



Özel Ekol Hastanesi

DİYARESİ (İSHALİ) OLAN ÇOCUK HASTA
TABURCULUK ve EĞİTİM FORMU-A



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EY.FR.72	25.11.2025	00	-	1 / 1

Hastanın Adı-Soyadı:

Bölümü :

Protokol Numarası :

Oda Numarası :

Cinsiyeti :

Tanı/Hastalık Kodu :

Hastanın Mevcut Yaşam Koşulları	Ailesi ile yaşıyor <input type="checkbox"/>
	Diğer (Açıklayınız) <input type="checkbox"/>

Evde Bakımına Yardımcı Kimse Var mı?	Hayır <input type="checkbox"/>
	Evet (Açıklayınız:) <input type="checkbox"/>

Hastalığı ve Tedavisi Hakkında Bilgisi Var Yok

Hastanın Taburculuktan Sonra Gideceği Yer:

Hasta/Yakınına Taburcu Olacağına Bildirilme Tarihi/ Saati :

- Δ Hastanın hazırlanmasına yardım edilmesi
- Δ Varsa eşyasının teslimi
- Δ Dolaşım bozukluğu belirtilerinin öğretilmesi, görülürse hekimle iletişim kurmasının söylenmesi
- Δ Tekrar ateşlenmesi durumunda 4 saatte bir düzenli ateş ölçümü yapması gerektiğinin söylenmesi
- Δ Enfeksiyon belirtilerinin öğretilmesi, görülürse hekimle iletişim kurmasının söylenmesi

TEDAVİ

İlaç	Saati	Aç / Tok
1-		
2-		
3-		
4-		
Kan sulandırıcı ilaç kullanımı:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var Kullanım kılavuzu verildi.

TABURCULUK EĞİTİMİ KONU BAŞLIKLARI

DİYET/NÜTRİSYONEL DESTEK	
AKTİVİTE/EGZERSİZ	Özel Egzersiz Programı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....
EL HİJYENİ-BANYO	
AĞRI YÖNETİMİ	Ağrı skoru:..... Ağrı kesici ilaç: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var..... Nonfarmakolojik Yöntem: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....
YARDIMCI ARAÇ GEREÇLER	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var.....
OLASI SORUN BELİRTİLERİ	
ÖZEL UYARILAR	
KONTROL (Hangi doktora / Ne zaman / Nasıl başvurulacağı)	
DANIŞILABİLCEK İSİM ADRES TELEFONLAR:	

Hemşire Ad-Soyad/İmza:

Hasta veya Hasta Yakını Ad-Soyad/İmza: