



T.C.
NUH NACİ YAZGAN ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
202.....-202..... YARIYILI
HEM 445 HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
BİREY/HASTA VERİ TOPLAMA FORMU

Öğrenci Adı Soyadı/Numarası:
Klinik/Servis:

BİREY/HASTA BİLGİLERİ

Hasta Adı-Soyadı:
Tanısı/ Ön Tanısı:
Veri Toplama Tarihi:../../.....
Bilgi Alınan Kişi:
Hasta İle İlgilenen Kişi:
Aktivitelerinde Bağımlılık Durumu: Bağımsız () Yarı Bağımlı() Bağımlı ()
Alerjisi var mı?: Yiyecek İlaç..... Diğer.....

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Yaşı:
Medeni Hali:
Mesleği:
Cinsiyeti:
Eğitim Durumu:
Boy:
Kilo:
Sosyal Güvencesi: SSK () Bağ-Kur () Yeşil Kart () Özel Sigorta () Sosyal Güvence Yok ()
Adres:
Tel no:
Aile tipi: (çekirdek/ geniş aile):.....
Ailede kalıtsal hastalık var mı? Varsa Açıklayınız.
.....

SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Şikayetleri:

Daha Önce Hastaneye Yatma Öyküsü:
.....

Kullandığı Protezler: Diş () Gözlük () Baston () İşitme Cihazı () Diğer ()

Kan Grubu:

Transfüzyon Öyküsü: Evet () Hayır () Açıklayınız.....

Bilinen Bulaşıcı Hastalık: Hayır () Evet () Açıklayınız.....

Geçirilmiş Hastalıklar

Geçirilmiş hastalık yok Kalp hastalıkları KBB hastalıkları Enfeksiyon hastalıkları Böbrek hastalıkları
 Konjenital anomaliler Kanser Konvülsiyon Diş hastalıkları Üriner sistem hastalıkları Hepatit Göz hastalıkları

Deri hastalıkları Diğer.....

Yukarıda işaretli bir hastalık varsa süresi ve sonucu ile ilgili açıklama yapınız:

Kronik Hastalıklar

Kronik hastalık yok Diyabet Hipertansiyon KOAH Böbrek yetmezliği Kalp yetmezliği Astım
 Diğer.....

HASTALIK/TANI HAKKINDA BİLGİ (AYRINTILI AÇIKLAYINIZ):

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR:

İlaç Ticari İsmi	Etken Maddesi	Kullanım Amacı

BİYOKİMYA:(Normal dışı bütün bulguları yazınız.)

TETKİK (KAN, İDRAR,GAİTA....)	SONUÇ	NORMAL REFERANS ARALIĞI	ÖĞRENCİNİN YORUMU (sonucun hastalıkla ilişkisi)	TETKİK TARİHİ

ÖĞRENCİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU

VİTAL BULGULAR: Hastanızla ilgili vital bulguları eksiksiz aşağıdaki tabloya yazınız.

TARİH	SAAT	VÜCUT SICAKLIĞI C°	NABİZ dk	KAN BASINCI mmHg	SAT. %	ÖĞRENCİ HEMŞİRE GÖZLEM NOTU

PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ

"Notlar" kısmına hastayla ilgili ayrıntılı bilgileri yazınız.

I. ÇEVRESEL ALAN

1. Gelir kaynağı:

- () Maaşlı iş
() Serbest meslek
() Sosyal yardım
() Diğer: _____
• Hane halkı kişi başına düşen gelir miktarı: _____ TL
• Aile bireylerinden çalışan kişi sayısı: _____
• Ekonomik zorluklar yaşanıyor mu?
() Evet () Hayır
• Zorluk türü: () Beslenme () Konut giderleri () Sağlık hizmetleri () Eğitim
• Sosyal yardım/ destek hizmetlerinden faydalanıyor mu?
() Evet () Hayır
• Notlar:

2. Sanitasyon (Hijyen ve Temizlik Koşulları)

- Bireysel hijyen düzeyi nasıl?
() İyi () Orta () Yetersiz
• Ağız bakımı yeterli mi?
() İyi () Orta () Yetersiz
• Perine hijyeni yeterli mi?
() İyi () Orta () Yetersiz
• Vücut hijyeni yeterli mi?
() İyi () Orta () Yetersiz
• El hijyeni yeterli mi?
() İyi () Orta () Yetersiz
• Notlar:

4. Yaşam Alanı /Hastane Alanı/ İş Ortamı Güvenliği

- Yaşam Alanı /Hastane Alanında çocuklar ve yaşlılar için güvenlik önlemleri mevcut mu?
() Evet () Hayır
• Önlemler: () Kapı kilitleri () Merdiven korkulukları () Elektrik priz koruyucuları () Diğer: _____
• İş ortamı güvenli mi?
() Evet () Hayır
• Çalışma saatleri ve koşulları sağlık açısından uygun mu?
() Evet () Hayır
• Notlar:

II. PSİKOSOSYAL ALAN

5. Toplum Kaynakları ile İletişim

- Birey/aile toplum kaynaklarını (sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri, destek grupları) kullanabiliyor mu?

- () Evet () Hayır
• Toplum kaynaklarına ulaşımında engeller var mı?
() Evet () Hayır
• Engellerin türü: () Ekonomik () Bilgi eksikliği () Fiziksel engeller () Diğer: _____
• Destekleyici hizmetlere ihtiyaç var mı?
() Evet () Hayır
• Notlar:

6. Sosyal İlişki

- İletişime açık mı?
() Evet () Hayır
• Etkili iletişim kurabiliyor mu?
() Evet () Hayır
• Aile ve arkadaş desteği yeterli mi?
() Evet () Hayır
• Sosyal izolasyon yaşıyor mu?
() Evet () Hayır
• Notlar:

7. Rol Değişimi

- Bireyin veya ailenin rol değişikliği yaşadığı bir durum var mı? (Örneğin, işsizlik, boşanma, emeklilik, ebeveyn kaybı)
() Evet () Hayır
• Detaylar:

• Rol değişikliğine uyumu hangi düzeyde?

- () İyi () Orta () Zayıf
• Rol değişikliği ile baş etme düzeyi:
() İyi () Orta () Zayıf
• Desteğe ihtiyaç var mı?
() Evet () Hayır
• Notlar:

8. İnanç

- İnanç ve manevi değerler sağlığına yönelik olumlu etkiler sağlıyor mu?
() Evet () Hayır
• Manevi destek ihtiyacı var mı?
() Evet () Hayır
• Notlar:

9. Üzüntü

- Birey yakın zamanda kayıp yaşadı mı?
() Evet () Hayır
• Yas sürecindeyse destek alıyor mu?
() Evet () Hayır
• Üzüntü ve yas belirtileri gözlemleniyor mu?
() Hafif () Orta () Şiddetli
• Profesyonel desteğe ihtiyaç var mı?
() Evet () Hayır
• Notlar:

10. Mental Sağlık

- Sorun yok
○ Stres
○ Anksiyete

- Depresyon
- OKB
- Somatik Yakınmalar
- Duygu durumunda dalgalanma
- Psikotik belirtiler
- Diğer:.....

- Ruhsal sağlık durumu nasıl değerlendiriliyor?
() İyi () Orta () Kötü
- Psikolojik destek alıyor mu?
() Evet () Hayır

• Notlar(psikiyatrik sorunu mevcutsa hastalıkla ilgili ayrıntıları ekleyiniz):_____

11. Cinsellik

- Cinsel sağlık ile ilgili herhangi bir sorun bildirildi mi?
() Evet () Hayır
- Cinsel sağlık danışmanlığı ihtiyacı var mı?
() Evet () Hayır
- Notlar:

12. Bakım Verme/Ebeveynlik

- Birey bakım veren bir kişi mi? (Örneğin, çocuk, yaşlı, hasta bakımı)
() Evet () Hayır
- Bakım verme sürecinde zorlanıyor mu?
() Evet () Hayır
- Ebeveynlik becerileri yeterli mi?
() Evet () Hayır
- Notlar:

13.İhmal

- Birey veya aile ihmal riski taşıyor mu?
() Evet () Hayır
- Çocuk veya yaşlı bakımı ile ilgili ihmal belirtileri var mı?
() Evet () Hayır
- Yetkili mercilere bildirilmesi gereken bir durum var mı?
() Evet () Hayır
- Notlar:

14. İstismar

- Fiziksel, duygusal veya ekonomik istismar bulguları mevcut mu?
() Evet () Hayır
- Birey istismara uğrama riski taşıyor mu?
() Evet () Hayır
- Yetkili mercilere bildirim yapılması gerekiyor mu?
() Evet () Hayır
- Notlar(ihmal istismar bulguları/riski varsa ayrıntıları ekleyiniz):_____

15. Büyüme/Gelişme

- Hangi gelişim döneminde?
 0-1 yaş= Temel güven-güvensizlik
 1-3 yaş= özerklik-kuşku ve utanç
 3-6 yaş= girişkenlik-suçluluk
 6-12 yaş= başarı/çalışkanlık-aşağılık
 12-20 yaş= kimlik kazanma-rol karmaşası
 20-40 yaş=yakınlık kurma-yalnızlık
 40-65 yaş=üretkenlik-durağanlık
 65 sonrası= benlik bütünlüğü-umutsuzluk
- Bireyin fiziksel ve zihinsel gelişimi yaşına uygun mu?
() Evet () Hayır
- Gelişimsel gecikme veya gerilik belirtileri var mı?
() Evet () Hayır
- Özel eğitim veya destek hizmetlerine ihtiyaç var mı?
() Evet () Hayır
- Notlar(çocuklar için persentil eğrisi değerlendirmesi yapılmalıdır):

16. Kişilerarası İlişkiler

- Aile içi ilişkiler nasıldır?
() Güçlü () Orta () Zayıf
- Birey kişilerarası ilişkilerinde zorlanıyor mu?
() Evet () Hayır
- Çatışma yönetimi becerileri:
() İyi () Orta () Zayıf
- Notlar:

III. FİZYOLOJİK ALAN

17.İşitme

- İşitme kaybı mevcut mu?
() Evet () Hayır
- İşitme cihazı kullanılıyor mu?
() Evet () Hayır
- Kulakta çınlama, ağrı veya enfeksiyon var mı?
() Evet () Hayır

Sağ Kulak O Normal O İşitme Kaybı%.....
Sol Kulak O Normal O İşitme Kaybı %.....

- Duymayı etkileyen bir sorun var mı? (akıntı, kaşıntı, çınlama vb.): O Yok
O Var.....
- Notlar:

18.Görme

- Görme bozukluğu mevcut mu?
() Evet () Hayır
- Gözlük veya lens kullanılıyor mu?
() Evet () Hayır

- Göz enfeksiyonu veya rahatsızlığı (örneğin, kızamıklık, kaşıntı):
() Mevcut () Yok

Sağ Göz: O Normal O Anormal.....
Sol Göz: O Normal O Anormal.....
• Notlar:

19.Konuşma ve Dil

- Konuşma güçlüğü var mı?
() Evet () Hayır
- Dil ve iletişim becerilerinde zorluk (örneğin, kekemelik, artikülasyon bozukluğu....):
() Mevcut () Yok
- Notlar:

20.Ağız Sağlığı

- Diş veya dişeti sorunları mevcut mu?
() Evet () Hayır
- Ağız hijyeni düzenli sağlanıyor mu?
() Evet () Hayır
- Günde kaç kere:.....
- Protez kullanılıyor mu?
() Evet () Hayır
- Notlar:

21.Algılama

- Bilişsel Durum:
Oryantasyonda Bozulma
Konsantrasyonda Azalma
Muhakeme Yeteneğinde Azalma
Yakın Zamandaki Olayları Hatırlamada Yetersizlik
Diğer ...
- NOT: ...
- Algılama bozukluğu (örneğin, dikkat, bellek sorunları):
() Evet () Hayır
- Bilişsel değerlendirme yapılmış mı?
() Evet () Hayır
- Notlar:

22. Genel Bilinç Değerlendirmesi

(Bireyin bilincini Glasgow Koma Skalasıyla değerlendiriniz).

Skala Skoru:.....

- Açıklama:

- Bilinç seviyesi değişimi ne zaman başladı?
() Ani başlangıç () Yavaş gelişen

23.Ağrı

- O Yok
- O Var

(Birey ağrısı olduğunu belirtiyorsa Ağrı Tanılama ve Tedavi Formunu(formun sonunda) doldurup raporunuza ekleyiniz)

24.Deri

- Derinin genel görünümü:
O Sıcak O Soğuk O Nemli O Kuru
- Turgor: O Normal O Dehidrate O Diğer.....
- Renk: O Soluk O Pembe O Siyanotik O Sarı O Diğer.....
- Basınç Yarası: O Yok O Var
- Yeri:.....Büyükülüğü:.....
- Görünümü:.....Evresi:.....
(Basınç yarası mevcutsa Norton Basınç Yarası Riskini Değerlendirme Skalası doldurup raporunuza ekleyiniz)
- Ödem: O Yok O Var Yeri:..... Derecesi:.....
- Tanıladığınız Diğer Deri Sorunları/Lezyonları:
Yeri:.....Büyükülüğü:.....
- Görünümü:.....
- Deri sorunları:
O Peteşi O Dermatit O Pruritus O Psoriasis
O Skar

25.Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu

- Sorun yok
- Kaslarda Sorun Var
- Eklemlerde Sorun Var
- Duyuda Sorun Var
- Dengede Sorun Var
- Hareket kısıtlılığı mevcut mu?
() Evet () Hayır
- Kas gücü değerlendirmesi:
() Normal () Zayıf () Yok
- Notlar:

26.Solunum

- Solunum Şekli
O Spontan
O Nazal Kanül
O Mekanik Ventilasyon
O Oral Maske.....lt/dk
Solunum Hızı :/dk
O Abdominal O Diyafragmatik
- Solunum düzenli mi? () Evet () Hayır
- Solunum sayısı/dk:
Saturasyon:
Solunum Türü:
O Normal
O Apne
O Bradipne
O Takipne
O Hipopne
O Hiperpne
O Dispne
O Hipoksi
O Hiperventilasyon
O Hipoventilasyon
O Kusmaull
O Cheyne-Stokes

O Anoksi
Notlar:

27. Dolaşım

- Nabız ritmi ve hızı: _____
 - Kan basıncı: _____ / _____ mmHg
 - Periferik dolaşımda bozukluk (örneğin, ödem, soğukluk, siyanoz):
() Mevcut () Yok
 - Kapiller Dolum.....
 - Notlar:
-

28. Sindirim ve Hidrasyon

- Sindirim şikayetleri (örneğin, bulantı, kusma):
() Mevcut () Yok
 - Günlük sıvı alımı yeterli mi?
() Evet () Hayır
 - Günlük sıvı alımı: _____ /lt
 - Notlar:
-

29. Barsak Fonksiyonu

- Tuvalete çıkma sıklığı(gün):.....
- Boşaltıma ilişkin sorun var mı?
O Yok O Hematüri O Enürezis
O Pollaküri O Anüri O Hesitensi
O Oligüri O İnkontinans O Dizüri
O Noktüri O Poliüri O Retansiyon
() Boşaltıma ilişkin sorunu açıklayınız:

30. Üriner Fonksiyon

- İdrar çıkışı normal mi?
() Evet () Hayır
 - İdrar yolu enfeksiyonu belirtileri (örneğin, yanma, sık idrara çıkma):
() Mevcut () Yok
 - İdrar kateteri var mı?
• Notlar:
-

31. Üreme Fonksiyonu

- Cinsel sağlık ile ilgili sorunlar mevcut mu?
() Evet () Hayır
 - Notlar:
-

32. Gebelik

- Gebelik süresi: _____ hafta
 - Gebelikte komplikasyonlar:
() Mevcut () Yok
 - Prenatal bakım alınıyor mu?
() Evet () Hayır
 - Notlar:
-

33. Postpartum

- Postpartum dönem süresi: _____ gün/hafta

• Lohusalık dönemi problemleri (örneğin, kanama, enfeksiyon):

- () Mevcut () Yok
 - Bebek bakımında zorluklar var mı?
Loşia miktarı/rengi: _____ / _____
 - () Evet () Hayır
 - Notlar:
-

34. Bulaşıcı/Enfeksiyon Durumu

- Enfeksiyon riski var mı?
() Evet () Hayır
 - Tanı konmuş enfeksiyon mevcut mu?
() Evet () Hayır
 - İzolasyon önlemleri gerekli mi?
() Evet () Hayır
 - Notlar:
-

IV. SAĞLIKLA İLGİLİ DAVRANIŞLAR

35. Beslenme Durumu

Beslenme Şekli:

Enteral

O Nazogastrik

O Orogastrik

O PEG

O Diğer

Parenteral

O Periferik

O Santral

• Günlük öğün sayısı: _____

• Öğünlerin düzenliliği:

() Düzenli () Düzensiz

• Yemek çeşitliliği yeterli mi?

() Evet () Hayır

• Beslenme ile ilgili belirgin bir sorun var mı?

() Evet () Hayır

• Diyeti:

• Detaylar:

(Aldığı-çıkarıldığı takibinin değerlendirilmesinin uygun olduğu zamanlarda AÇT Formunu doldurup raporunuza ekleyiniz).

36. Uyku ve Dinlenme Düzeni

• Günlük uyku süresi: _____ saat

• Uyku kalitesi:

() İyi () Orta () Kötü

• Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede sorun var mı?

() Evet () Hayır

• Gün içinde yorgunluk hissi mevcut mu?

() Evet () Hayır

• Notlar:

37. Günlük Fiziksel Aktivite Düzeyi

Mobilizasyon düzeyi:

○ Bağımlı

○ Bağımsız

○ Yarı bağımlı

• Günlük ortalama hareket süresi: _____ saat

• Günlük adım sayısı: _____ (Eğer biliniyorsa)

- Günlük fiziksel aktivite seviyesi nasıl değerlendirilir?
() Yüksek () Orta () Düşük () Hareketsiz (Sedanter)
- Hareket etme konusunda kısıtlayıcı bir sağlık sorunu var mı?
() Evet () Hayır
- Açıklama:

(Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi kullanınız.)

38. Kişisel Bakım

- Günlük kişisel hijyen uygulamaları yeterli mi?
() Evet () Hayır
- Diş fırçalama ve ağız hijyeni düzenli mi?
() Evet () Hayır
- Kişisel bakım malzemelerine erişim var mı?
() Evet () Hayır
- Notlar:

39. Genel Madde Kullanım Durumu

- Birey herhangi bir madde kullanıyor mu?
() Evet () Hayır
- Kullanılan madde türü:
() Sigara
() Alkol
() Nargile
() Reçeteli ilaçlar (amfetamin, benzodiazepin vb.)
() Uyuşturucu maddeler (esrar, kokain, eroin vb.)
() Diğer: _____
- Kullanım sıklığı:
() Günlük () Haftalık () Aylık () Nadiren
- Kullanıma başlama yaşı: _____
- Kullanım süresi: _____ yıl
- Son 6 ay içinde kullanım miktarında artış oldu mu?
() Evet () Hayır
- Yan etkiler: _____
- Bireyin ilaç tedavisini bırakma eğilimi var mı?() Evet () Hayır

() Evet () Hayır

40. Aile planlaması yöntemi kullanılıyor mu?

- () Evet () Hayır
- Kullanılan yöntem:

- Aile planlaması hakkında bilgi ve danışmanlık ihtiyacı var mı?
() Evet () Hayır
- Gebelikle ilgili planlar veya riskler var mı?
() Evet () Hayır
- Notlar:

41. Sağlık Bakım Denetimi

- Düzenli sağlık kontrolü yaptırılıyor mu?
() Evet () Hayır
- Sağlık bakım hizmetlerine erişimde zorluk var mı?
() Evet () Hayır
- Tespit edilen sağlık sorunlarına yönelik takip var mı?
() Evet () Hayır
- Notlar:

42. İlaç Tedavisine Uyum

- Birey düzenli ilaç kullanıyor mu?
() Evet () Hayır
- İlaçların kullanım talimatlarını biliyor mu?
() Evet () Hayır
- İlaçlarını zamanında ve doğru şekilde alıyor mu?
() Evet () Hayır
- İlaç tedavisini aksatıyorsa aksatma nedenleri:
() Unutma () Yan etkiler () Ekonomik nedenler
() İlaç temininde zorluk () Diğer: _____

ÖLÇEKLER:

1. Genel Sağlık Değerlendirme Ölçekleri

- SF-36 (Short Form-36 Sağlık Anketi): Genel sağlık durumunu değerlendirir.
- EQ-5D: Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçer.
- WHOQOL-BREF-TR: Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesi ölçeğinin kısa formudur.

2. Ağrı Değerlendirme Ölçekleri

- Görsel Analog Skala (VAS - Visual Analog Scale): Ağrı şiddetini ölçer.
- McGill Ağrı Ölçeği: Ağrının niteliğini ve şiddetini değerlendirir.
- Numerik Derecelendirme Ölçeği (NRS - Numeric Rating Scale): Ağrının şiddetini 0-10 arasında derecelendirir.

3. Ruh Sağlığı ve Psikolojik Değerlendirme Ölçekleri

- Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyon şiddetini ölçer.
- Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Anksiyete düzeyini değerlendirir.
- Durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği
- Genel Sağlık Anketi (GSA12)

4. Fonksiyonel ve Günlük Yaşam Aktivitesi Ölçekleri

- Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi: Günlük bağımsızlığı değerlendirir.

- Lawton & Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği: Yaşlı bireylerde işlevselliği ölçer.
- Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi: Bireyin temel günlük aktivitelerde bağımsızlığını değerlendirir.

5. Nörolojik Değerlendirme Ölçekleri

- Montreal Bilişsel Değerlendirme Testi (MoCA-TR): Hafif bilişsel bozukluğu taramak için kullanılır.
- Mini Mental Test (MMSE - Mini Mental State Examination): Demans değerlendirmesinde kullanılır.
- Glasgow Koma Skalası (GKS): Bilinç düzeyini değerlendirir.
- Berg Denge Ölçeği (BBS - Berg Balance Scale): Dengeyi ve düşme riskini değerlendirir.
- Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

.....

Hastanızın durumuna (yaşı, tanısı, bilinç durumuna vs..) göre ek olarak ölçekler (düşme riski ölçeği, mini mental test, glaskow koma skalası, günlük yaşam aktiviteleri ölçeği vs.....) kullanmalısınız. Bu ölçekler dışında farklı ölçekler kullanabilirsiniz. Ölçeklerinizi veri toplama formunun son sayfasına eklemelisiniz.

Notlar:

AĞRI TANILAMA FORMU

BARKOD	Hastanın Tanısı:			
	Ağrının Yeri:	Ağrının Başlama Saati:		
	Ağrının Tipi: <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronik			
	Ağrının Sıklığı: <input type="checkbox"/> Sürekli <input type="checkbox"/> Aralıklı			
	Ağrının Nedeni:			
Ağrıyı Etkileyen Faktörler: <input type="checkbox"/> İstirahat <input type="checkbox"/> Hareket				
Ağrının Özelliği (Ağrıyı en iyi tanımlayan terimi seçiniz)				
<input type="checkbox"/> Keskin	<input type="checkbox"/> Künt	<input type="checkbox"/> Bastırıcı		
<input type="checkbox"/> Ezici	<input type="checkbox"/> Dolgunluk	<input type="checkbox"/> Hassasiyet		
<input type="checkbox"/> Uyuşuk	<input type="checkbox"/> Sıkıştırıcı	<input type="checkbox"/> Elektrik çarpması		
<input type="checkbox"/> Yanıcı	<input type="checkbox"/> Derin	<input type="checkbox"/> Sedatize/Bilinci kapalı		
<input type="checkbox"/> Kolik	<input type="checkbox"/> Basınç hissi	<input type="checkbox"/> Saplanıcı		
NUMERİK SKALA (7 Yaş ve Üzeri Çocuklarda, Erişkin ve Bilinci Açık Hastalarda)				
YÜZ SKALASI (İletişim Kurulamayan , Konuşamayan Hastalarda Kullanılır)				
DAVRANIŞSAL SKALA (Entübe, Sedatize, Yoğun Bakım Hastalarında Kullanılır)				
Kategoriler	1 puan	2 puan	3 puan	4 puan
Yüz ifadesi	Relax	Kismen relax	Kismen sert	Sert
Üst ekstremiteler hareketleri	Hareket yok	Kismen hareket var	Parmaklarda fleksiyon var	Ekstremiteler relakte
Mekanik ventilasyon uyumu	Tolere	Öksürüyor ama tolere arasında	Ventilatör ile savaşıyor	Ventilatör kontrolü kaybolmuş
TOPLAM PUAN:				
FLACC Ağrı Değerlendirme Skalası (7 Yaş Altı İletişim Kurulamayan Çocuklarda Kullanılır)				
Kategoriler	0 puan	1 puan	2 puan	
Face (yüz ifadesi)	Özel bir ifade yok	Hafif kaşlarını çatma, yüzünü ekşitme	Yüzünü buruşturma, dişlerini sıkma	
Legs (bacaklar)	Normal pozisyonda	Gergin, rahatsız	Sağa sola tekmeler savurma	
Activity (hareketler)	Sakin	Öne arkaya dönme	Yay gibi kıvrılma, silkinme	
Cry (ağlama)	Ağlama yok	Sızlanma, inleme şeklinde ağlama	Bağıra bağıra ağlama, çığlıklar atma	
Consolability (avutma)	Rahat	Sarılma ve dokunmayla avutulabilme	Hiçbir şekilde avutulamama	
TOPLAM PUAN:				
NIPS Yeni Ağrı Skalası (Neonatal Infant Pain Scala) 0-12 ay				
Kategoriler	0 puan	1 puan	2 puan	
Yüz ifadesi	Sakin yüz, doğal ifade	Gergin yüz kasları, kırışık alın ve çene		
Ağlama	Sessiz, ağlamıyor	Hafif inilti, aralıklı ağlama	Çığlık, feryat, yüksek sesle sürekli ağlama	
Solunum şekli	Her zamanki alışılmış solunum	Değişken, düzensiz, her zamankinden hızlı solunum, iç çekme		
Kollar	Kas rijitesi yok, sıklıkla gelişigüzel kol hareketleri	Gergin düz kollar, sert ve/veya hızlı ekstansiyon / fleksiyon		
Bacaklar	Kas rijitesi yok, sıklıkla gelişigüzel bacak hareketleri	Gergin düz bacaklar, sert ve/veya hızlı ekstansiyon / fleksiyon		
Uyanıklık hali	Sessiz, huzurlu, uyuyor ve/veya sakin	Canlı, huzursuz ve sakinleştirilemeyen		
TOPLAM PUAN:				

EĞİTİM RAPORU

Öğrenci adı soyadı:
Hastanın Adı-Soyadı:
Eğitim Tarihi: Eğitimin süresi:
Her eğitimin amacı ve kapsamı kısaca açıklanmalıdır.
Hangi yöntemlerin kullanıldığı açıklanmalıdır (sözlü anlatım, görsel materyaller, uygulamalı eğitim vb.).
Hastanın eğitimi anlama ve uygulama düzeyi değerlendirilmelidir.
Eğitim sırasında sorulan sorular ve hastanın geri bildirimini belirtilir.
Hastanın eğitime ilgisi ve katılımı açıklanır.
Eğitim sonucunda hastanın bilgi düzeyindeki değişim özetlenmelidir
Gerekirse ek eğitim planları veya takip önerileri sunulmalıdır.
Eğitimi veren sağlık profesyonelinin adı, unvanı ve imzası.
Hastanın veya hasta yakınının eğitimi aldığını belirten imza.



T.C.
NUH NACİ YAZGAN ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
202.....-202..... YARIYILI
HEM 445 HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
BİREY/HASTA BAKIM PLANI FORMU

ADI SOYADI:

NUMARASI:

İMZASI:

UYGULAMA YERİ:

BAKIM PLANINI DEĞERLENDİREN ÖĞRETİM GÖREVLİSİ:

TESLİM TARİHİ:

Bu form, hastaların sağlık durumlarını sistematik bir şekilde değerlendirmek ve bakım sürecini planlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Hastanın tanı sayısına bağlı olarak problem değerlendirme ölçeği, problem sınıflama listesi ve girişim şeması **çoğaltılmalıdır**.

- Problem değerlendirme ölçeği, üç aşamada kullanılmalıdır.
 - Girişim öncesi değerlendirme
 - Ara değerlendirme
 - Girişim sonrası değerlendirme
- Hastalara yönelik tanımlar öncelik sırasına göre kategorize edilmelidir:
 - - Yüksek öncelikli tanımlar
 - - Düşük öncelikli tanımlar
 - - Risk faktörlerine dayalı tanımlar

Düzeni olmayan ve okunaklı olmayan formlar değerlendirmeye alınmayacaktır.

Bakım planının tamamı, veri toplama formunun sonuna eklenmeli ve zımbalanmalıdır.

Hasta Adı Soyadı:
Öğrenci Adı Soyadı/Numarası:
Tarih:

Değerlendiren Öğretim Görevlisi:

PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ		
ALAN:	PROBLEM:	ÖNCELİK:
KAPSAM: B/A/T	RİSK FAKTÖRLERİ:	
CİDDİYET: AKTÜEL/POTANSİYEL	EK AÇIKLAMALAR:	
BELİRTİ BULGULAR:		

İLK/ARA/SON DEĞERLENDİRME

PROBLEM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ		
KAVRAM	PUAN	AÇIKLAMA
BİLGİ		
DAVRANIŞ		
DURUM		

Girişim şeması hastanın tanı sayısına göre çoğaltılmalıdır.

GİRİŞİM ŞEMASI		
KATEGORİ	HEDEF/HEDEFLER	BİREYE ÖZGÜ GİRİŞİMLER

GİRİŞİM ŞEMASI

KATEGORİ	HEDEF/HEDEFLER	BİREYE ÖZGÜ GİRİŞİMLER

