



Özel **EKOL HASTANESİ**  
HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME VE  
TANILAMA FORMU



Hasta Adı-Soyadı: \_\_\_\_\_ Yaşı/Cinsiyeti: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_ Oda No: \_\_\_\_\_  
Mesleği: \_\_\_\_\_ Eğitim Durumu: \_\_\_\_\_  
Yatış Endikasyonu: \_\_\_\_\_ Yatış tarihi: \_\_\_\_\_ Hasta Yakını İletişim Numarası: \_\_\_\_\_

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

**ALERJİ:**

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

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

Kronik sistemik hastalıklar ve süresi: \_\_\_\_\_  
Anestezi Öyküsü/Şekli:  
Varsa Reaksiyon; \_\_\_\_\_

Sürekli kullanmak zorunda olduğu ilaçlar: \_\_\_\_\_  
Sigara / Alkol / Diğer Madde Bağımlılığı: \_\_\_\_\_  
Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar:  Yok  Var  
\*(HB.FR.24 FORMUNU DOLDURUNUZ.)

**GELİŞ BULGULARI - Saati: .....:.....**

ATEŞ: \_\_\_\_\_ NABİZ: \_\_\_\_\_ KAN BASINCI: \_\_\_\_\_ SOLUNUM: \_\_\_\_\_  
BOY: \_\_\_\_\_ KİLO: \_\_\_\_\_

**GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE TEMEL GÜVENLİK İLKELERİ**

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

**SİSTEM TANILAMASI**

<b>Kardiyovasküler Sistem</b>	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Ritim bozukluğu <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Çarpıntı <input type="checkbox"/> Pretibial Ödem	<b>Varis;</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <b>Kalp pili;</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <b>Kalp Kapakçığı;</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<b>Kas/İskelet</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/> Artrit <input type="checkbox"/> Kemik deformitesi <input type="checkbox"/> Hemipleji <input type="checkbox"/> Paralizi <b>Protez</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var .....	<b>Nöroloji</b>	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Oryante <input type="checkbox"/> Konfüzyon <input type="checkbox"/> Laterjik <input type="checkbox"/> Stupor <input type="checkbox"/> Paralizi <input type="checkbox"/> Hemiplejik <input type="checkbox"/> Paraplejik <input type="checkbox"/> Baş dönmesi <input type="checkbox"/> Migren <input type="checkbox"/> Diğer _____	<b>Fiziksel Durumlarını karşılayabilme;</b> <input type="checkbox"/> Bağımlı <input type="checkbox"/> Yarı-bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımsız
<b>Genito Üriner</b>	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Vajinal kanama <input type="checkbox"/> Sık idrar <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> İdrar retansiyonu <input type="checkbox"/> Glob <input type="checkbox"/> Foley Sonda	<b>Cinsel sorun ifadesi:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz) .....	<b>Solum-Göğüs</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Solunum güçlüğü <input type="checkbox"/> Yüzeysel solunum <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ortopne <input type="checkbox"/> Balgam <input type="checkbox"/> Hemoptizi	<b>GİS</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Hematemez <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Kolostomi Tor. <input type="checkbox"/> Dispepsi	<b>Dışkılama Düzeni;</b> Belirtiniz; ..... günde ..... kez
<b>İşitme/Konuşma</b>	<input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Anlaşılmaz <input type="checkbox"/> Konuşamama <input type="checkbox"/> Duyuyor <input type="checkbox"/> Az Duyuyor <input type="checkbox"/> Duymuyor <input type="checkbox"/> Diğer _____	<b>İşitme Cihazı</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<b>Beslenme</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> İştahsız <input type="checkbox"/> Yardımla <input type="checkbox"/> Kendi Kendine <b>NGS</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<b>Ağız Diz</b>	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Aft <input type="checkbox"/> Monilya <input type="checkbox"/> Paslı Dil <input type="checkbox"/> Ağız Kokusu <input type="checkbox"/> Diş Çürüğü <b>Diş Protezi;</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
<b>EMASYONEL</b>	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Depresif <input type="checkbox"/> Anksiyöz <input type="checkbox"/> Ajite <input type="checkbox"/> Diğer _____	<b>Uyku düzeni;</b> <input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz <input type="checkbox"/> UyumaGüçlüğü <input type="checkbox"/> Sedasyon ile	<b>GÖRME</b>	<input type="checkbox"/> Görüyor <input type="checkbox"/> Görmüyor <input type="checkbox"/> Kızarıklık-Akıntı <input type="checkbox"/> Diğer _____ <b>Gözlük;</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<b>DERİ</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Solgun <input type="checkbox"/> Yanık <input type="checkbox"/> Ekimoz <input type="checkbox"/> Döküntü <input type="checkbox"/> Diğer _____	

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

Özel Dini / Kültürel gereksinimler : (Belirtiniz)

Ölüm korkusu/Ölümlle ilgili konuşma:  Hayır  Evet

<b>Doküman No</b> HB.FR.13	<b>Yayın Tarihi</b> 01.01.2008	<b>Revizyon No</b> 06	<b>Revizyon Tarihi</b> 20.02.2023	<b>Sayfa No</b> 1 / 2
-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	--------------------------



Özel **EKOL HASTANESİ**  
HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME VE  
TANILAMA FORMU



ÖDEM DEĞERLENDİRME

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

GLASKOW BİLİNÇ DEĞERLENDİRMESİ

GÖZ AÇIKLIĞI		MOTOR YANITI		VERBAL YANIT (SÖZEL CEVAP)	
Spontan	4	Komutlara Tam Uyum	6	Kooperasyon Kuruluyor	5
Sözel Uyarı	3	Ağrıya Lokalize	5	Uyumsuz ve kendiliğinden yanıt	4
Ağrılı Uyarı	2	Ağrıya Geri Çekme	4	Birbiri ile uyumsuz kelimeler	3
Tepki Yok	1	Anormal Fleksiyon	3	Anlamsız Sesler	2
<b>GKS SKORU:</b> 15 - Oryante, 13-14 Konfüze , 8-13 Stupor, 3-8 Prekoma, 3 - Koma		Anormal Ekstansiyon	2	Cevap Yok	1
		Tepki Yok	1	<b>TOTAL PUANI :</b> _____	

İTAKİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

YAŞ	60-69 yaş	1
	70-79 yaş	2
	80 ve üstü	3
BİLİNÇ DURUMU	Bilinci kapalı.	1
	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)	2
DÜŞME HİKAYESİ	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.	3
HASTALIKLAR / KOMORBİDİTELER (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)	Hastalıklardan en fazla ikisi bulunmaktadır.	1
	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır.	2
HAREKET KABİLİYETİ	Ayakta / yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var	5
	Ayakta / yürürken denge bozukluğu var.	10
	Baş dönmesi var.	2
BOŞALTIM İHTİYACI	Üriner / Fekal kontinans bozukluğu var.	1
GÖRME DURUMU	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.)	2
	İleri derecede görme engeli var.	10
İLAÇ KULLANIMI	4'den fazla ilaç kullanımı var.	2
	Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.	2
	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.	3
EKİPMAN KULLANIMI (Hastanın hareketlerini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV infüzyon, Foley kateter, göğüs tüpü vb.)	Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var.	1
	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.	2
Toplam Puan 10'un altında ise <b>DÜŞÜK RİSK</b> , Toplam Puan 10 ve Üzerinde ise <b>YÜKSEK RİSK</b>		
...../...../..... Değerlendirme <b>TOTAL PUANI:</b> _____		

BASİ YARALARI RİSK TANILAMA - BRADEN ÖLÇEĞİ

DUYGUSAL ALGILAMA	Tamamen Sınırlı 1	Çok Sınırlı 2	Hafif Sınırlı 3	Normal 4
NEM (Vücut Temizliği)	Sürekli Nem 1	Çok Nemli 2	Ara-sıra Nemli 3	Çok Seyrek Nemli 4
AKTİVİTE	Yatağa Bağımlı 1	Sandalyeye Bağımlı 2	Ara-sıra Yürür 3	Sık-Sık Yürür 4
HAREKETLİLİK	Tamamen İmmobil 1	Çok Sınırlı 2	Biraz Sınırlı 3	Sınırlama Yok 4
BESLENME	Kaşektik 1	Kısmen Yeterli 2	Yeterli 3	Çok İyi 4
SÜRTÜNME ve YIRTILMA	Problem 1	Potansiyel Problem 2	Problem Yok 3	-

•11 ve Altı; **Çok Riskli** - 8 saat ara ile deri bütünlüğü kontrolü. •12-16 Puan; **Riskli** - 12 saat ara ile deri bütünlüğü kontrolü  
•17-23 Puan; **Az Riskli** - 24 saat ara ile deri bütünlüğü kontrolü **TOTAL PUANI :** \_\_\_\_\_

\* Total Puan 18'den düşük hastalarda HB.FR.33 BASI YARASI HEMŞİRELİK BAKIM FORMU ile bakıma başlayınız. 18'den yüksek puanlanan hastalarda 24 saat ara ile cilt bütünlüğünü kontrol edilip, Günlük gözlem formu ile kayıt altına alınır.

AĞRI DEĞERLENDİRME

<b>YÜZ SKALASI</b> 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	<b>NUMERİK SKALA</b> 7 yaş ve üzeri Bilinci açık hastalarda kullanılır. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı Skoru: _____	Ağrı Skoru: _____

BESLENME DEĞERLENDİRME

<b>Hastanın VKİ:</b> _____ Vücut Kitle İndeksi (VKİ) Hesaplaması= Vücut Ağırlığı (kg.) / Boy uzunluğunun karesi (m.)	
• Vücut kitle endeksi (VKİ) < 20,5 kg/m <sup>2</sup> mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	• Hasta son 3 ayda kilo kaybetti mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
• Son 7 gün içerisinde gıda alımında azalma oldu mu?	• Hasta ileri derecede hasta mı? (örneğin yoğun bakımda mı?)
Bu sorulardan biri "Evet" ile cevaplanırsa, <b>Esas Değerlendirmeye</b> devam edilir. <b>Esas Değerlendirme Diyetisyen tarafından yapılır.</b> Bütün sorular "Hayır" ile cevaplanırsa, hastaya her hafta yeniden <b>Ön Değerlendirme</b> yapılır.	

Değerlendirmeyi Yapan Hemşire Ad/Soyad-İmza:

Değerlendirme Saati:

Hasta / Hasta Yakını Ad/Soyad-İmza:

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.FR.13	01.01.2008	06	20.02.2023	2 / 2