Özel EKOL HASTANESİ

HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TAKİP VE TEDAVİ FORMU

HASTA BİLGİLERİ **Tarih: ……/……/20……** **Yatış Günü: …………**

Hastaya ait barkod yapıştırınız.

ADI-SOYADI : ……………………… **YATIŞ TARİHİ** : ……………………… **KAN GRUBU***(Lab.)* : ………………………

YAŞI : ……………………… **TANI** : ……………………… **ALERJİ** : ………………………

ODA NO : ……………………… **HEKİMİ** : ………………………

Kimlik Tanımlayıcı : ☐ Mevcut ☐ Mevcut Değil

Enfeksiyon / İzolasyon : ☐ Yok ☐ Var **Varsa Şekli** : ……………………

Kısıtlama : ☐ Yok ☐ Var **Varsa Şekli** : ……………………

Gaz / Gaita Çıkışı : ☐ Yok ☐ Var **Çıkış Saati** : ……………………

Beslenme : ☐ NG Sonda ☐ Parenteral ☐ Oral Açık ☐ Oral Kapalı (*Açılacak Saat: ……:……*) **DİYET:** ……………………

Mobilizasyon : ☐ Mobil ☐ İmmobil ☐ Sadece Tuvalete Gidebilir ☐ Yatak Kenarları Yükseltme **Mob. Saati:** ……:……

VİTAL BULGU TAKİBİ

Saat	Tansiyon *(mmHg)* / Bölge	Nabız *(dk.)* / Bölge	Solunum	Ateş *(°C)* /Bölge	SpO_2	Kan Şekeri	İdrar Miktarı *(ml)* *(Foley S. / Üriner K.)*	Ağrı Değ. *(Skala:…………………)*	Paraf

TEDAVİ TAKİBİ

Verilen İlaç / Mayi Adı	Uygulama Dozu	Uygulama Şekli	Veriliş Süresi	Uygulama Zamanı																							
				08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07

Özel EKOL HASTANESİ

HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TAKİP VE TEDAVİ FORMU

HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ & BAKIM UYGULAMALARI	Girişim / Değişim Saati *(Paraf)*	Takip Sıklığı	Takip Bilgileri *(Paraf)*	Takip Bilgileri *(Paraf)*	Takip Bilgileri *(Paraf)*
Periferik Venöz Kateter İnfiltrasyon Varlığı; ☐ Yok ☐ Var Ekstravazasyon Varlığı; ☐ Yok ☐ Var Flebit Varlığı; ☐ Yok ☐ Var					
Riskli Kateter Varlığı ☐ Yok ☐ Var					
İnfüzyon Set Değişimi					
Üriner Kateter					
OGS / NGS					
O_2 Takviyesi					
Aspirasyon Girişimi					
Ağız Bakımı					
Lavman					

AKTİVİTE UYGULAMALARI	Uygulama Sıklığı	Uygulama Saati *(Paraf)*	Uygulama Saati *(Paraf)*	Uygulama Saati *(Paraf)*	Uygulama Saati *(Paraf)*
Mobilizasyon					
Masaj Yapma					
Pozisyon Değiştirme					
Aktif Pasif Egzersiz					
Nefes Egzersizi					
Hijyen Uygulamaları					

GÜNLÜK RİSK DEĞERLENDİRME

Düşme Riski Değerlendirme (Harizmi II / İtaki II):

(1)Değerlendirme Tarihi: …./…./20…. **Risk Değerlendirme Puanı:** ……

Değerlendirme Gerekçesi: ☐ 1 = ☐ 2 = ☐ 3 = ☐ 4 = ☐ 5 =

(2)Değerlendirme Tarihi: …./…./20…. **Risk Değerlendirme Puanı:** ……

Değerlendirme Gerekçesi: ☐ 1 = ☐ 2 = ☐ 3 = ☐ 4 = ☐ 5 =

(3)Değerlendirme Tarihi: …./…./20…. Risk Değerlendirme Puanı: ……

Değerlendirme Gerekçesi: ☐ 1 = ☐ 2 = ☐ 3 = ☐ 4 = ☐ 5 =

Cilt Bütünlüğü Değerlendirme (Braden):

08:00 - 16:00 ; ☐ Normal ☐ Bası Yarası Hemş. Bak. Başlandı.

16:00 - 08:00 ; ☐ Normal ☐ Bası Yarası Hemş. Bak. Başlandı.

Ödem Değerlendirme:

Bölge : ……

Tanılama: ☐ +(1) ☐ ++(2) ☐ +++(3) ☐ ++++(4)

☐ VTE ımprove skor: …….. ☐ VTE caprini skor: …….. ☐ Kanama riski skor: ……..

☐ Post-op VTE caprini skor: ……..

Beslenme Değerlendirme: ☐ Normal ☐ Diyetisyen

08:00 - 16:00 ; ☐ Yeterli ☐ Yetersiz

16:00 - 08:00 ; ☐ Yeterli ☐ Yetersiz

Bilinç Değerlendirme (Glasgow):

08:00 - 16:00 ; ☐ Oryante ☐ Konfüze ☐ Stupor ☐ Prekoma ☐ Koma

16:00 - 08:00 ; ☐ Oryante ☐ Konfüze ☐ Stupor ☐ Prekoma ☐ Koma

DREN TAKİBİ

Dren Bilgileri	Gelen Sıvı / Niteliği		Gelen Sıvı / Niteliği		Gelen Sıvı / Niteliği		Gelen Sıvı / Niteliği	
	Saat	Miktar	Saat	Miktar	Saat	Miktar	Saat	Miktar

Aldığı Toplam		Çıkardığı Toplam	
08:00 - 16:00		08:00 - 16:00	
16:00 - 08:00		16:00 - 08:00	
		24 Saatlik Balans:	

SÖZEL ORDER KAYITLARI

Talimatı Veren Hekim	Talimatı Alan Hemşire	Talimat Şekli	Talimat Saati	İlaç / Mayi Adı	Uygulama Dozu	Uygulama Şekli	Veriliş Süresi	Uygulama Zamanı	Hekim İmza
		☐ Sözel ☐ Tlf.							
		☐ Sözel ☐ Tlf.							
		☐ Sözel ☐ Tlf.							

AĞRI TANILAMA

Ağrının Yeri;

Başlama Saati;

Ağrının Yayılımı;
☐ Yok ☐ Var *(var ise)* ⇨

Yayılma Alanı;

Ağrı Tipi;
☐ Akut ☐ Kronik

Ağrı Netliği;
☐ Sürekli ☐ Aralıklı

Ağrıyı Artıran Faktörler;

Ağrıyı Azaltan Faktörler;

Ağrının Özelliği;

☐ Batıcı ☐ Zonklayıcı ☐ Bastırıcı ☐ Yanıcı
☐ Keskin ☐ Künt ☐ Sıkıştırıcı ☐ Derin
☐ Ezici ☐ Dolgunluk ☐ Uyuşuk ☐ Elektrik Çarpması
☐ Kolik ☐ Saplanıcı ☐ Hassasiyet

AĞRI TEDAVİSİ

Saat	Farmakolojik Yöntem – İlaç	Farmakolojik Yöntem – Veriliş Yolu	Nonfarmakolojik Yöntem (Hemşirelik Girişimleri)	Ağrı Skoru *(Skala:……)*	Komplikasyon	Hemşire / Onay

İlaç Uygulamalarından Sonra Yeniden Değerlendirme

Oral ilaç, rektal : 1 saat sonra **Intramuskuler ilaç** : 45 dakika sonra
Intravenöz ilaç : 15 dakika sonra **Supkutan İlaç** : 30 dakika sonra
Cerrahi Müdahale Sonrası İlk 6 Saatte: saatte 1 defa / **24 Saate Kadar:** 4 saatte 1 defa

HEMŞİRE GÖZLEM NOTLARI

Saat	08:00 - 18:00	Saat	18:00 - 08:00
	Hemşire Ad-Soyad/İmza		*Hemşire Ad-Soyad/İmza*

Sorumlu Hemşire Ad-Soyad/İmza: