**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: ----------------------------------------

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Şu anda kullandığı ilaçlar** | **Dozu** | **P.O.** | **P.E.** | **Saati** | **İlaç grubu (Örn: Antiemetik, Antihipertansif, Analjezik vb.)** | **Yan etkileri**  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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 kateter 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

|  |
| --- |
| **Refleks değerlendirme**  |
|

|  |
| --- |
| **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

**İTAKİ 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. **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

Senkop öyküsü: Yok Var

SVO: Yok Var Sağ Sol

**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 Yer: Var Yok

Zaman: 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 ve uzak zamana ilişkin olayları hatırlama)

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

**Örüntü ile ilgili NANDA tanıs**ı:-----------------------------------------------------------------------------------

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 olarak 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: Evet Hayır

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

Menstruasyon öyküsü: Düzenli Düzensiz Son adet tarihi (SAT**):**-----------------------------

Menopoz/Andrapoz: Var Yok

Gebelik : Var Yok

Vaginal akıntı: Var Yok Libido: 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**

Konfor Değerlendirme Skalası

 0 10

Konforsuzluk Yüksek Konfor

Konforu arttırma isteği: Yok Var Ağrı: Yok Var

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

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

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

Ağrının şiddeti:

Ağrı Değerlendirme Skalası

 0 10

 Yok Çok fazla

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

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

**13.Büyüme-Gelişme**

Bu örüntü ile ilgili veriler ilgili uygulama alanlarında toplanacaktır.

**FİZİKSEL DEĞERLENDİRME (OBJEKTİF):**

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 Palpasyonu 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

Senkop 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: |