



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

Doküman No : RH.05  
İlk Yayın Tarihi : 15.6.2024  
Revizyon Tarihi :  
Revizyon No :  
Sayfa No : 15

**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. 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.)

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			
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 olur? <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? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	İlacın adı	Dozu /Sıklığı	Yolu	Etkisi
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 varolan yakınma/lara yönelik yaptığı/yapılan uygulamalar nelerdir?				
Doktor tarafından belirlenen ön tanı/tanılar nedir?				

<b>Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri</b>	
<b>Sağlığı Algılama-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"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (nedeni).....
Egzersiz yapar mı? Ara sıra/sürekli egzersiz yapıyor ise tipini, sıklığını, süresini açıklayınız:	<input type="checkbox"/> Evet ..... <input type="checkbox"/> Ara sıra ..... <input type="checkbox"/> Hayır (nedeni).....
Tütün/sigara içeriyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bıraktı ..... gün/ay/yıl önce bıraktı ve ..... paket/yıl içti. <input type="checkbox"/> Evet ..... paket/gün içeriyor ve ..... ay/yıldır içeriyor.
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 içeriyor ve ..... ay/yıldır içeriyor.
Sigara/alkol kullanıyorsa bırakmak ister mi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Daha önce alkol/tütün/sigara bırakmayı denedi mi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (hangi yöntem kullanıldı?).....
Sosyal olarak alkol/tütün/sigara tüketiyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Pasif içicilik (2.elden ve 3.elden) var mı?	<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)
Bel Çevresi..... cm	
Kalça çevresi.....cm	
Bel/Kalça oranı:...../.....	
Herhangi bir beslenme tedavisi var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Beslenme tedavisi şekli nedir?	<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 : .....
Tıbbi 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
Sebebi:	<input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> İştahsızlık <input type="checkbox"/> Tat değişikliği <input type="checkbox"/> Diğer.....
Son 1 ayda kilo değişimi:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (nasıl bir kilo kaybı ve miktarını belirtiniz) <input type="checkbox"/> İstemli kilo artışı ..... kg <input type="checkbox"/> İstemsiz kilo artışı..... kg <input type="checkbox"/> İstemli kilo kaybı ..... kg <input type="checkbox"/> İstemsiz kilo kaybı..... kg

<b>Boşaltım Örüntüsü:</b>			
<b>Bağırsak Boşaltımı</b>		<b>İdrar Boşaltımı</b>	
En son bağırsak boşaltım tarihi: .....		İdrara çıkma sıklığı: ..... kez/günde	
Bağırsak boşaltımı ile ilgili sorunlar: <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Fekal inkontinans <input type="checkbox"/> Diyare : ..... kez/günde <input type="checkbox"/> Konstipasyon : ..... kez/haftada <input type="checkbox"/> Diğer.....		İdrar boşaltımı ile ilgili sorunlar: <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Dizüri      Hematüri <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> İdrar inkontinansı <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> Diğer.....	
Bağırsak boşaltımında kullanılan yöntemler <input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Laksatif kullanma <input type="checkbox"/> Diğer.....		İdrar boşaltımında kullanılan yöntemler <input type="checkbox"/> Ürostomi <input type="checkbox"/> Kalıcı kateter <input type="checkbox"/> Aralıklı kateter <input type="checkbox"/> Diğer..... <input type="checkbox"/> Üriner kateteri-Kaçıncı günü:.....	
<b>Derinin İşlevleri</b> Terlemede Artış <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Açıklayınız: .....			
<b>Aktivite-Egzersiz Örüntüsü:</b>			
<b>Günlük Yaşam Aktiviteleri</b>			
<b>Etkinlikler</b>	<b>Puan</b>	<b>Bağımsız (1 Puan)</b>	<b>Bağımlı (0 Puan)</b>
Banyo yapma	.....	Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor.	Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor.
Giyinme	.....	Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir).	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma	.....	Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. aktiviteleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor.
Transfer	.....	Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor.	Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
Kontinans	.....	Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut.	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut
Beslenme	.....	Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor (Yemeği başkası hazırlayabilir).	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç
<p><i>GYA sürdürmede enerji düzeyi</i>  <input type="checkbox"/> Yeterli      <input type="checkbox"/> Yetersiz</p> <p><i>Aktivite sırasında yaşanan şikayetler</i>  <input type="checkbox"/> Dispne   <input type="checkbox"/> Çarpıntı   <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı   <input type="checkbox"/> Yorgunluk  <input type="checkbox"/> Diğer .....</p> <p><i>Kullanılan yardımcı araçlar</i>  <input type="checkbox"/> Baston   <input type="checkbox"/> Walker   <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye   <input type="checkbox"/> Diğer.....</p>			

**Uyku-Dinlenme Örüntüsü:**

Gece uyku süresi .....saat

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

Uyku düzenini bozan faktörler:

- 
- Psikolojik sorunlar
- 
- 
- Gece sık idrara çıkma
- 
- 
- Gündüz uyuma
- 
- 
- Diğer .....

- 
- Rüya (kabus) görme
- 
- 
- Nefes darlığı yaşama

Uyku/dinlenme örüntüsünü düzenlemeye/ kolaylaştırmaya yönelik yapılan uygulamalar

- 
- Yok
- 
- 
- Var
- 
- 
- Banyo /ılık duş
- 
- 
- Çift yastık
- 
- 
- İlaç
- 
- 
- Kitap okuma
- 
- 
- Sıcak içecek
- 
- 
- Diğer.....

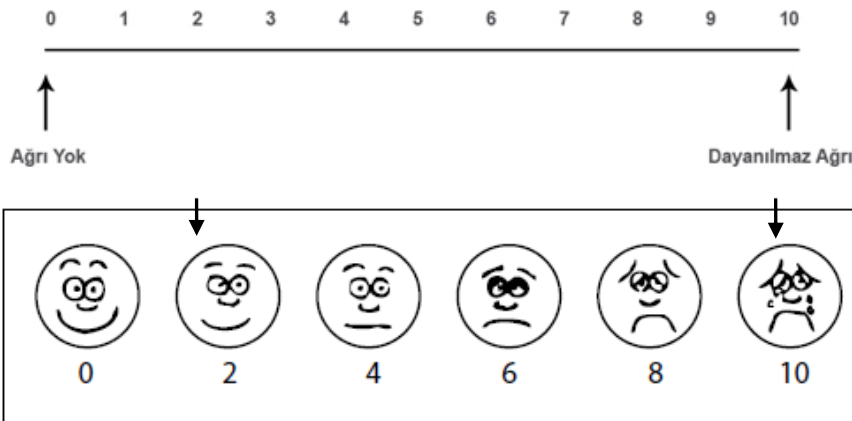
**Bilişsel – Algısal Örüntü:**

- 
- Görme yetersizliği
- 
- 
- Miyop
- 
- 
- Hipermetrop
- 
- 
- Astigmatizm
- 
- 
- Gözlük
- 
- 
- Şaşılık
- 
- 
- Katarakt
- 
- 
- Glokom
- 
- 
- Lens
- 
- 
- İşitme Yetersizliği
- 
- 
- Sağ
- 
- 
- Kısmi
- 
- 
- Sol
- 
- 
- Kısmi
- 
- 
- İşitme cihazı
- 
- 
- Tam
- 
- 
- Tam
- 
- 
- Konuşma yetersizliği
- 
- 
- Kekeme
- 
- 
- Anlamsız kelimeler
- 
- 
- Tercüman gereksinimi
- 
- 
- Hallüsinasyon/İllüzyon (Açıklayınız).....
- 
- 
- Konsantrasyon bozukluğu / dikkat eksikliği (Açıklayınız).....
- 
- 
- Öğrenmede zorluk (Açıklayınız).....
- 
- 
- Amnezi
- 
- 
- retrograd amnezi
- 
- 
- anterograd amnezi

**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.

**Ağrıyı Azaltan Faktörler:**

- 
- Ortam değişikliği
- 
- Hareket
- 
- Pozisyon
- 
- Masaj
- 
- İlaç
- 
- Diğer.....

**Ağrıyı Arttıran Faktörler:**

Oturma  Masaj  Hareket  Pozisyon  Diğer.....

Hastanın ağrıyı azaltmak için yaptığı herhangi bir uygulama.

Var: Açıklayınız..... Yok

Ağrının yaşam kalitesine etkisi:

*Eşlik eden bulgular:*

Bulantı-kusma  Uykusuzluk  İştahsızlık  Fiziksel aktivitede azalma-artma  
 Sosyal aktivitede  Terleme  Diğer.....

***Kendini Algulama – 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: .....

***Rol-İlişki Örüntüsü:***

Aile tipi  Çekirdek Aile  Geniş Aile

Birlikte yaşadığı kişiler  Yalnız  Eş  Eş ve çocuklar  Diğer.....

Aile içindeki rol/rolleriniz nelerdir? Açıklayınız:.....

Hastalığınız nedeniyle aile içindeki rolleri üstlenmekte sorun yaşıyor musunuz? Açıklayınız:.....

Hayır  Evet

Hastalığınız aile içi ilişkilerinizi/iletişiminizi etkiledi mi? Açıklayınız:.....

Hayır  Evet

Hastalığınız iş hayatınızı etkiledi mi? Açıklayınız:.....

Hayır  Evet

Hastalığınız arkadaş/komşu/akrabalar ile ilişkilerinizi/iletişiminizi etkiledi mi? Açıklayınız:.....

Hayır  Evet

Yardıma ihtiyacınız olduğunda size destek olabilecek kişiler var mı? Açıklayınız:.....

Hayır  Evet

***Cinsellik – Üreme Örüntüsü:***

Normal  İmpotans  İnfertilite  Cinsel yolla bulaşan hastalık

Libidoda azalma  Vajinal kuruluk  Cinsel aktivitede ağrı  Aşırı kanama

Menstrual siklusta değişim oldu mu? Açıklayınız:.....

Hayır  Evet

Hastalığınız/tedaviniz cinsel yaşamınızı etkiledi mi? Açıklayınız:.....

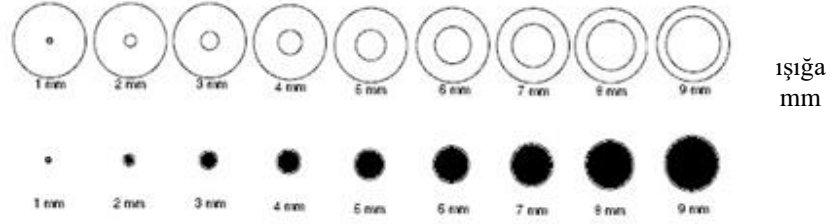
Hayır  Evet

<b>Başetme-Stres Toleransı Örüntüsü:</b>	
Hastalığınızın ortaya çıkmasına neden olan bir olay/durum yaşadınız mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Açıklayınız:.....
Stresli olduğunuzda sakinleşmek için ne yaparsınız? Açıklayınız.....	
Hastalık veya hastaneye yatmaya ilişkin endişeleri (Parasal, özbakım..) <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Açıklayınız .....	
<b>Değer-İnanç Örüntüsü:</b>	
Hastalığınızın tedavisini etkileyen dinsel/kültürel inançlarınız var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Açıklayınız:.....
Hastalığınız değer ve inançlarınızı etkiledi mi? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Açıklayınız:.....
Geleceğe ilişkin hedefleriniz nelerdir? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	Açıklayınız:.....

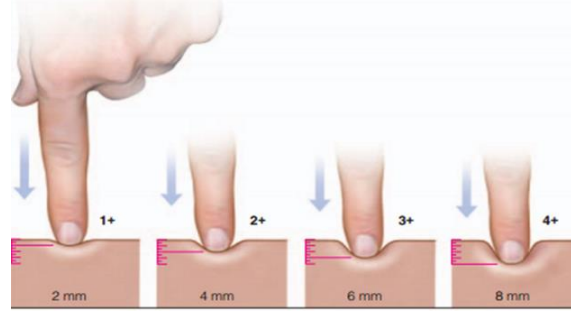
<b>Fiziksel Değerlendirme Bulguları</b>	
<b>Baş-Boyun:</b>	<b>Solunum Sistemi:</b>
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kuruluk <input type="checkbox"/> Aşırı yağlanma <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Saç derisinde pullanma <input type="checkbox"/> Saç kaybı <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 dolum <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"/> Soluk <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Sarılık <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Ödem <input type="checkbox"/> Kaşıntı	<input type="checkbox"/> Peteşi <input type="checkbox"/> Purpura <input type="checkbox"/> Ekimoz <input type="checkbox"/> Çomak parmak <input type="checkbox"/> Kaşık tırnak <input type="checkbox"/> Tüp/Dren/katater

Fiziksel değerlendirmeniz sırasında gözlemediğiniz bulguların yerini ve özelliklerini açıklayınız.

Örneęin; hastanızın pupilleri tepki olarak küçülüyor ve çapı 3 ise 3+ olarak belirtiniz.



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



Ödem derecesini resimde gösterildięi gibi belirleyiniz.



**FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ VE FİZİKSEL DEĞERLENDİRME  
ÖZET TABLOSU**

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri	Hemşirelik Tanısı/Tipi
<b>1. Sağlığı algılama ve sağlığın yönetim biçimi</b> (bireyin sağlığı ve iyilik halini nasıl algıladığını ve nasıl yönettiğini tanımlar)	
<b>2. Beslenme-metabolik durum</b> (metabolik gereksinimine göre yeme-içme tüketimini tanımlar)	
<b>3. Boşaltım örüntüsü</b> (barsaklar, mesane ve cilt yoluyla sekresyon biçimini ve boşaltılmasını tanımlar)	
<b>4. Aktivite- egzersiz</b> (bireyin uyku durumu ile aktiviteleri, yaptığı egzersiz, boş vakitlerini değerlendirme ve eğlence biçimini tanımlar)	
<b>5.Uyku- dinlenme</b>	
<b>6.Bilişsel algılama</b> (bireyin duyuşsal algılama ve biliş durumunu tanımlar)	
<b>7.Kendini algılama ve benlik kavramı</b> (bireyin kendini rahatlatma, beden bilinci ve duygusal durumunu tanımlar)	
<b>8.Rol ve ilişki şekli</b> (toplumda ve aile içinde üstlendiği rol ve ilişkileri tanımlar)	
<b>9.Cinsellik ve üreme şekli</b> (cinselliğini ve üreme şeklini tanımlar)	
<b>10.Başetme-stresi tolere etme şekli</b> (genelde stres ile başetme ve stresi tolere etmedeki etkinliği tanımlar)	
<b>11.Değer ve inançlar</b> (bireyin değerleri, inançları, kararları ve seçeneklerine yön veren amaçları tanımlar)	

Laboratuvar alışmaları	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 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			
<b>İdrar Analizi</b>			

Dansite			
pH			
Glukoz			
Keton			
Protein			
Lökosit			
Bilirubin			
Blood			
<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>			





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