



# Özel Ekol Hastanesi

## KADIN HASTALIKLARI GÜNÜBİRLİK YATIŞ HASTA TAKİP FORMU



Hasta Adı-Soyadı: Yaşı/Cinsiyeti: Geliş Şikayeti:

Yatış Endikasyonu: Yatış tarihi:

Hastaneye Geliş Şekli: Yürüyerek Sedyeye Tkr.Sand. Geldiği Yer: Ev Y.bakım Klinik Poliklinik Acil

Son Adet Tarihi : ...../...../201... Gravida ( Bu gebeliği dahil toplam gebelik sayısı ): Parite (Daha önceki doğum sayısı) :  
Abortus : İsteğe bağlı Küretaj ( D&C) Sayısı :

**KAN GRUBU:** .....  
Daha önce kan transfüzyonu:  Yok  Var  
Yapılan kan transfüzyonunda reaksiyon:  Yok  Var  
Açıklayınız; .....

**ALLERJİ:**  
 İlaç ; .....  
 Besin ; .....  
 Diğer ; .....

**Sürmekte Olan Enfeksiyon**(Son bir hafta Nezle-Grip dahil):  
Geçirilmiş Enfeksiyon Öyküsü:

**Varsa İzolasyon :**  
Geçirilmiş Ameliyat Öyküsü: .....

**HbsAg** (Lab. Sonucu):  Negatif  Pozitif  
**HCV** (Lab. Sonucu):  Negatif  Pozitif

**Anestezi Öyküsü/Şekli:** .....  
**Varsa Reaksiyon;** .....

**Kronik sistemik hastalıklar ve süresi:**

Sürekli kullanmak zorunda olduğu ilaçlar: .....

Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar:  Yok  Var  
\*(HB.FR.24 FORMUNU DOLDURUNUZ.)

**Sigara / Alkol / Diğer Madde Bağımlılığı:**

### GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE TEMEL GÜVENLİK İLKELERİ

- Hasta bilekliği kullanımı ve Bilgilendirme  Hasta odası tanıtımı  Bölüm Uyum Eğitimi  
 Düşme riski önlemleri alınması  Hastane kuralları hakkında bilgilendirme  
Hasta Kısıtlaması:  Yok  Var \*HB.FR.30 HASTA KISITLAMA TAKİP FORMU'na geçiniz.

**Düşme Riski Değerlendirmesi;**  İtaki; ..... Puan  Harizmi; ..... Puan

**Bilinç Değerlendirmesi ;**  Oryante  Diğer ; ..... (Gerekli durumlarda glaskow skalası ile değerlendiriniz)

VTE improve skor: .....  VTE caprini skor: .....  Kanama riski skor: .....

**Ağrı Değerlendirmesi ;**  
Konuşamayan erişkin ve/veya çocuk hastalarda kullanılır

0, Yok 1-2, Çok az 3-4, Biraz fazla 5-6, Çok 7-8, Fazla 9-10, Dayanılmaz

**NUMERİK SKALA**  
7 yaş ve üzeri bilinci açık hastalarda kullanılır.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Beslenme Değerlendirmesi;** Boy:..... Kilo:..... Vücut kitle endeksi (VKİ ) < 20,5 kg/m<sup>2</sup> mi?  Evet  Hayır

**Özel Dini / Kültürel gereksinimler:**(Belirtiniz)  
.....

**Ölüm korkusu/Ölümlle ilgili konuşma:**  Hayır  Evet

Hasta önderğerlendirmesini yapan hemşire Ad – Soyad / İmza

### DOKTOR ORDER

Hastanın Şikayeti:.....  
.....  
Tanı/Ön tanı: .....  
Yapılan Müdahale; .....

Doktor Ad-Soyad İmza

TARİH	İLACIN ADI	UYGULAMA DOZU	UYGULAMA ŞEKLİ	UYGULAMA ZAMANI	VERİLİŞ SÜRESİ	DİYET	İMZA

