



Özel EKOL HASTANESİ
KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HEMŞİRE GÜNLÜK TEDAVİ VE GÖZLEM FORMU



Tarih : Hastanın Yatış Günü / Seviye
Adı Soyadı : Tanı :
Protokol No. : Kan Grubu :
Yaş / Kilo : İlgili Branş Hekimi :
Alerji Varlığı : Yok Var.....
Geldiği Yer : Ev Bakım Evi Başka Hastane Diğer.....
Enfeksiyon Varlığı; Yok Var.....
İzolasyon : Yok Var.....
Mobilizasyon : İmmobil Mobil Sadece Tuvalete Gidebilir
Beslenme : Oral Açık Oral Kapalı Beslenme Yolu:..... DIYET:.....

Saat	VİTAL BULGULAR										OKSİJEN İHTİYACI	İNFÜZYON SIVILARI					ALDIĞI			ÇIKARDIĞI			24 SAATLİK					
	KAH / Bölge	SAB DAB	OAB	Ateş (°C) / Bölge	SpO ₂	Solunum Hızı	Glikoz	Aspirasyon	Ölçüm (Manuel / Monitör)	1		2	3	4	5	ORAL	SAATLİK	TOPLAM	İDRAR	DEFEKASYON	SAATLİK	TOPLAM	ALDIĞI	ÇIKARDIĞI	BALANS	Diğer	Paraf	
08																												
09																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
21																												
22																												
23																												
24																												
01																												
02																												
03																												
04																												
05																												
06																												
07																												

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ & BAKIM UYGULAMALARI	Girişim / Değişim Saati (Paraf)	Takip Sıklığı	Takip Bilgileri (Paraf)	Takip Bilgileri (Paraf)	Takip Bilgileri (Paraf)	AKTİVİTE UYGULAMALARI		SABAH	AKŞAM	HİJYEN & BAKIM UYG.		SABAH	AKŞAM																
						Mobilizasyon	Masaj Yapma	Havalı Yatak Uygulaması	Aktif Pasif Egzersiz	Solunum Egzersizi	Postural Drenaj	Pozisyon Değiştirme	Mesane Jimnastiği	GÜVENLİ ÇEVRE UYGULAMALARI	SABAH	AKŞAM	CİLT TANILAMA												
Periferik Venöz Kateter																													
İnfiltrasyon Varlığı; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var																													
Ekstravazasyon Varlığı; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var																													
Flebit Varlığı; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var																													
Riskli Kateter Varlığı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var																													
İnfüzyon Set Değişimi																													
Üriner Kateter																													
OGS / NGS																													
O ₂ Takviyesi																													
Aspirasyon Girişimi																													
Ağız Bakımı																													
Lavman																													

İTAKİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ			KISITLAMA BİLGİLERİ (Kısıtlama uygulanıyor ise doldurulmalıdır)				
YAŞ	60-69 yaş	1	Kısıtlama Tarihi / Saati:	Kısıtlamanın Kontrol Aralığı:			
	70-79 yaş	2	Kısıtlama Şekli: <input type="checkbox"/> Fiziksel <input type="checkbox"/> Farmakolojik	Sonlandırma Tarihi / Saati:			
	80 ve üstü	3	Uygulanan İlacın Adı (Farmakolojik kısıtlama varsa):	Kısıtlamayı Sonlandıran Doktor:			
BİLİNÇ DURUMU	Bilinci kapalı.	1	Kısıtlama Kararını Veren Doktor:	Kısıtlama Sonlandırma Notu:			
	Bilinç bozukluğu var. (Konfüze, laterjik vb.)	2					
DÜŞME HİKAYESİ	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.	3	Kısıtlama Nedeni:				
HASTALIKLAR / KOMORBİDİTELER (Hipertansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)	Hastalıklardan en fazla ikisi bulunmaktadır.	1					
HAREKET KABİLİYETİ	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır.	2	BRADEN BASINÇ YARASI RİSK TANILAMA ÖLÇEĞİ				
	Ayakta / yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	5	1	1	2	3	4
	Ayakta / yürürken denge bozukluğu var.	10	DUYGUSAL ALGILAMA	Tamamen Sınırlı	Çok Sınırlı	Hafif Sınırlı	Normal
BOŞALTIM İHTİYACI	Baş dönmesi var.	2	NEM (Vücut Temizliği)	Sürekli Nemli	Çok Nemli	Ara sıra Nemli	Nadiren Nemli
GÖRME DURUMU	Üriner / Fekal kontinans bozukluğu var.	1	AKTİVİTE	Yatağa Bağımlı	Sandalyeye Bağımlı	Ara sıra Yürüyor	Sık sık Yürüyor
	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.)	2	HAREKETLİLİK	Tamamen Hareketsiz	Çok Sınırlı	Hafif Sınırlı	Sınırlama Yok
İLAÇ KULLANIMI	İleri derecede görme engeli var.	10	BESLENME	Kaşektik	Kısmen Yeterli	Yeterli	Çok İyi
	4'den fazla ilaç kullanımı var.	2	SÜRTÜNME ve YIRTILMA	Problem	Potansiyel Problem	Problem Yok	
	Son bir hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.	2	BASINÇ YARASI DERECELENDİRMESİ				Tanılama Toplam Puanı:
EKİPMAN KULLANIMI (Hastanın hareketlerini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV infüzyon, Foley kateter, göğüs tüpü vb.)	Son bir hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.	3	Risk Düzeyi	Toplam Puan	Yapılacak İşlem		
	Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var.	1	Çok Riskli	12 ve altı	Basınç yarası hem. bakım formu ile bakıma başlanır. 8 saat ara ile deri bütünlüğü kontrol edilir.		
Değerlendirme Gerekçesi: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Değerlendirme Toplam Puanı:	Riskli	13-14 puan	Basınç yarası hem. bakım formu ile bakıma başlanır. 12 saat ara ile deri bütünlüğü kontrol edilir.		
Toplam Puan 10'un altında ise DÜŞÜK RİSK, 10 ve üzerinde ise YÜKSEK RİSK <input checked="" type="checkbox"/> (18 Yaş altı hastalara HARİZMİ II Düşme Riski Ölçeği Kullanılmaktadır.)			Az Riskli	15-16 puan	Basınç yarası hem. bakım formu ile bakıma başlanır. 24 saat ara ile deri bütünlüğü kontrol edilir.		
IMPROVE VTE RİSK DEĞERLENDİRME MODELİ							
VTE RİSK FAKTÖRÜ				RİSK PUANI			
VTE Öyküsü*	<input type="checkbox"/>	3					
Trombofili**	<input type="checkbox"/>	2					
Kanser	<input type="checkbox"/>	2					
Alt ekstremitte paralizisi veya parestezisi	<input type="checkbox"/>	2					
İmmobilizasyon****	<input type="checkbox"/>	1					
YBÜ/Koroner YBÜ'de yatış	<input type="checkbox"/>	1					
Yaş ≥ 60 yaş	<input type="checkbox"/>	1					
Toplam Risk Skoru:		<input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Orta Risk <input type="checkbox"/> Yüksek Risk					
KANAMA RİSKİNİ DEĞERLENDİRME MODELİ							
KANAMA RİSK FAKTÖRÜ				PUAN			
Böbrek yetersizliği (GFR 30-59 ml/dk/m ²)	<input type="checkbox"/>	1					
Erkek cinsiyet	<input type="checkbox"/>	1					
Yaş 40-84 yaş	<input type="checkbox"/>	1.5					
Aktif kanser	<input type="checkbox"/>	2					
Romatizmal hastalık	<input type="checkbox"/>	2					
Santral venöz kateter	<input type="checkbox"/>	2					
YBÜ/Koroner YBÜ	<input type="checkbox"/>	2.5					
Böbrek yetersizliği (GFR<30 ml/dk/m ²)	<input type="checkbox"/>	2.5					
Karaciğer yetersizliği (INR>1.5)	<input type="checkbox"/>	2.5					
Yaş ≥ 85 yaş	<input type="checkbox"/>	3.5					
Trombosit sayısı < 50 x10 ⁹	<input type="checkbox"/>	4					
Yatıştan önceki 3 ay içinde kanama	<input type="checkbox"/>	4					
Aktif gastrointestinal ülser	<input type="checkbox"/>	4.5					
Toplam Risk Skoru:		Düşük <input type="checkbox"/> Risk Orta <input type="checkbox"/> Risk <input type="checkbox"/> Yüksek Risk					
GLASGOW KOMA SKALASI							
Göz Açılması	Skor	Sözel Cevap	Skor	Motor Cevap	Skor		
Spontan	4	Koopere / Oryante	5	Uygun	6		
Sözel Uyarı	3	Dezoryante	4	Ağrı Lokalizasyonu	5		
Ağrılı Uyarı	2	Yetersiz Kelimeler	3	Ağrıya Fleksiyon Yanıtı	4		
Yok	1	Uygunsuz Kelimeler	2	Dekortik Fleksiyon	3		
		Yok	1	Deserebre Extensiyon	2		
				Yok	1		
Toplam Skor:							
GÜNLÜK RİSK DEĞERLENDİRME							
Ağrı Değerlendirme (Skala:.....):							
08:00 - 16:00 ; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Skoru:.....							
16:00 - 08:00 ; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Skoru:.....							
Bilinç Değerlendirme (Glasgow):							
08:00 - 16:00 ; <input type="checkbox"/> Oryante <input type="checkbox"/> Konfüze <input type="checkbox"/> Stupor <input type="checkbox"/> Prekoma <input type="checkbox"/> Koma							
16:00 - 08:00 ; <input type="checkbox"/> Oryante <input type="checkbox"/> Konfüze <input type="checkbox"/> Stupor <input type="checkbox"/> Prekoma <input type="checkbox"/> Koma							
Cilt Bütünlüğü Değerlendirme (Braden):							
08:00 - 16:00 ; <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bası Yarası Hemş. Bak. Başlandı.							
16:00 - 08:00 ; <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bası Yarası Hemş. Bak. Başlandı.							
Ödem Değerlendirme:							
Bölge I :							
Tanılama: <input type="checkbox"/> +(1) <input type="checkbox"/> ++(2) <input type="checkbox"/> +++(3) <input type="checkbox"/> ++++(4)							
Bölge II :							
Tanılama: <input type="checkbox"/> +(1) <input type="checkbox"/> ++(2) <input type="checkbox"/> +++(3) <input type="checkbox"/> ++++(4)							
Beslenme Değerlendirme: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diyetisyen							
08:00 - 16:00 ; <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz							
16:00 - 08:00 ; <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz							
Düşme Riski Değerlendirme (İtaki II):							
Değerlendirme Tarihi:/..../20.... Risk Değerlendirme Puanı:							
Değerlendirme Gerekçesi: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5							
Sorumlu Hemşire Ad-Soyad/İmza:							