|  |  |
| --- | --- |
| Doküman No | **FRM-HMF-120** |
| Yayın Tarihi | 27.04.2014 |
| Revizyon Tarihi | 19.03.2025 |
| Revizyon No | 03 |



EGE ÜNİVERSİTESİ

*"Huzurlu Üniversite, Kaliteli Eğitim,* Hemşirelik Fakültesi

*Aydınlık Gelecek”*

HASTALIKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI III UYGULAMA MODÜLÜ

…/…/20…

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI

BİREY TANILAMA FORMU

**Görüşmenin yapıldığı tarih**:--------------------

**Görüşmenin yapıldığı yer:**  Ev  KlinikOda no:**-----------** Yatak no:**---------------**

**Görüşmeyi yapan kişi**:------------------------------------------------------------------------------------

**Görüşmenin yapıldığı kişi (birey, yakını):**------------------------------------------------------------

**Yatış tarihi**:-------------------------------------

**Ön Tanı**:-----------------------------------------

**BİREYE ÖZEL TANITICI BİLGİLER**

**Adı Soyadı:** ------------------------------------

**Yaşı:** --------------------------------------------

**Doğum Yeri:**-----------------------------------

**Cinsiyet:----------------------------------------**

**Eğitim durumu:** ------------------------------

**Medeni Durumu (Evli, bekar, dul):-------**

**Meslek (Memur, işçi, ev hanımı**):--------------------------------------

**Adres**:---------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Telefon**:---------------------  **Çocuk sayısı**:---------------------

**Sosyal güvence**: Yok Var--------------------------------------

**Başvuru şekli**: Poliklinik Başka bir klinik Başka bir hastane Acil

**Geliş şekli**: Ayaktan Sedye Sandalye

**Evden getirdiği/kullandığı tıbbi araç gereçler:**

İlaç İşitme cihazı Takma diş

Gözlük Diğer--------------------------------------

**FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE**

**BIREYIN TANILANMASI**

1. **Sağlığın Algılanması ve Sağlığın Yönetimi**

Hastaneye başvuru nedeni: :-------------------------------------------------------------------------------

İlk başvurduğu sağlık kuruluşu: :-------------------------------------------------------------------------

Soy geçmişinde kronik hastalık öyküsü: :---------------------------------------------------------------

Genellikle sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

0 10

Çok kötü Çok iyi

Önceden geçirdiği hastalık ya da ameliyatlar: ----------------------------------------------------------

Daha önce hastaneye yatma durumu: Hayır Evet (yatış sayısı)---------------------------

Yatış nedeni: ------------------------------------ Yatış Süresi: -----------------------------------

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Şu anda kullandığı ilaçlar** | **Dozu** | **P.O.** | **P.E.** | **Saati** | **İlaç grubu**  **(Örn:Antihipertansif, Analjezik vb.)** | **Yan etkileri**  \* İlacın yaygın yan etkileri yazılarak bireyde görülenler ayrıca bildirilecektir. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Daha önce kullandığı ilaçlar: -----------------------------------------------------------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Önerilen tedavileri düzenli olarak uygulama durumu: Evet Hayır-------------------------

Non-farmakolojik uygulamaları kullanma durumu

Hayır Evet-------------------------------------------------------------------------------------

Sigara/Alkol/ Madde bağımlılığı (miktar/gün olarak belirtiniz):-------------------------------------

Aylık kendi kendine testis/meme muayenesi yapma durumu: Evet Hayır

Allerjileri **(**ilaç, besin, flaster, boya..):-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Örüntü ile ilgili NANDA tanısı: --------------------------------------------------------------------------

1. **Beslenme ve Metabolik Durum**

Beslenme şekli: Normal Yardımla besleniyor Parenteral Enteral Gastrostomi

Diyeti: Hayır Evet----------------------------------------------------------

Evet ise; Normal Diyet Sulu Diyet Yumuşak Diyet Özel Diyet-----------------İştah durumu: Normal Artmış Azalmış

İştah durumunu arttıran/azaltan faktörler: Bulantı Kusma Hematemez

Diğer-------------------------------

Karın ağrısı: Yok Var Lokasyonu:----------------------------------------------

Sarılık: Yok Var Splenomegali: Yok Var

Felty’s sendromu: Yok Var

Yemeklerinin tamamını bitirebilme durumu: Hayır Evet

Yeme/yutma güçlüğü: Yok Var Katı besin Sıvı besin

Günlük sıvı alımı: Su----------------------------- Diğer sıvı --------------------------------

Ağız mukozasının durumu: Normal Stomatit Hiperemik

Kanama Monoliazis Ağız kuruluğu (Kserostomi)

Ağız kokusu/Halitozis: Evet Hayır

Dişlerin durumu ve sayısı:---------------------------------------------------------------------------------

Diş eti iltihabı: Var Yok Diş eti çekilmesi: Var Yok

**Aldığı -Çıkardığı Takip Formu**

***Aldığı***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Çalışma Saati | Oral | Enteral | Parenteral | Kan | Toplam Alınan |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***Çıkardığı***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Çalışma Saati | Dren | Kusma | Ng | İdrar | Diyare | İrrigasyon | Toplam Çıkan | Denge |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Örüntü ile ilgili NANDA tanısı: -------------------------------------------------------------------------

1. **Boşaltım Şekli**

Bağırsak boşaltım alışkanlığı:-------------/gün Son defekasyon tarihi:--------------

Defekasyon durumu: Normal Konstipasyon Diyare İnkontinans

Ostomi Enkoprezis Melena

Defekasyon gereksinimini karşılama biçimi: Normal Sürgü Komod Alt bezi

Laksatif kullanma durumu: Evet Hayır

Mesane Alışkanlıkları: Normal. Sıklığı:------------------------------------------------------

Dizüri Noktüri Sıkışma/kaçırma Hematüri Retansiyon Enürezis

Pollaküri Poliüri Oligüri Polidipsi Üretritis (Akıntı vb.)

Geçirdiği genitoüriner hastalıklar: -----------------------------------------------------------------------

İnkontinans: Yok. Var Nadiren Gündüz Gece

Stres tip Total Mikst tip Aşırı aktif mesane/Urge Overflow/Taşma

İşemeyi ertelemede güçlük: Yok Var Tuvalete ulaşmada güçlük: Yok Var

Kateter gereksinimi: Gereksinimi yok Aralıklı kateterizasyon

Kalıcı kateter Eksternal kateter

İdrar yapma gereksinimini karşılama şekli: Normal Sürgü/ördek Üriner Alt bezi

Aşırı terleme/Hiperhidrozis sorunu: Var Yok

Vücut kokusu sorunu: Var Yok

Örüntü ile ilgili NANDA tanısı:-------------------------------------------------------------------------

1. **Aktivite/Egzersiz**

Aktivite: Problem Yok Dengesiz Yürüme Güçsüzlük Immobil

Yürüyüş: Spastik Ataksik Stepaj Parkinsoniyen Ördekevari

Aktivite toleransı: Normal Çabuk yoruluyor Halsiz/güçsüz

Yardımcı Araç Kullanımı: Yürüteç/Walker Baston

Tekerlekli Sandalye Koltuk Değneği

Düzenli Egzersiz: Yapıyor Yapmıyor Hareket Kısıtlılığı: Yok Var

Deformite: Yok Var Varsa yeri------------------------------

Kontraktür: Yok Var Varsa yeri------------------------------

Fraktür: Yok Var Varsa yeri------------------------------

Amputasyon: Yok Var Varsa yeri------------------------------

Atrofi: Yok Var Varsa yeri------------------------------

Ekstremitelerde: Tremor Kramp Paralizi Parapleji Hemipleji

Eklemlerde: Kızarıklık Hassasiyet Şişlik Ağrı

Tutulan eklem sayısı: ------------------------------

**Motor Değerlendirme**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kas Gücü** | **Açıklama** | | | |
| **0/5** | Test edilen kas hiçbir şekilde hareket veya kasılma göstermiyor | | | |
| **1/5** | Test edilen kas, yerçekimi etkisi kaldırıldığında bile hareketini tamamlayamıyor, yalnızca kasılma gösteriyor | | | |
| **2/5** | Test edilen kas, ancak yer çekimi etkisi kaldırıldığında hareketini tamamlıyor | | | |
| **3/5** | Test edilen kas, yerçekimine karşı olarak hareketini tamamladıktan sonra kendisine uygulanan karşı kuvvete hiçbir direnç göstermiyor | | | |
| **4/5** | Test edilen kas, yerçekimine karşı olarak hareketini tamamladıktan sonra kendisine uygulanan tam karşı kuvvete hiçbir direnç göstermiyor | | | |
| **5/5** | Tam kas gücü: Test edilen kas, yerçekimine karşı olarak hareketini tamamladıktan sonra kendisine uygulanan tam karşı kuvvete tam bir dirençle karşılık veriyor. | | | |
| **Hastanın kas gücü** | | | | |
| **Sağ** | | | **Sol** | |
| Üst ekstremite distal | | -----/5 | Üst ekstremite distal | -----/5 |
| Üst ekstremite proksimal | | -----/5 | Üst ekstremite proksimal | -----/5 |
| Alt ekstremite distal | | -----/5 | Alt ekstremite distal | -----/5 |
| Alt ekstremite proksimal | | -----/5 | Alt ekstremite proksimal | -----/5 |
|  |  |  |  |  |

Kas ağrısı-güçsüzlüğü: Var Yok Osteoporoz: Var Yok

Bouchard nodülleri: Var Yok

Üstekstremite: Eşit Eşit Değil Kuvvetli Orta Zayıf

Altekstremite: Eşit Eşit Değil Kuvvetli Orta Zayıf

Senkop öyküsü: Yok Var

SVO: Yok Var Sağ Sol

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REFLEKS DEĞERLENDİRME** | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Refleksler** | | | **Güç , Asimetri, Hız Kontrol Edilir** | | | **0 :** | Kayıp veya alınamıyor | |  | Sadece destek ile ortaya çıkar | | **+** | Azalmış | | **++** | Normal | | **+++** | Artmış | | **++++** | Aşırı artmış tepki(bir vuruşa birkaç hareketle cevap) | | **Patolojik refleksler** | |
| **Babinski** | Pozitif □ Negatif □ |
| **Hoffman refleksi** | Var □ Yok □ |
| **Emme refleksi** | Var □ Yok □ |
| **Yakalama refleksi** | Var □ Yok □ |
| **Diğer** | Var □ Yok □ |
|  | |

İstem dışı hareketlerin değerlendirilmesi:

Kore Atetoz Distoni Tremor Tik Myoklonus Fasikülasyon

Meningeal iritasyon: Ense sertliği Kerning Brudzinski

Pupil büyüklüğü(mm): 

Pupil ışığa yanıt: Var Yok

**İtaki Düşme Riski Ölçeği**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RİSK FAKTÖRLERİ** | | | **PUAN** |
| **1.** |  | 65 yaş ve üstü. | 1 |
| **2.** |  | Bilinci kapalı. | 1 |
| **3.** |  | Son 1 ay içinde düşme öyküsü var. | 1 |
| **4.** | **Minör Risk Faktörleri** | Kronik hastalık öyküsü var.\* | 1 |
| **5.** | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var. | 1 |
| **6.** | Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var. | 1 |
| **7.** | Görme durumu zayıf. | 1 |
| **8.** | 4'den fazla ilaç kullanımı var. | 1 |
| **9.** |  | Hastaya bağlı 3’ün altında bakım ekipmanı var.\*\* | 1 |
| **10.** |  | Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor. | 1 |
| **11.** |  | Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var. | 1 |
| **12.** |  | Bilinç açık, koopere değil. | 5 |
| **13.** |  | Ayakta/yürürken denge problemi var. | 5 |
| **14.** | **Majör Risk Faktörleri** | Baş dönmesi var. | 5 |
| **15.** | Ortostatik hipotansiyonu var. | 5 |
| **16.** | Görme engeli var. | 5 |
| **17.** | Bedensel engeli var. | 5 |
| **18.** |  | Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.\*\* | 5 |
| **19.** |  | Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.\*\*\* | 5 |
|  |  | **TOPLAM** |  |

**Düşük Risk:** Toplam 5 puanın altında **Yüksek Risk:** Toplam 5 puan ve üzerinde

|  |  |
| --- | --- |
| **İtaki Düşme Riski Ölçeği Bilgilendirme Tablosu** | |
| **\*Kronik hastalıklar** | Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar |
| **\*\*Hasta Bakım Ekipmanları** | IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren, Perfüzatör, Pacemaker vb. |
| **\*\*\*Riskli İlaçlar** | Psikotroplar, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiayebetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.), Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar |

Örüntü ile ilgili NANDA tanısı: --------------------------------------------------------------------------

1. **Uyku /İstirahat Şekli**

Normalde gecede kaç saat uyuyor:-----------------------------------------------------------------------

Uykuyu kesintiye uğratan bir durum var mı: Hayır Evet--------------------------

Uykuya başlamada/dalmada zorluk yaşama durumu: Hayır Evet----------------------------

Uykuyu sürdürmede zorluk yaşama durumu: Hayır Evet----------------------------

Rahat uyumak, gevşemek için kullandığı yöntemler: Yok Var----------------------------

Gündüz uyuma/şekerleme alışkanlığı durumu: Evet Hayır Bazen

Uykudan dinlenmiş olarak kalkma durumu: Evet Hayır

Gün boyunca yaşadığı yorgunluğun şiddeti:

0 10

Yorgun değilim Çok yorgunum

Örüntü ile ilgili NANDA tanısı:---------------------------------------------------------------------------

1. **Duyusal - Bilişsel Algılama Biçimi**

İşitme güçlüğü: Yok Var Sağ Sol

İşitme cihazı kullanma durumu: Evet Hayır

Görme bozukluğu: Yok Var Sağ Sol

Gözlük/lens kullanma durumu: Evet Hayır

Dokunma/hissetme kaybı: Var Yok

Koku alma yetisi: Normal Normal değil

Tat alma yetisi: Normal Normal değil

**Bilinç Düzeyi Değerlendirme**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bilinç açık** | 🞎 | Kişi uyanık, kendisinin ve çevresinin farkında |
| **Konfüzyon** | 🞎 | Oryantasyon bozukluğu, şaşkınlık, komutları izlemekte üçlük ile belirgin derin bilinç değişikliği |
| **Letarjik** | 🞎 | Uyuşukluk durumu, hafif bir uyaranla uyandırılabilir ancak sonra yeniden uykuya dalar |
| **Obtundasyon** | 🞎 | Çevreye ilgi azalmıştır, uyarılara azalmış yanıt vardır, uykuya eğilim vardır |
| **Stupor** | 🞎 | Sadece güçlü ve tekrarlanan uyaranlar bireyi uyandırır ve uyaran verilmeyince yanıtsız döneme geri döner |
| **Koma** | 🞎 | Uyandırılamaz, uyaranlara yanıtsızdır |

GKS Puanı:------------ E/Göz: M/Motor yanıt: V/Sözel yanıt:

Oryantasyon durumu:

Kişi: Var Yok Zaman: Var Yok

Yer: Var Yok Kendine oryantasyon: Var Yok

Halüsinasyon/İllüzyon: Yok Var-------------------------------------------------------------

Konsantre olma/dikkatini toplama yeteneği:-----------------------------------------------------------

En kolay öğrenme şekli (okuyarak, dinleyerek, görerek):--------------------------------------------

Öğrenmede zorluk çekme durumu: Yok Var----------------------------------------------

Kolay karar verme yeteneği:------------------------------------------------------------------------------

Son zamanlarda hatırlamada sorun yaşama durumu (yakın-uzak olayları hatırlama) :

Yok Var------------------------------------------------------------------------------------------

Örüntü ile ilgili NANDA tanısı:---------------------------------------------------------------------------

1. **Kendini Algılama/ Kavrama Biçimi**

Algıladığı herhangi bir tehlike/korku: Yok Var----------------------------------------

Endişe /Gerginlik /Huzursuzluk : Yok Var-----------------------------------------

Öfke/Kızgınlık : Yok Var-----------------------------------------

Umutsuzluk : Yok Var----------------------------------------

Keder/Ağlamaklı olma durumu : Yok Var------------------------------------------

Bireyin kendi bedeni hakkındaki görüşlerinde değişiklik durumu: Yok Var--------------

Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendine saygı, güven duyma ve kendine değer verme duygularında değişme durumu : Yok Var------------------------------------

Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı kendi kimliği hakkındaki görüşlerinde değişme:

Yok Var----------------------------------------------------------------------------------

Birey içinde bulunduğu durum nedeniyle başkalarının kendi kimliği hakkındaki görüşlerinin değiştiğini düşünme: Hayır Evet--------------------------------------------------------------

Örüntü ile ilgili NANDA tanısı: --------------------------------------------------------------------------

1. **Rol İlişki Şekli**

Rolleri yerine getirme yeteneğinde yetersizlik durumu (Anne, baba, çocuk, mesleki rol):

Yok Var------------------------------------------------------------------------------------------------

Bu rolleri yerine getirmede destek olacak bir yakındurumu: Yok Var---------------------

Yakınlarının ve arkadaşlarının sosyal desteğini yeterli bulma: Hayır Evet------------------

*Hasta rolüne uygun davranışlar sergilime durumu*

Bilgi alma isteği: Evet Hayır

Tedavi planına katılma isteği: Evet Hayır

Diğer------------------------------ Evet Hayır

Yakın çevre ve arkadaşlarıyla ilişkilerinde bir zorluk yaşama: Hayır Evet---------------

Sağlık personeli ile iletişimde bulunma: Evet Hayır--------------------------------------------

Diğer hastalarla iletişimde bulunma: Evet Hayır--------------------------------------------

Konuşma modeli: Normal (Düzenli, mantıklı) Bozuk (hızlı, yavaş, küfürlü, alaycı gibi)

Disartri Afazi

Sözlü ve sözsüz iletişimi arasında uyumsuzluk: Yok Var ----------------------------Dinlemede güçlük çekme durumu: Yok Var ----------------------------

Toplumsal kurallara uygun olmayan davranış sergileme durumu (Bulunduğu ortamda kendine, etrafındakilere zarar verebilecek davranışlar): Yok Var--------------------------

Ailenin ve ona yakın olan kişilerin hastalığa karşı tutumu:-------------------------------------------

Örüntü ile ilgili NANDA tanısı:---------------------------------------------------------------------------

1. **Cinsellik ve Üreme**

Cinsel yaşamında değişiklik: Yok Var---------------------------------------------------

Doğum kontrol yöntemi kullanma durumu: Yok Var-----------------------------------

Libido: Var Yok

Menstruasyon öyküsü: Düzenli Düzensiz Son adet tarihi (SAT**):**-------------Menopoz/Andrapoz: Var Yok

Gebelik: Var Yok

Vaginal akıntı: Var Yok

Memeler: Akıntı Şekil bozukluğu Ağrı Kitle

Penil veya genital ülser: Var Yok

Cinsel yolla bulaşan hastalık öykü durumu: Yok Var------------------------------------------

Örüntü ile ilgili NANDA tanısı---------------------------------------------------------------------------

**10.Stres ile Baş etme/Tolere Etme Durumu**

Yaşadığı güçlük, sıkıntı ve engel: Yok Var-----------------------------------------------------

Bu güçlük ve engellerle nasıl baş edebiliyor?-----------------------------------------------------------

Başa çıkma: İyi Orta Zayıf

İhtiyaç duyduğunda bakım verebilecek birey: Yok Var-----------------------------------

Yaşadığı sıkıntılı durumlarla baş etmede ailesinin verdiği desteği yeterli bulma durumu:

Yeterli Kısmen yeterli Yetersiz

Son bir yıl içinde yaşadığı önemli yaşam değişiklikleri: Yok Var---------------------------

Hastalık veya hastaneye yatmaya ilişkin endişeleri (Parasal, özbakım…):

Yok Var--------------------------------------------------------------------------------

Örüntü ile ilgili NANDA tanısı: --------------------------------------------------------------------------

**11.İnanç ve Değerler Şekli**

Manevi değerlerinizde hastalık sürecinde değişiklik: Yok Var----------------------

Baş etmeyi kolaylaştırıcı manevi ya da kültürel uygulamalar: Yok Var----------------------

İnançlarınız doğrultusunda sağlık uygulamalarına ilişkin kısıtlama ya da yasaklar:

Yok Var---------------------------------------------------------------------------------------------

Yaşam hakkındaki inanç ve değerleri: -------------------------------------------------------------------

Ölüm hakkındaki inanç ve değerleri: --------------------------------------------------------------------

Örüntü ile ilgili NANDA tanısı: --------------------------------------------------------------------------

**12. Konfor/Rahatlık**

**Ağrı Değerlendirme Skalası**

0 - Yok 10 – Çok Fazla

Ağrının şiddeti:

Ağrının yeri:------------------------------ Ağrının sıklığı:-----------------------------------------

Ağrının başlama zamanı ve süresi:-----------------------------------------------------------------------

Ağrının niteliği: Zonklayıcı Yanıcı Batıcı Yangı Künt Bıçak saplanır tarzda Diğer---------------------

Ağrıyı Azaltan Faktörler: Ortam değişikliği Hareket Pozisyon

Masaj İlaç Diğer---------------------

Ağrıyı Arttıran Faktörler: Oturma Masaj Hareket

Pozisyon Diğer-------------------------------------

Hastanın ağrıyı azaltmak için yaptığı uygulama: Yok Var-------------------------------

Ağrının yaşam kalitesine etkisi: Yok Var-------------------------------

Ağrıya eşlik eden bulgular: Bulantı-kusma Uykusuzluk İştahsızlık

Fizik aktivitede azalma Sosyal aktivitede azalma Terleme Diğer--------

**Konfor Değerlendirme Skalası**

0 -Konforsuzluk 10-Yüksek Konfor

Konforu arttırma isteği: Yok Var Ağrı: Yok Var

Örüntü ile ilgili NANDA tanısı: --------------------------------------------------------------------------

**13.Büyüme Gelişme**

Bu örüntü ile ilgili veriler ilgili uygulama alanlarında toplanacaktır.

**Fiziksel Değerlendirme (Objektif):**

Genel görünüm: Bakımlı Bakımsız

(Banyo yapma sıklığı:------------------/hafta Diş fırçalama sıklığı:-----------/gün)

Kilo: -------------------------- Boy: --------------------------

Beden Kütle İndeksi (kilo/boy²):--------------------------------------------------------------------------

Değerlendirme: < 20 zayıf 20-24.9 uygun kilo 25-29.9 hafif obez 30-39.9 obez > 40 aşırı obez

Son 1 yılda kilo alma/kilo kaybı durumu: Yok Var---------------------------------------

Ateş:----------- Nabız:---------- Güçlü Zayıf Düzenli Düzensiz

Kan basıncı:------------------- Sağ kol Sol kol Oturarak Yatış

Solunum hızı:----------------/dk

Solunumun niteliği: Normal Yüzeysel Hızlı Çabalı

Bilateral Temiz Zorlu

Akciğer (solunum) sesleri: Temiz Yok  Azalmış Wheezing 

Raller  Ronküs Konjesyon

Öksürük : Evet Hayır Prodüktif  Nonprodüktif  Diğer--------Balgam : Yok Var (Özelliği)---------------------------------------------------------------

Tbc öyküsü: Yok Var---------------------------------------------------------------------------Dispne: Yok Gece gelen dispne Çaba dispnesi Ortopne

**Sınıf 1:** Nefes darlığı, aktivite ile uyumlu

**Sınıf 2:** Nefes darlığı, merdiven veya yokuş çıkarken

**Sınıf 3:** Nefes darlığı, normal hızla yürüme (kendi hızında yürüyebilme)

**Sınıf 4:** Nefes darlığı, 100 m yürüme, giyinme ve konuşma sırasında

Kalp Hızı:  Düzenli  Düzensiz

Kalp sesleri: Normal (S1-S2) Patolojik ses (S3-S4, üfürüm vb.)

Boyun venöz dolgunluk : Var  Yok

Periferik Nabızlar:  Açık Zayıf  Alınamıyor Tril  Yok

Siyanoz: Yok Periferik  Santral

Karotid Arter Palpasyon ve Oskültasyonu: 0:Yok 1:İpliksi 2:Zayıf 3:Normal 4:Sıçrayıcı

Jugular Ven Distansiyonu: Var Yok

Tırnak Yatağı Rengi: Pembe Mavi Soluk

Kapiller Dolum:--------------(normalde 2 sn.den az)

Kalp Sesleri Dinleme Odakları

Aort odağı: ⁯Normal Patolojik Triküspit odak: Normal ⁯ Patolojik

Mitral odak: Normal Patolojik Pulmoner odak: Normal ⁯ Patolojik

EKG Ritim: Taşikardi Biradikardi Aritmi/disritmi

Göğüste ağrı: Var Yok İstirahatte Eforla Süresi: ------------- Yayılımı: ---İlaca yanıtı: Var Yok

Varis:  Var Yok Venöz bozukluk: Var Yok

Hipertansiyon öyküsü:  Var  Yok

Extremitelerde renk değişikliği (Raynoud vb.): Var Yok

Extremitelerde çaba ile ağrı (kladikasyon) Var Yok

Barsak sesleri: Normoaktif (--------/dk) Hiperaktif Hipoaktif

Diyabet öyküsü: Yok Var

Kaç yıldır diyabetik: ----------- Diyet Oral antidiyabetik İnsülin Almıyor

Diyabet Komplikasyonları: Hayır Evet-----------------------------------------

Ayak bakımı: Evet Hayır

Hipertroidi: Yok Var---------- Tedavi alma durumu: Hayır Evet-------------

Hipotroidi: Yok Var---------- Tedavi alma durumu: Hayır Evet-------------

Eklem hareketleri: Aktif hareketler Pasif hareketler

Kas kuvveti: Kasılma yok Dirence karşı az kasılma Dirence karşı aktif hareket

Deride lezyonlar: Yok Var----------- Deride renk değişikliği: Yok Var-----

Kaşıntı: Yok Var----------- Kuruluk: Yok Var-----

Döküntü: Yok Var----------- Tırnaklar değişme: Yok Var-----

Ciltte sarılık: Yok Var----------- Deri altı nodülleri: Yok Var-----

Solukluk: Yok Var----------- Diğer: --------------------------------------------

Deri turgoru: Normal Azalmış Çok azalmış

Ödem: Yok Var Bifusser  Anazarka Pretibial Sakral Trunkal

Ödem varsa gode derinliği: 2mm (+) 4mm (++) 6mm (+++) 8mm (++++)

Postürde bozukluk: Yok Var---------------

**LABORATUVAR BULGULARI**

|  |
| --- |
| **KAN BİYOKİMYASI** |
| **Tam kan sayımı:**  WBC (Lökosit):--------------------------------------  RBC (Eritrosit):-----------------------------------------  PLT (Trombosit):------------------------------------  Hb:------------------- Htc:-------------------------  SGOT : CRP:  SGPT : T.Bil: RF:  ALP : D.Bil: Sedimantasyon hızı:  GGT : FT3: CPK:  ÜRE : FT4: CK-MB:  KREATİN: TSH: LDH:  HDL: ANA: Protrombin zamanı:  LDL: ASO: Diğer:  TKŞ:-------------------------- AKŞ:------------------------------  Na:----------------------------- K:----------------------------------  Ca:----------------------------- Cl:--------------------------------- |
| **İDRAR BİYOKİMYASI** |
| Rutin idrar: Keton :  Dansite : Alb :  Glikoz : Bil :  PH : Sediment : |
| **Bakteriyolojik ve mikrobiyolojik incelemeler** |
| Hepatit markerları: Gaita kültürü:  Hemokültür : İdrar kültürü: |