|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| indir | **SAVUR PROF. DR. AZİZ SANCAR İLÇE DEVLET HASTANESİ**  **HEMŞİRELİK SÜRECİ ÖN DEĞERLENDİRME FORMU** | | | | |
| **KODU: HB.FR.13** | | **YAYINLANMA TARİHİ: 30.11.2018** | **REVİZYON TARİHİ:03.01.2022** | **REVİZYON NO: 01** | **SAYFA SAYISI:01** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ADI SOYADI | | ODA NO |
| BÖLÜMÜ | | CİNSİYETİ |
| DOSYA/ BİLGİSAYAR NO | | TANI/HASTALIK KODU |
|  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ÖN TANI/TANI/TEŞHİS | |  | | | | | | | | | |
| HASTANIN YAKINMASI | |  | | | | | | | | | |
| MESLEĞİ | |  | | | | | | | | | |
| EĞİTİM DURUMU | |  | | | | | | | | | |
| HASTA YAKINI TEL. NO | |  | | | | | | | | | |
| HASTANEYE GELİŞ ŞEKLİ | | Yürüyerek | **HASTANIN SERVİSE KABULÜNDE BİLGİLENDİRME YAPILAN MADDELERİ İŞARETLEYİNİZ** | | | | | | | | |
| Sedye | Yemek saatleri | | | | Tuvalet-banyo | | | | |
| Diğer | Sigara yasağı | | | | Telefon | | | | |
| GELDİĞİ YER | | Ev | Refakatçi kuralları | | | | Servis tanıtımı | | | | |
| Yoğun Bakım | Ziyaret saati ve kuralları | | | | Diğer hastalarla tanıştırma | | | | |
| Acil | SİSTEM TANILAMASI | | | | | | | | |
| Diğer | DERİ | Eritem  Peteşi  Scar  Ülserasyon  Ekimoz  Laserasyon  Döküntü  Yanık  Siyanotik  Soğuk  Normal  Sıcak  Solgun  Terli | GİS | Bulantı  Kusma  Diyare  Distansiyon  Konstüpasyon  İnkontinans  Melena  Ağrı | | SOLUNUM | Öksürme  Siyanoz  Solunum güçlüğü  Yüzeyel solunum  Dispne  Ortopne  Balgam  Hemoptizi | EMOSYONEL | Sakin  Depresif  Ağlıyor  Heyecanlı  Anksiyöz  Huzursuz  Kızgın |
| FİZİKSEL GEREKSİNİMLERİ KARŞILAMA DURUMU | | Bağımlı |
| Yarı Bağımlı |
| Bağımsız |
| BİLİNÇ DURURMU | | Açık |
| Konfüze |
| Kapalı |
| Diğer (………………) |
| HASTANEYE YATMA NEDENİ | | Tetkik | KONUŞMA | Açık  Anlasılmaz  Konuşamama | | GENİTO ÜRİNER | Sık idrar  Dizüri  Hematüri  Anüri  Vaginal kanama  İdrar retansiyonu | DİĞER |  |
| Tedavi |
| Diğer |
| DAHA ÖNCE HASTANEYE YATTI MI? | | Evet | NÖROLOJİK | Baş dönmesi  Baş ağrısı  Halsizlik  Nöbet  Paralizi  Oryante  Bilinçsiz  Koma  Laterjik  Hemiplejik  Pareplejik |
| Hayır |
| DAHA ÖNCE AMELİYAT OLDU MU? | | Evet | KAS-İSKELET | Ağrı  Hareket kısıtlığı  Artrit  Kemik deformitesi | | BESLENME | İştahsız  Diyabetik  Hipertansif  Yardımla beslenebiliyor  NG ile beslenebiliyor  Kendi kendine beslenebiliyor | | |
| Hayır |
| KULLANDIĞI PROTEZLER | | Diş |
| Gözlük |
| Lens |
| Diğer (Belirtiniz) |  |
| KRONİK HASTALIKLAR | |  | | | | | | | | | |
| GEÇİRİLEN HASTALIKLAR | |  | | | | | | | | | |
| ALLERJİLERİ (İlaç, Gıda. Flaster vb.) | |  | | | | | | | | | |
| ALIŞKANLIKLARI  (Sigara, Alkol, İlaç) | |  | | | | | | | | | |
| SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR | |  | | | | | | | | | |
| DIŞKILAMA ALIŞKANLIKLARI | |  | | | | | | | | | |
| UYKU DÜZENİ | |  | | | | | | | | | |
| KAN GRUBU | |  | YAŞAM BULGULARI : Ateş : Nabız :  Solunum : Kan Basıncı | | | | | | | | |
| DAHA ÖNCE KAN TRANSFÜZYONU | | Yapıldı |
| Yapılmadı |
| KAN TRANSFÜZYONUNDA REAKSİYON | | Gelişti | **HAREKET KISITLAMA** Baş. ve Bit. Tar .:……/…../……… ve …../.…./…… | | | | | | | | |
| Gelişmedi | HASTAYI KABUL EDEN HEMŞİRENİN  ADI SOYADI :  İMZASI :  TARİH : | | | | | | | | |
| Hbs  Negatif  Pozitif | Hcv  Negatif  Pozitif | |