



Özel EKOL HASTANESİ
EBELİK SÜRECİ LOHUSA TAKİP VE TEDAVİ FORMU



HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

KLİNİK DEĞERLENDİRME

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ & BAKIM UYGULAMALARI	Girişim / Değişim Saati (Paraf)	Takip Sıklığı	Takip Bilgileri (Paraf)	Takip Bilgileri (Paraf)	Takip Bilgileri (Paraf)	(İkinci 24 saatlik izlem için değerlendirme saatlerini ayrıca belirtiniz.)			
						0-1 Saat	1-6 Saat	6-24 Saat	
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						Normal Doğum Perine Muayenesi (Serviks ve vajen, Üretra ve çevresi, Epizyotomi hattında ayrılma, Anal sfinkter) Ağrı Değerlendirme (Vulva, vajen, perine, abdomen, insizyon hattı) Hematom İnkontinans (üriner/fekal)			
İnfüzyon Set Değişimi							Sezaryen Doğum İnsizyon Hattının Değerlendirilmesi (Kızarıklık, ısı artışı, akıntı, kanama, hematoma, şişlik) Batın Muayenesi (Distasyon vb.)		
Üriner Kateter						Laboratuvar Hemoglobin Ölçümü (Postpartum 6. saatte) Mesane Değerlendirme (Postpartum 6 saatte idrar çıkarmamış ise)			
OGS / NGS						Vajinal Akıntı - Loşi (Renk, koku, miktar) Postpartum Dönem Hüzün / Kaygı / Depresyon Belirtileri: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var			
O₂ Takviyesi						Aile İçi Şiddet Belirtileri : <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var			
Aspirasyon Girişimi						GÜNLÜK RİSK DEĞERLENDİRME			
Ağız Bakımı						Düşme Riski Değerlendirme (Harizmi II / İtaki II): (1)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 = (2)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 =			
Lavman						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.			
Epizyo Yara Bakımı						Ödem Değerlendirme: Bölge :			
İnsizyon Yara Bakımı						Tanılama: <input type="checkbox"/> +(1) <input type="checkbox"/> ++(2) <input type="checkbox"/> +++(3) <input type="checkbox"/> ++++(4)			
Perine Bakımı						<input type="checkbox"/> VTE improve skor: <input type="checkbox"/> VTE caprini skor: <input type="checkbox"/> Kanama riski skor:			
Meme Bakımı						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			
AKTİVİTE UYGULAMALARI	Uygulama Sıklığı	Uygulama Saati (Paraf)	Uygulama Saati (Paraf)	Uygulama Saati (Paraf)	Uygulama Saati (Paraf)	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			
Mobilizasyon									
Pozisyon Değiştirme									
Aktif Pasif Egzersiz									
Hijyen Uygulamaları									

DREN TAKİBİ

Dren Bilgileri	Gelen Sıvı / Niteliği		Gelen Sıvı / Niteliği		Gelen Sıvı / Niteliği		Gelen Sıvı / Niteliği		Aldığı Toplam		Çıkarıldığı Toplam	
	Saat	Miktar	Saat	Miktar	Saat	Miktar	Saat	Miktar	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
		<input type="checkbox"/> Sözel <input type="checkbox"/> Tlf.							
		<input type="checkbox"/> Sözel <input type="checkbox"/> Tlf.							
		<input type="checkbox"/> Sözel <input type="checkbox"/> Tlf.							
		<input type="checkbox"/> Sözel <input type="checkbox"/> Tlf.							

AĞRI TANILAMA

AĞRI TEDAVİSİ

Ağrının Yeri;	Başlama Saati;	Saat	Farmakolojik Yöntem		Nonfarmakolojik Yöntem (Hemşirelik Girişimleri)	Ağrı Skoru (Skala:.....)	Komplikasyon	Hemşire / Onay
			İlaç	Veriliş Yolu				
Ağrının Yayılımı; <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (var ise) →	Yayıma Alanı;							
Ağrı Tipi; <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronik	Ağrı Netliği; <input type="checkbox"/> Sürekli <input type="checkbox"/> Aralıklı							
Ağrıyı Artıran Faktörler;	Ağrıyı Azaltan Faktörler;							
Ağrının Özelliği; <input type="checkbox"/> Batıcı <input type="checkbox"/> Zonklayıcı <input type="checkbox"/> Bastırıcı <input type="checkbox"/> Yanıcı <input type="checkbox"/> Keskin <input type="checkbox"/> Künt <input type="checkbox"/> Sıkıştırıcı <input type="checkbox"/> Derin <input type="checkbox"/> Ezici <input type="checkbox"/> Dolgunluk <input type="checkbox"/> Uyuşuk <input type="checkbox"/> Elektrik Çarpması <input type="checkbox"/> Kolik <input type="checkbox"/> Saplanıcı <input type="checkbox"/> Hassasiyet								
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 - 16:00	Saat	16:00 - 08:00
Hemşire Ad-Soyad/İmza		Hemşire Ad-Soyad/İmza	

Sorumlu Ebe Ad-Soyad/İmza:

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
DH.FR.05	06.10.2021	02	20.02.2023	2/2