|  |  |
| --- | --- |
| Doküman No | **FRM-HMF-154** |
| Yayın Tarihi | 27.04.2014 |
| Revizyon Tarihi | 19.03.2025 |
| Revizyon No | 03 |



 EGE ÜNİVERSİTESİ

 Hemşirelik Fakültesi

 *"Huzurlu Üniversite, Kaliteli Eğitim,*

 *Aydınlık Gelecek”*

 ÇOCUK TANILAMA FORMU

 …/…/20…

 **Dersin Adı:**…………………………………………………………………………………….

**ÇOCUĞUN;**

Adı Soyadı:

Görüşme Tarihi:…/…../…

Doğum Tarihi:…../…../….

Yaşı :…….

Yatış Tarihi:…/…../…

Doğum Yeri:………..

Cinsiyeti: K / E

Yaşadığı Yer:………

Kardeş Sayısı:

**TANISI:**…………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Tanısı Hakkında Bilgi** (Tanıyı açıklayınız, tanılama yöntemini belirtiniz)**Sağlık Öyküsü****Şikayetleri** (Hastaneye geliş nedeni, klinik belirtiler vs……belirtiniz.)**Tıbbi Öyküsü** (Başlangıç zamanı/ şekli (akut/ kronik) belirtilerin niteliği, yoğunluğu, lokalizasyonu, seyri, süresi, arttıran ve azaltan faktörleri)**Kaynakça belirtiniz.** |

**Uygulanan Tedaviler:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **İlacın Adı:** | **Türü**(Örn. antiemetik) | **Sıklığı**(Örn. 2X1, 4X1) | **Dozu**(mg) | **Veriliş Yolu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Parenteral Sıvılar**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Verilen Sıvının Adı** | **Sıvı□ İçeriği** | **Bölge**(Ven adı) | **Saatte□Giden** | **Total Giden**(24 saatte giden) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ**

**Vücut Yüzey Alanı (VYA)**: ..…m2/kg **Formül: VYA’ya göre alması gereken sıvı (Toplam)** cc

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih** | **Zaman****(08.00-16.00&16.00-08.00)** | **Aldığı Sıvı Miktarı** | **Çıkardığı Sıvı Miktarı** | **Denge** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# ! HASTANIZDA AÇT TAKİBİ YAPILMIYORSA DAHİ 1 GÜNLÜK AÇT TAKİBİNİ YAPINIZ !!

|  |
| --- |
| **LABORATUVAR BULGULARI Alındığı Tarih:****HER PARAMETRENİN YANINA REFERANS DEĞERLERİ, BİRİMİ VE DEĞERLENDİRMESİNİ (N:**NORMAL**, D:**DÜŞÜK**, Y:**YÜKSEK**) YAPINIZ.****Tam kan sayımı:**WBC (Lökosit): RBC (Eritrosit):PLT (Trombosit):----------------------------- Hb:------------ Htc:-----------SGOT : SGPT : CRP:T.Bil: D.Bil: SEDİMANTASYON HIZ:ÜRE : KREATİN: TSH: LDH:HDL: LDL: Protrombin zamanı: AKŞ: TKŞ:Na: K:Ca: Cl:**İdrar Biyokimyası**Rutin idrar: Keton :Dansite : Alb :Glikoz : Bil :PH : Sediment :**Bakteriyolojik ve mikrobiyolojik incelemeler**Hepatit markerleri: Gaita kültürü:Hemokültür : İdrar kültürü: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NATAL ÖYKÜSÜ**Doğum tipi: Vajinal / Sezeryan Doğum ağırlığı: Doğum sırasında herhangi bir komplikasyon yaşama durumu: Yiyecek ve ilaç alerjisi: Var/Yok Belirtiniz:…………….**Yapılan aşıları işaretleyiniz.** |  | Doğum boyu: |
| **AİLE ÖYKÜSÜ** |
| **Anne Baba** |
| Yaş: |
| Eğitim: |
| Meslek: |
| Ailenin sağlık öyküsü: |
| Aile Tipi:(Çekirdek /Geniş Aile) Ailede kalıtsal bir hastalık var mı?..................... |
| Akraba evliliği var mı? Var /Yok |
| Çocuk ve ailenin hastalığı kabullenme durumu:………………………………………................ |
| **BESLENME DURUMU** |  |  |
| Beslenme şekli ( ) Oral ( ) Parenteral | ( ) Enteral | ( ) Gastrostomi |
| Anne sütü/ek besin: |  |  |
| Özel diyet: |  |  |
| İştah durumu: |  |  |
| Yeme yutma güçlüğü: |  |  |
| Günlük sıvı alımı: |  |  |

|  |
| --- |
| Beslenme İçeriği (1 günlük diyeti) Sabah:…………………………………………………………………………………............. Öğle:…………………………………………………………………………………………… Akşam:………………………………………………………………………………………….Beslenme Şekli: Kendi Kendine ( ) Başkasının Yardımıyla ( ) |
| **BOŞALTIM**Tuvalete çıkma sıklığı (gün):İdrar:…………………. Dışkı:…………………………………. Tuvalet eğitimine başlama zamanı?...............................................................................................Tuvalet alışkanlığı gelişti mi? ( )Evet ( )Hayır Boşaltıma ilişkin sorun: Var/Yokİshal (…..) Konstipasyon (……) Dışkı Kaçırma (……) İdrar Kaçırma (……) |
| **UYKU**Gündüz Uyku Süresi:………………….. Gece Uyku Süresi:………………………… Gündüz Uykusu:Uyku Sorunları:………………………………………………………………………………… Yaşına uygun oyun/aktivite durumu: |
| **FİZİKSEL ÖLÇÜMLER****Persantil Değerleri**Boy:Kilo:Baş çevresi:Göğüs çevresi:**AĞRI DEĞERLENDİRMESİ**(Yaş grubuna uygun ölçeği seçerek ağrı değerlendirmesini yapınız.)**PIPP Ağrı Ölçeği** (Prematüre) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yaşam Bulguları** | ………………. | ……………….. | ……………….. | ……………….. |
| Vücut ısısı: |  |  |  |  |
| Nabız: |  |  |  |  |
| Kan Basıncı: |  |  |  |  |
| Solunum: |  |  |  |  |
| Ağrı: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **NIPS Ağrı Ölçeği** (Yenidoğan)**Görsel Ağrı Skalası** (2 ay-6 yaş)**VAS** (7 yaş ve üzeri)**Davranışsal Ağrı Skalası**(İletişim kuramayan hastalar içindir)**FİZİK MUAYENE (Hastayı tanımlayın özellikleri daire içine alınız ilaveleriniz varsa noktalı alana yazınız)** |
| **Genel Görünüm**Normal, koopere, halsiz, laterjik, ajite, hipotonik, mental retarde, obez, zayıf, kaşektik, huzursuz Vücut posturu (opistotunus, ortopne, bacaklar karına çekili)…………………………………………………………………………………………………….. |
| **Deri**Normal, şeffaf, kuru, ödemli, pembe koyu kırmızı, soluk, siyanotik, sarılık (fizyolojik-patolojik), mekonyumla boyalı, ekimoz, peteşi, lanugo tüyleri, döküntü, mongol lekesi, verniks kazeosa, kaşıntı, pişikSaç özellikleri (kuru, alopesi) |

|  |
| --- |
| Turgor/tonüs (normal/bozulmuş)Ödem (yeri, niteliği, derecesi) ………/………..……………………………………………………………………………………………………. |
| **Solunum**Göğüs duvarında konjenital anomali (pektus ekscavatus, pectus carinatus, deformite, asimetri yelken göğüsDüzenli, solunum tipi (yüzeyel, derin, abdominal, torasik, cheyne stokes), solunum hızı (takipne, bradipne, apne), solunum güçlüğü, retraksiyon (hafif-artmış), burun kanadı solunum, öksürük, balgam, hemoptiziKulakla dışarıdan duyulan ek sesler (stertor, stridor, wheezing) Meme başında ödem, akıntı, asimetri……………………………………………………………………………………………………. |
| **Göbek**Normal, kanama, akıntı, kızarıklık, fıtık, kurumuş, göbek düşmüş Bakımı:……………./gün ….. ile yapılıyor. |
| **Bas/Boyun**Saç (kuru, ınce, seyrek, alopesi)Ön fontanel açık ( / ), arka fontanel açık ( / ), fontanel (bombe / çökük / normal), kapalıMikrosefali, makrosefali, hidrosefali, sefalhematom, kaputsuksadenum, tortikolis, konak**……………………………………………………………………………………………………..** |
| **Yüz**Normal/Anormal görünüm**……………………………………………………………………...** Renk (pollar, sarı, siyanotik)Döküntü (peteşi, purpura, ekimoz,vezikül) Disformizim (burun kökü basıklığı, kulak düşüklüğü)Ödem (var/yok) Derecesi…………………………………. |
| **Gözler**Normal/hemoraji (sağ-sol), kızarıklık, akıntı, ödem, şaşılık, görme bozukluğu Strabismus, ekzoftalmi, batan güneş, nistagmus, pitozis, skleralar (sarı, mavi, hemoraji), Konjuktiva rengi(hiperemik, soluk, hemorajik), Periorbital ödemPupillerin ışığa reaksiyonu (Var/Yok)………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Kulaklar**Normal/ kulak kıvrımları (oluşmuş-oluşmamış), kızarıklık, akıntı, işitme sorunu, düşük kulak, otit Bilateral kulak yolu (akıntı, kızarıklık), kulakta hassasiyet, kulak düşüklüğü**………………………………………………………………………………………………………** |
| **Burun**Normal/deliklerde darlık (sağ-sol) kapalı (sağ-sol), kanama, basık burun kökü, milia, burun kanadı solunumuBurunda akıntı (pürülan, mukoid, kanarna)……………………………………………………………………………………………………… |
| **Ağız**Normal/yarık damak-dudak, büyük dil, natal diş, pamukçuk, kötü ağız hijyeni, ağız kokusu Dil kökü yapışık mı? Diş sayısı…………… Diş Çürüğü………..……………………………………………………………………………………………………… |
| **Kardiyovasküler Sistem**Normal, aritmi, taşikardi (sürekli-aralıklı), bradikardi (sürekli-aralıklı), hipertansiyon, hipotansiyon………………………………………………………………………………………………………. |
| **Gastrointestinal Sistem**Normal, mekonyum, kusma, distansiyon, konstipasyon, ishal, geçiş kakası, melena, karında duyarlılık, sertlik, iştahsızlık, yutma güçlüğü, oral alamama,anomaliBarsak sesleri (azalmış/artmış/normal) Barsak sesi /dk(Barsak seslerini kutucuğa ayrı ayrı yazınız.)………………………………………………………………………………………………………. |
| **Genito-üriner Sistem**Normal, akıntı, testisler (inmiş, inmemiş) idrar (normal, azalmış, artmış), anomali**………………………………………………………………………………………………………** |
| **Kas İskelet Sistemi**Normal, morluk, kızarıklık, açık yara, ödem, siyanoz, eklemlerde şişlik, hareket sınırlılığı, duyu kaybı, anomali**……………………………………………………………………………………………………….** |
| **Merkezi Sinir Sistemi**Tremor, konvülsiyon, spinabifida, ense sertliği, kernig, brudzinski,Refleksler (arama, emme, gözle izleme, tonik boyun, babinski, adımlama, yakalama, gövdenin içe eğilme, moro)………………………………………………………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| Sağ üst:…. | Sol üst:…. |
| Sağ alt:….. | Sol alt:. …. |

|  |
| --- |
| **İnguinal Bölge**Femoral lenf bezleri, femoral nabız palpasyonu, inguinal herni**……………………………………………………………………………………………………….** |
| **Genital Gölge**Genital hijyen (iyi/kötü), Genital anomali(var/yok), Pubik kıllanma (var/yok), Hemoraid, fistül, fissür………………………………………………………………………………………………………**Kızlar**Labia major, minör ve klitoriste ödem, akıntı, koku, kanama, mensturasyon (var/yok)……………………………………………………………………………………………………….**Erkekler**Fimozis, hipospadis, epispadias, Hidrosel, ödem, Kriptorşitizm, Sünnet (var/ yok)……………………………………………………………………………………………………….. |
| **Ekstremiteler**Kas tonüsü (iyi/kötü), parmak anomalileri (sindaktili, polidaktili, adaktili), hijyen (iyi/kötü), kırık (Bandaj, alçı, traksiyon), eklem deformiteleri (kızarıklık, şişlik, hassasiyet, hemartroz, hareket kısıtlılığı), simian çizgi, çomak parmak, kapiller dolum hızı (… sn)………………………………………………………………………………………………………. |
| **Üst ekstremite omuz, dirsek ve el bileği:**Omuz deformitesi ,kollarda asimetri,kırık (alçı, bandaj, tarksiyon), kontraktür**……………………………………………………………………………………………………….** |
| **TEDAVİ /BAKIM UYGULAMALARI Aralıklı/Sürekli****Oksijen Uygulaması: ……………………………………****Buhar Uygulaması: ……………………………………****Postural Drenaj: ……………………………………****Küvöz Bakımı: ……………………………………****Fototerapi Uygulaması: ……………………………………****İzolasyon ve Türü: ……………………………………****Isı Yatağı/ Radyant Isıtıcı: ……………………………………****Kateter Tipi: ……………………………………****Kateter Bakım Sıklığı: …………………………………… Kateter Yeri/Bölgesi** (ven)**Diğer Uygulamalar: ……………………………………** |

|  |
| --- |
| Pulse Oximetre………….Ayak……………Kol…….Küvöz O2 ……………..lt/dk Nazal Maske O2 lt/dkHood içi O2 ………….. lt/dk Modifiye Cpap lt/dk**Hasta mekanik ventilatöre bağlı ise;**Ventilatör günVentilatör modunu belirtiniz…………………………………………………………………………. Drenaj: (….) Var (… ) Yok:….Nazogastrik …………Foley …..Hemovak Nelaton…..Göğüs Tüpü ………….Penrose ……Diğer**Yara Bakımı:** (….) Var (… ) Yok**Bağımlılık Düzey Puanı**: ………………… **Derecesi:** Üst Düzey ( )**:** Orta Düzey ( ): Alt Düzey ( ): Bağımsız ( ) |
| Çocuğun iletişim becerileri:Aile:Akran:Sağlık personeli:Ruhsal sağlık sorunları (depresyon, parmak emme, tırnak yeme ) |