	2 puan	
Puan Toplamı	25 puan	

BÖLÜM IV: HEMŞİRELİK SÜRECİNİ DEĞERLENDİRME	Puan= 30	Açıklama
Veri Toplama	6 puan	
Tanımlama	6 puan	
Girişimleri planlama	6 puan	
Uygulama	6 puan	
Değerlendirme	6 puan	
Puan Toplamı	30 puan	
ÖĞRETİM ELEMANI/HEMŞİRENİN ADI SOYADI / İMZASI:		