



Özel EKOL HASTANESİ

GÖZ HASTALIKLARI GÜNÜBİRLİK YATAN HASTA TAKİP FORMU



HASTA BİLGİLERİ

HASTA ADI-SOYADI :
GELİŞ ŞİKAYETİ :
YATIŞ TARİHİ :
YATIŞ ENDİKASYONU :

Hastaya ait barkod yapıştırınız.

HEMŞİRELİK KABUL BİLGİLERİ

Hastaneye Geliş Şekli: <input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye <input type="checkbox"/> Sedye	Geldiği Yer: <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Acil Servis <input type="checkbox"/> Diğer
Kan Grubu:	Daha Önce Kan Transfüzyonu: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
	Yapılan Kan Transfüzyonunda Reaksiyon (varsa): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız.)
Alerji İlaç : Besin : Diğer :	Geçirilmiş Enfeksiyon Öyküsü; Sürmekte Olan Enfeksiyon (Son bir hafta nezle/grip dahil); İzolasyon: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Solunum <input type="checkbox"/> Damlacık <input type="checkbox"/> Temas
HBsAg (Laboratuvar Sonucu): <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif HCV (Laboratuvar Sonucu): <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif	Oral: <input type="checkbox"/> Kapalı <input type="checkbox"/> Açık
Kronik Sistemik Hastalıklar / Sistem Tanılaması;	Geçirilmiş Ameliyat Öyküsü;
Sigara / Alkol / Diğer Madde Bağımlılığı;	Anestezi Öyküsü / Şekli / Varsa Reaksiyonu;

BÖLÜM UYUM EĞİTİMİ VE TEMEL GÜVENLİK İLKELERİ

<input type="checkbox"/> Hasta Kimliklendirme Bilekliği Kullanımı	<input type="checkbox"/> Düşme Riski Önlemleri Alınması
<input type="checkbox"/> Servis Tanıtımı	<input type="checkbox"/> Hastane Kuralları Hakkında Bilgilendirme
<input type="checkbox"/> Hasta Odası Tanıtımı	<input type="checkbox"/> Acil Durum Tahliye Tanıtımı
Hasta Kısıtlaması: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (HB.FR.30 Formunu Doldurunuz.)	
Ölüm Korkusu / Ölümle İlgili Konuşma; <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Özel / Dini / Kültürel Gereksinimler (varsa);	

HASTA İLAÇ BİLGİLERİ

Sürekli Kullanmak Zorunda Olduğu İlaçlar;

Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçlar;

Yok Var (HB.FR.24 Formunu Doldurunuz.)

DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME

İtali II (18 yaş üstü) / Harizmi II (18 yaş altı):
..... Puan

ÖDEM DEĞERLENDİRME

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

BİLİNÇ DEĞERLENDİRME

Glasgow
 Oryante Konfüze Stupor Prekoma Koma
 VTE improve skor: VTE caprini skor:

BESLENME DEĞERLENDİRME

Boy: Kilo:
Vücut Kitle İndeksi (VKİ) < 20,5 kg/m² mi?: Evet Hayır
 Kanama riski skor:

AĞRI DEĞERLENDİRME

Yüz Skalası (Konuşamayan erişkin veya çocuk hastalarda kullanılır.)



Ağrı Skoru:

Numerik Skala (7 yaş ve üzeri bilinci açık hastalarda kullanılır.)



Ağrı Skoru:

Değerlendirmeyi Yapan Hemşire Adı Soyadı / İmza:

VİTAL BULGU TAKİBİ

Saat	Tansiyon / Bölge	Nabız (mmHg)	Solunum	Ateş (°C) / Bölge	Kan Şekeri	Paraf
İşlem Öncesi						
İşlem Sonrası						

Doküman No

Yayın Tarihi

Revizyon No

Revizyon Tarihi

Sayfa No

HB.FR.34

18.10.2021

02

10.04.2023

1 / 2

