



Özel Ekol Hastanesi

GÖZ KLİNİĞİ HASTA DEĞERLENDİRME VE TAKİP FORMU



Hasta Adı Soyadı:

Bölüm/ Oda No:

Dosya / Bilgisayar No:

Mesleği:

Eğitim durumu:

Çocuk sayısı:

Tam / Hastalık kodu:

Cinsiyet/Yaşı:

Hasta yakını iletişim Numarası :

KAN GRUBU: _____

Hastaya daha daha önce kan transfüzyonu

yapıldı
 yapılmadı

Yapılan kan transfüzyonunda reaksiyon

gelişti
 gelişmedi

Alerjileri (ilaç, Gıda, Flaster vb.):

*İlaç alerjilerinde kırmızı bileklik takılması

HASTANESİNE GELİŞ ŞEKLİ		GÜVENLİ ÇEVREYİ SAĞLAMA ve TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ							
<input type="checkbox"/> Yürüyerek	<input type="checkbox"/> Hasta bilekliği kullanımı	Kısıtlama ihtiyacı (Kendisine ve Çevresine zarar verme ihtimali)	Var Yok						
<input type="checkbox"/> Sedyeye	<input type="checkbox"/> Hasta odası tanıtımı	İzolasyon							
<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Servis tanıtımı	Varsa izolasyon şekli :							
GELDİĞİ YER		<input type="checkbox"/> Düşme riski önlemleri alınması	<input type="checkbox"/> Temas <input type="checkbox"/> Sıkı Temas <input type="checkbox"/> Damlacık <input type="checkbox"/> Solunum						
<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Diğer.....		<input type="checkbox"/> Hastane kuralları hakkında bilgilendirme							
SİSTEM TANILAMASI									
FİZİKSEL GEREKSİMLERİ KARŞILAMA DURUMU	<input type="checkbox"/> Bağımlı <input type="checkbox"/> Yarı bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımsız	GÖRME	Sağ Göz; <input type="checkbox"/> Görüyor <input type="checkbox"/> Görmüyor <input type="checkbox"/> Kızarıklık/Akıntı <input type="checkbox"/> Diğer _____	GİS	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Diğer _____	SOLUNUM- GÖĞÜS	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Öksürme <input type="checkbox"/> Diğer _____	EMASYONEL	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Depresif <input type="checkbox"/> Ağlıyor <input type="checkbox"/> Heyecanlı <input type="checkbox"/> Diğer _____
BİLİNÇ DURUMU	<input type="checkbox"/> AÇIK <input type="checkbox"/> KAPALI <input type="checkbox"/> KONFÜZE	NÖROLOJİK	Sol Göz; <input type="checkbox"/> Görüyor <input type="checkbox"/> Görmüyor <input type="checkbox"/> Kızarıklık/Akıntı <input type="checkbox"/> Diğer _____	İŞİTME/KONUŞ MA	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Konuşamama <input type="checkbox"/> Az Duyuyor <input type="checkbox"/> Duymuyor <input type="checkbox"/> İşitme Cihazı <input type="checkbox"/> Diğer _____	GENİTO	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Sık idrar <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Diğer _____	DERİ	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Solgun <input type="checkbox"/> Terli <input type="checkbox"/> Diğer _____
HASTANESİNE YATMA NEDENİ	<input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Tedavi <input type="checkbox"/> Ameliyat	KAS-İSKELET	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Baş dönmesi <input type="checkbox"/> Diğer _____	BESLENME	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/> Diğer _____	KARDİYO VASKÜLER	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Diğer _____		
DAHA ÖNCE HASTANESİNE YATTI MI?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Kronik hastalıklar: <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/> Diğer: _____							
DAHA ÖNCE AMELİYAT OLDU MU?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Geçirilen hastalıklar:							
SÜREKLİ KULLANDIĞI	<input type="checkbox"/> Kalp pili <input type="checkbox"/> Kalp kapakçığı <input type="checkbox"/> Diş protezi <input type="checkbox"/> Diğer	Geçirilmiş Enfeksiyon Varlığı							
Sürekli kullandığı ilaçlar:		Sürekli kullandığı ilaçlar:							
Hastanın yanında getirdiği ilaçlar		<input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> VAR *(HB.FR.24 FORMUNU DOLDURUNUZ.)							
YAŞAM BULGULARI:	Ateş: _____ Nabız: _____ Solunum: _____ Kan Basıncı: _____	HbsAg : <input type="checkbox"/> Negatif: <input type="checkbox"/> Pozitif	Boy: _____ Kilo: _____						
		HCV : <input type="checkbox"/> Negatif: <input type="checkbox"/> Pozitif	Son 6 (altı) ayda istemsiz kilo kaybı var mı? <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR						

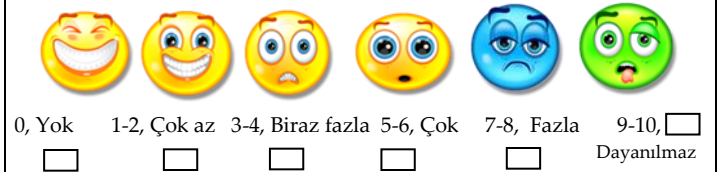
GLASKOW KOMA SKALASI

Göz Açılması	Skor	Motor yanıt	Skor
Spontan	4	Emirlere tam uyum	6
Sözlü uyarılarla	3	Lokelize	5
Ağrılı uyarılarla	2	Çekme (flexör yanıt)	4
Yanıt yok	1	Dekortike rijiditesi	3
Verbal Yanıt		Deserebre rijiditesi	2
		Yanıt yok	1
		Skor	Toplam Skor
Oriante (Kooperasyon kuruluyor)	5		
Konfüze (Dezoryante)	4		
Uygunsuz kelimeler	3		
Anlamsız sesler	2		
Yanıt yok-Entübe	1		

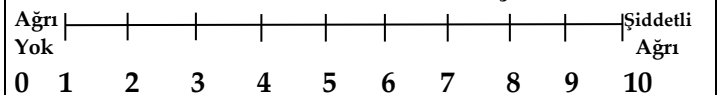
AĞRI TANILAMA

(Skor 3'ün üzerinde ise Ağrı Değerlendirme ve Takip formuna geçiniz.)

YÜZ SKALASI (3-14 yaş)



NUMERİK SKALA (14 Yaş üzeri)



Doküman No
HB.FR.67

Yayın Tarihi
09.12.2016

Revizyon No
00

Revizyon Tarihi
-

Sayfa No
1 / 3



Özel Ekol Hastanesi
GÖZ KLİNİĞİ HASTA DEĞERLENDİRME VE TAKİP FORMU



Hazırlayan	Hazırlayan	Kontrol Eden	Kontrol Eden
Tedavi ve Bakım Hiz. Müd. Yeşim İNCİ	Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Cemşah YAZICI	Hastane Müdürü Mustafa Işık İNALSÜ	Tedavi ve Bakım Hiz. Müd. Yeşim İNCİ
Son Kontrol		Onay	
Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay Çağlar		Başhekim Op. Dr. Sühan Gazioglu	

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.FR.67	09.12.2016	00	-	3 / 3