

MAKÜ BSHMYO	İLK VE ACİL YARDIM ÖĞRENCİLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME		
	FORMU		
Adı Soyadı:		Yatış Tarihi:	/...../20.....
Protk. No:		Yatış Saati:	:.....
Bölüm:		Çıkış Tarihi:	

Cinsiyeti:	☐ K ☐ E	Kullandığı Lisan:	
Yaş:		Eğitimi:	
Kilo:		Mesleği:	
Boy:			

Geldiği Yer:	☐ Ev ☐ Yoğun Bakım ☐ Acil ☐Kliniği ☐ Diğer.....
--------------	--

Birime Geliş Şekli:	☐ Yürüyerek ☐ Sedyeye ☐ Tekerlikli sandalye
---------------------	--

Allerjisi:	☐ Yok ☐ Var
Varsa Belirtiniz	☐ İlaç
	☐ Yiyecek
	☐ Diğer(belirtiniz).....

Kronik Hastalıklar:	☐ DM ☐ HT ☐ KOAH ☐ Kalp Yetmezliği ☐ KBY ☐ Diğer:.....
---------------------	--

Ailesel Hastalıklar:	☐ Yok
	☐ Var (belirtiniz)

Geçirilmiş Hastalıklar/ Operasyonlar:	☐ Yok
	☐ Var (belirtiniz)

Sürekli Kullandığı	☐ Diş Protezi ☐ Kalp Pili ☐ Kalp Kapakçığı ☐ Diğer:.....
--------------------	--

Alışkanlıklar:	☐ Yok ☐ Var
Varsa Belirtiniz	☐ Sigara.....adet/ paket/ günyıl
	☐ Alkol..... sıklığı/ miktaryıl
	☐ Madde.....sıklığı/ miktar.....yıl
	☐ Diğer:.....

Kan Grubu:	☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ Rh (+) ☐ Rh (-)
Daha önce kan transfüzyonu uygulandı mı?	☐ Hayır ☐ Evet
Evetse Reaksiyon gelişti mi?:	☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız).....

Ön Tıbbi Tanı:	
----------------	--

EK-8	İLK VE ACİL YARDIM ÖĞRENCİLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU	
Gerektiğinde iletişim kurulabilecek kişinin		
Adı – Soyadı:		
Yakınlık derecesi:		
Telefon:	Ev:	Cep:
Adres:		

GÜVENLİ ÇEVREYİ SAĞLAMA

TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ	
☐ Hasta bilekliği takıldı	O ₂ sistemi ☐ Açık ☐ Kapalı
☐ Hastaya servis tanıtıldı	Pencereler ☐ Açık ☐ Kapalı
☐ Hasta odası tanıtıldı	Yatak frenleri ☐ Açık ☐ Kapalı
☐ Yatak kenarlıkları yukarıda	
☐ Yatak başı düzeni sağlandı	☐ Yok ☐ Var Refakatçi gereksinimi

DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (HENDRICH II)	
Konfüzyon / Dezoryantasyon	☐ 4 puan
Semptomatik Depresyon	☐ 2 puan
Boşaltım İhtiyacında Sorun	☐ 1 puan
Baş Dönmesi	☐ 1 puan
Cinsiyet (erkek)	☐ 1 puan
Antiepileptik Grubu İlaç Kullanımı (Karbamezepin, Tegretol, Phenytoin, Eptantoin, Valporik Asit, Depakin, Pimidon, Mysoline, Lamotrigin, Lamictal, Phenobarbital, Luminal, Exhosuximid, Petimid)	☐ 2 puan
Benzodiazepin Grubu İlaç Kullanımı (Alprazolam, Xanax, Buspiran, Buston, Chlordiazepoxid, Librium, Clonazepam, Rivotril, Clorazepatdipotasyum, Tranxilane, Diazepam, Diazem, Lorazepam, Rivotril, Midazolam, Dormicum, Oxazepam, Serapax)	☐ 1 puan
TOPLAM PUAN	

RİSK ÖLÇÜMÜ	PUANLAMA	YAPILMASI GEREKEN FAALİYET
Risk YOK	0-4	Haftada bir kez düşme riskini yeniden değerlendir.
YÜKSEK risk	5 ve ↑	Her gün düşme riskini yeniden değerlendir + Düşme olaylarını önleme ve İzleme Prosedürü uygula.

BAS YARASI RİSKİNİ ÖLÇME (Norton Bası Skalası)										
Fiziksel Durum	Pu an	Mental Durum	Pu an	Aktivite	Pu an	Mobilite	Pu an	İnkontinans	Pu an	Toplam
İyi	4	Açık	4	Yürüyor	4	Tam	4	Yok	4	
Orta	3	Apatik	3	Yardımla yürüyor	3	Hafif kısıtlı	3	Bazen	3	
Zayıf	2	Konfüze	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok kısıtlı	2	Genellikle/ idrar	2	
Çok kötü	1	Stupor	1	Stupor	1	İmmobil	1	İdrar ve gaita	1	
TOPLAM PUAN										

**İLK VE ACİL YARDIM ÖĞRENCİLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME
FORMU**

RİSK ÖLÇÜMÜ	PUANLAMA	YAPILMASI GEREKEN FAALİYET
Risk YOK	12 ve ↑	Haftada bir kez bası yarası riskini yeniden ölç + Bası Yarası Oluşumunu Önleme Talimatını uygula.
YÜKSEK risk	1-11	Her gün bası yarası riskini yeniden ölç + Bası Yarası Pansumanı ve Bakımı Talimatını uygula.

KISITLAMA İHTİYACI

Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	☐ Hayır ☐ Evet	(Evet ise Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü uygulanır.)
--	--	---

İZOLASYON

Ihtiyaç var mı?	☐ Yok ☐ Var
Varsa İzolasyon Şekli	☐ Temas ☐ Sıkı Temas ☐ Damlacık ☐ Solunum ☐ Diğer(belirtiniz).....

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR

1)	4)
2)	5)
3)	6)

HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ/ MALZEME

İlaç/ Malzemenin Adı	İlaç/ Malzemenin Miadı	İlaç/ Malzemenin Miktarı	İlaç/ Malzemeyi Teslim Eden imza	İlaç/ Malzemeyi Teslim Alan İmza

İLETİŞİM

İŞİTME/KONUŞMA	GÖRME	DUYGUSAL/PSİKOLOJİK
☐ Konuşabiliyor ☐ Konuşamıyor ☐ Duyuyor ☐ Az Duyuyor ☐ Duymuyor ☐ İşitme Cihazı ☐ Diğer (belirtiniz).....	☐ Görüyor ☐ Görmüyor ☐ Kızarıklık ☐ Akıntı ☐ Şaşılık ☐ Lens ☐ Protez Göz ☐ Gözlük ☐ Diğer (belirtiniz).....	☐ Sorun yok ☐ Sedasyon ☐ Endişeli ☐ Ajite ☐ Diğer (belirtiniz).....

EK-8	İLK VE ACİL YARDIM ÖĞRENCİLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU	

KARDİYO VASKÜLER	SOLUNUM
☐ Sorun yok ☐ Siyanoz ☐ Hipertansiyon ☐ Göğüs Ağrısı ☐ Senkop ☐ Çarpıntı ☐ Pretibial Ödem ☐ Varis ☐ Diğer (belirtiniz).....	☐ Sorun yok ☐ Hemoptizi ☐ Siyanoz ☐ Hırıltılı ☐ Wheezing ☐ Balgam (belirtiniz)..... ☐ Öksürme(belirtiniz)..... ☐ Solunum Güçlüğü(belirtiniz)..... ☐ Yardımcı Solunum Araçları (belirtiniz).....

BÖŞALTIM	
ÜRİNER	GASTROİNTESTİNAL
☐ Sorun yok ☐ Anüri ☐ İnkontinans ☐ Poliüri ☐ Pollaküri ☐ Hematüri ☐ Dizüri ☐ Noktüri ☐ Diğer (belirtiniz).....	☐ Sorun yok ☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Melena ☐ Ağız kokusu ☐ Hematemez ☐ Hemoroid ☐ İshal: günde.....kez ☐ Konstipasyon günde.....kez ☐ Diğer (belirtiniz).....

BESLENME			
☐ Kendisi besleniyor seçiyor(belirtiniz).....	☐ Yardıma gereksinimi var	☐ Yemek	
İştah: ☐ İyi ☐ Orta ☐ Zayıf	☐ Bulantı/Kusma	☐ Diğer(belirtiniz)	
Beslenme Şekli : ☐ Oral ☐ I.V ☐ NG	☐ Diğer(belirtiniz)		
Son altı ayda istemsiz kilo kaybı var mı?: ☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız).....			

VÜCUT SICAKLIĞI	
Özel giyinme tercihi	Özel örtünme alışkanlığı
☐ Yok ☐ Var (Açıklayınız).....	☐ Yok ☐ Var (Açıklayınız).....

EK-8	İLK VE ACİL YARDIM ÖĞRENCİLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME	
	FORMU	

UYKU	HAREKETLİLİK
Günde.....saat uyur ☐ Düzenli ☐ Düzensiz ☐ Uyuma Güçlüğü ☐ Uyumasını kolaylaştıran uygulamalar (.....)	☐ Sorun Yok ☐ Immobil ☐ Kısıtlama Altında ☐ Dengesizlik, kuvvetsizlik ☐ Paralizi ☐ Hemipleji ☐ Felç ☐ Baston ☐ Yürüteç ☐ Protez ☐ Değnek

KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME		
CİLT		AĞIZ/DİL
☐ Sorun Yok ☐ Soluk ☐ Nemli ☐ Kuru ☐ Kızarıklık ☐ Kaşıntı ☐ Döküntü ☐ Peteşi ☐ Ekimoz	☐ Ödemli (belirtiniz)..... ☐ Yara (belirtiniz)..... ☐ Bası yarası (belirtiniz).....	☐ Sorun Yok ☐ Aft ☐ Monilya ☐ Pashı dil ☐ Diş çürüğü ☐ Ağız kokusu ☐ Diğer(belirtiniz).....

ÇALIŞMA VE EĞLENCE	
Okuma Alışkanlığı:.....	
Radyo/ TV :.....	
Diğer(belirtiniz) :.....	

CİNSELLİĞİ İFADE ETME	
Cinsel sorun ifade ☐ Etmiyor ☐ Ediyor (belirtiniz).....	
Diğer(belirtiniz):	
Genel Görünüm kimliği ile uyumlu: ☐ Hayır ☐ Evet	
☐ Diğer(belirtiniz).....	

ÖLÜM	
Ölüm korkusu veya ölümle ilgili konuşuyor. ☐ Hayır ☐ Evet	
Özel dini/kültürel gereksinimleri:.....	

EK-8	İLK VE ACİL YARDIM ÖĞRENCİLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU	

TABURCULUK EĞİTİMİ	
Taburculuk esnasında yardıma ihtiyacı var mı?	☐ Hayır ☐ Evet (belirtiniz).....
Taburculuk sonrası mevcut yaşam koşulları	☐ Yalnız ☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Anne/Baba ☐ Akraba ☐ Arkadaş ☐ Bakımevi
Taburculuk esnasında görüşmesi gereken birim var mı?	☐ Hayır ☐ *Evet (belirtiniz).....
Evde Bakım İhtiyacı var mı?	☐ Hayır ☐ *Evet (belirtiniz).....
Taburcu desteği İhtiyacı var mı?	☐ Hayır ☐ *Evet
Evet, ise taburcu desteği	☐ *Ev bakıcısı ☐ *Ekonomik destek ☐ *Ulaşım ☐ *Araç- gereç ihtiyacı
*Gereksinim saptanan konu ile ilgili sosyal servis birimimdenkişi iletarih.....saatte görüşüldü.	

GÖRÜŞMEYİ YAPAN ÖĞRENCİ

(Adı Soyadı/imza)

Tarih /saat

...../...../2.....