Özel Ekol Hastanesi

GEBE GÜNLÜK TAKİP FORMU

Tarih: ...../...../.....

Adı Soyadı: Hastaneye Yatış Tarihi: **ALERJİ:**
Yaşı: Tanı: **KAN GRUBU:**
Gebelik Haftası:

Düşme Riski : ☐ ☑ Yüksek Risk ☐ Düşük Risk **Transport Şekli** : .....
İzolasyon : ☐ Yok ☐ Var **Varsa Şekli** : .....
Kısıtlama : ☐ Yok ☐ Var **Varsa Şekli** : .....
Mobilizasyon : ☐ İmmobil ☐ Mobil ☐ Sadece Tuvalete Gidebilir ☐ Yatak Kenarlıkları Yükseltme **Mob. Saati:** ….:….
Beslenme : ☐ Parenteral ☐ Oral Açık ☐ Oral Kapalı (*Açılacak Saat: ……:……*) **DİYET:** .....

VİTAL SEMPTOMLAR

Saat	Kan Basıncı (mmHg)	Nabız (Dk.)	Solunum (Dk.)	Ateş (°C)	SpO_2	Kan Şekeri Sonuç

GEBE İZLEM

Saat	TV (cm)	Efesman (%)	Baş Seviyesi	Poş	NST / ÇKS	Kanama

GÜNLÜK RİSK DEĞERLENDİRME

Ağrı Değerlendirme:
08:00 - 16:00 ; ☐ Yok ☐ Var **Skoru:…….**
16:00 - 08:00 ; ☐ Yok ☐ Var **Skoru:…….**

Bilinç Değerlendirme (Glaskow):
☐ Oryante ☐ Konfüze ☐ Stupor ☐ Prekoma ☐ Koma

Cilt Bütünlüğü Kontrolü:
☐ Normal ☐ Bası Yarası Hemş. Bak. Başlandı.

Ödem Değerlendirme:
Bölge : .....
Tanılama: ☐ +(1) ☐ ++(2) ☐ +++(3) ☐ ++++(4)

Beslenme Değerlendirme: ☐ Normal ☐ Diyetisyen

Düşme Riski Değerlendirme:
Değerlendirme Tarihi: …./…./20…. **Değerlendirme Puanı:** .....
Değerlendirme Gerekçesi: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

UYGULAMA&GİRİŞİMLERİ	+	Uygulama Saati	Kontrol/Bakım Sabah	Kontrol/Bakım Akşam
Angiocath				
Üçlü Musluk				
İnfüzyon Set Değ.				
Hijyen Uygulamaları				

Hemşire Gözlem *(Paraf atınız.)*

UYGULAMA&GİRİŞİMLERİ	+	Uygulama Saati	Kontrol/Bakım Sabah	Kontrol/Bakım Akşam	Gelen Sıvı Saat	Gelen Sıvı Miktar	Gelen Sıvı Saat	Gelen Sıvı Miktar	Gelen Sıvı Saat	Gelen Sıvı Miktar
Dren Takibi										
Ürofiks Sonda/İdrar Torbası/Foley Kateter										
Lavman										
OGS/Nazogastrik										
Nefes Egzersizi										
Egzersiz										

AÇT			
	ALDIĞI SIVI TOPLAM	08:00-16:00:	16:00-08:00:
	ÇIKARDIĞI SIVI TOPLAM	08:00-16:00:	16:00-08:00:

Sorumlu Hemşire Ad-Soyad / İmza:

07																
06																
05																
04																
03																
02																
01																
24																
23																
22																
21																
20																
19																
18																
17																
16																
15																
14																
13																
12																
11																
10																
09																
08																
VERİLİŞ SÜRESİ																
UYGULAMA ŞEKLİ																
UYGULAMA ZAMANI																
UYGULAMA DOZU																
FORMU																
İlaç /Mayi Adı *Hekimin order formülünü yazınız.																