

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ KLİNİKLER İÇİN BAKIM PLANI FORMU

A- HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ

Görüşmeyi yapan öğrenci hemşire..... Görüşme Tarihi:
Tıbbi Tanısı: Planlanan Ameliyat..... Yapılan Ameliyat.....
Anestezi Türü: Genel Anestezi ☐ Spinal Anestezi ☐ Epidural Anestezi ☐ Lokal Anestezi ☐
Hastaneye yatışın kaçınıcı günü: Preoperatif dönem ☐
Postoperatif dönem ☐ Postoperatif kaçınıcı gün:
Ameliyat Türü: Acil ☐ Elektif ☐

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLERİ

Boy:..... Kilo:..... BKİ:..... (Değerlendirmeniz.....)
Cinsiyeti: E ☐ K ☐ Yaşı:..... Medeni Durumu:..... Çocuk Sayısı:.....
Eğitimi:..... Mesleği:..... Sosyal Güvencesi:.....

Diğer (varsa belirtiniz):

Yatış tarihi:.....Saati:..... Bilgi Alınan Kişi:.....

Nereden geldi? Ev: ☐ Diğer hastane: ☐ Yoğun bakım: ☐ Acil: ☐ Diğer: ☐

Servise geliş şekli: ☐ Yürüyerek ☐ Tekerlekli sandalye ☐ Sedyeye

Refakatçi varlığı (varsa eşi, kızı, oğlu vs. kim olduğunu belirtiniz):

Birlikte yaşadığı kişiler:

Kan grubu: Daha önce kan transfüzyonu: () Evet () Hayır

Kan transfüzyonu sonrası reaksiyon gelişimi var mı? : () Evet(belirtiniz) () Hayır

HASTALIK ÖYKÜSÜ

Hastanın yakınması / şikayeti:

Hastaneye yatma nedeni ? (Tetkik/Ameliyat vb)

Geçmiş sağlık öyküsü (Daha önce hastaneye yatmış mı? Neden? Ameliyat olmuş mu? Herhangi bir komplikasyon gelişmiş mi?):

Geçmiş cerrahi öyküsü (Ameliyatları başlangıç tarihleri, ile belirtiniz):

Herhangi bir kronik hastalığı var mı?

Sürekli kullandığı ilaçlar:

Ailede sağlık problemi olan kişiler:

Alerjileri: (ilaç, gıda vb.)

Alışkanlıkları: (Sigara, Alkol vb.)

Protezler: Diş ☐ Gözlük ☐ Lens ☐ İşitme cihazı ☐ Diğer ☐

HASTANIN SERVİSE ORYANTASYONUN SAĞLANMASI

Yemek saati ☐ Ziyaret saati ☐ Refakatçi ☐ Telefon ☐ Tuvalet ☐ Kafeterya ☐

Oda düzeni ☐ Çağrı zili ☐ Hastalarla tanışma ☐

DÜŞME RİSKİ TANILAMA

☐ Düşme öyküsü var ☐ Yardımla Yürüme ☐ 65 yaş üzeri
☐ Görme problemi ☐ Ortostatik hipotansiyon ☐ Sedatif kullanımı
☐ Kas zayıflığı/dengesizlik ☐ Baş dönmesi/baygınlık ☐ Konfüzyon/ desoryantasyon
☐ Diğer.....

☐ İthaki Düşme Riski Ölçeği-Risk faktörleri ve Puanı (ölçeğe göre hastaya dair varolan bütün risk faktörleri burada yazılmalıdır):

B- GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ve SİSTEM TANILAMASI

1.Genel Görünüm (açıklayınız):

.....

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli veriler:.....

2.Baş – Boyun: (Göz, kulak, burun, ağız, boyun) akıntı..... kanama..... işitme sorunu.....görme sorunu

Oral tanılama (0,1,2,3,4) (belirtiniz):

Diğer (belirtiniz) :.....

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli veriler:

3. Solunum Sistemi: Solunum Hızı:Derinliği:Akciğer Sesleri:.....

Dispne ☐ Öksürük ☐ Sekresyon ☐ Hemoptizi ☐ Ortopne ☐

Trakeostomi ☐ Hıçkırık ☐ Aralıklı Apne ☐ Postural Drenaj ☐

Derin solunum ve öksürük egzersizleri/spirometri kullanımı (üç toplu triflow) (hastaya dair değerlendirmenizi yazınız):

Diğer (belirtiniz) :.....

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli veriler:.....

4.Kardiyovasküler Sistem: Kan basıncı: Hipotansiyon ☐ Hipertansiyon ☐

Nabız: Bradikardi ☐ Taşikardi ☐ Varis ☐

Periferel nabızlar: Nabız Ritmi:.....

Göğüs ağrısı ☐ Homan's Bulgusu ☐ Cavafix ☐

Ödem ☐ (+,++,+++,++++) Ödem alt ekstremit: Ödem üst ekstremit:.....

Elastik basınçlı çorap kullanımı var mı? Varsa hastaya dair değerlendirmenizi (neden kullandığı, uygun kullanımı, gelişen sorunlar vs) yazınız

Diğer (belirtiniz) :.....

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli

veriler:.....

5. Beslenme Özellikleri ve Gastrointestinal Sistem:

Genel beslenme alışkanlıkları:

Hoşlanmadığı besinler:

Oral alımı (R-1, R2, R3 vb.):

Oral sıvı alımı/24h (son 24 saat):

Oral sıvı alımı/8h (bakım verdiğiniz gün içerisinde):

Diyet durumu:

Oral mukoz membranlarda bozulma ☐ Ağız kokusu ☐ Yutma güçlüğü ☐ Bulantı ☐ Kusma

☐ Kilo Kaybı ☐ (Var ise açıklayınız)

Bağırsak sesleri: Sağ alt kadrın: Sağ üst kadrın:

Sol alt kadrın: Sol üst kadrın:

Gaz Çıkımı ☐ Konstipasyon ☐ (Var ise kaçınıcı gün:)

Defekasyon alışkanlığı:

☐N/G Tüp ☐ TPN ☐ Hematemez ☐ Melena ☐ Distansiyon ☐ Hemoroid ☐ Parazit

☐İnkontinans ☐ Anorexia ☐

Ostomi Var ☐ Yok ☐ Kolostomi ☐ Ileostomi ☐ Urostomi ☐

Diğer (belirtiniz) :.....

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli

veriler:.....

6. Üriner Boşaltım Özellikleri ve Üriner Sistem:

İdrar yapma alışkanlığı/24h (son 24 saat) (idrar yapma durumu, miktarı):

İdrar yapma alışkanlığı/8h (bakım verdiğiniz gün içerisinde) (idrar yapma durumu, miktarı):

.....

İdrar retansiyonu ☐ İdrar rengi:..... Özelliği:..... Dizüri ☐ Noktüri ☐

Hematüri ☐ İnkontinas ☐ Foley kateter ☐ Diyaliz ☐

Diğer (belirtiniz) :.....

.....

.....

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli

veriler:.....

7. Hareket Özellikleri ve Kas-İskelet Sistemi: Kas gücü ve gelişimi:.....

Deformite ☐ Hareketlerde ağrı ☐ Eklemlerde ödem ☐ Zayıflık ☐ Paralizi ☐

Parapleji ☐ Amputasyon ☐ Kırık ☐

Mobilizasyon ☐ Kullandığı yardımcı araçlar ☐ Ayak ve bacak egzersizleri ☐

Diğer (belirtiniz) :.....

.....

.....

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli

veriler:.....

8. Deri:

Vucut ısısı: Soğukluk ☐ Terleme ☐

Saçlı deri: Banyo yapma durumu:

Siyanoz ☐ İkterik ☐ Kaşıntı ☐ Kızarıklık ☐ Fotosensivite ☐

Deskuamasyon ☐ Exravazasyon ☐ Kapiller Dolum:

Dren varlığı: Dren tipi:

Dren yeri: Drenden gelen miktar ve özelliği:

Diğer (belirtiniz) :

CERRAHİ YARANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

1:

2:

3:

4:

5:



Hastanızın yarasının görünümünü değerlendiriniz.

(Akıntı, kızarıklık vb):

Cerrahi insizyon bölgesini, cilt lezyonlarını, basınç yaraları ve invaziv girişimlerin yerlerini resim üzerinde işaretleyiniz ve numaralandırılarak resmin sağ bölümünde numaralı kısma tanımlayınız.

Hastanızın yara iyileşme tipini yazarak değerlendirme yapınız (Primer, Sekonder, Tersiyer İyileşme):

Hastanızın yara iyileşme dönemini yazarak değerlendirme yapınız (İnflamasyon, Proliferasyon, Maturasyon Dönemleri):

Bası Yarası Riski Tanılama

(Uygun Sayıyı Daire İçine Alın ve Toplam Skoru Hesaplayın)

Duyu/ Algı	Nem	Aktivite	Hareketlilik	Beslenme	Sürtünme	Toplam
Tamamen Sınırlı 1	Sürekli Nem 1	Yatağa Bağımlı 1	İmmobil 1	Çok Kötü 1	Problem 1	
Çok Sınırlı 2	Çok Nemli 2	Sandalye 2	Çok Sınırlı 2	Yetersiz 2	Olası Problem 2	
Hafif Sınırlı 3	Ara Sıra Nemli 3	Ara Sıra Yürüyor 3	Hafif Sınırlı 3	Yeterli 3	Problem Yok 3	
Bozulma Yok 4	Nadiren Nemli 4	Sık Sık Yürüyor 4	Sınırlama Yok 4	Çok İyi 4	Bozulma Yok 4	
Toplam Braden skalasının 16'dan az olması basınç ülseri riskini gösterir						

BASINÇ YARASI DEĞERLENDİRME	
Basınç Yarası	Var ☐ Yok ☐
Evresi Evre I: Bölge kızarıklık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle geri dönüşüm sağlanabilir. Evre II: Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir. Evre III: Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir. Evre IV: Kas ya da kemikleri de tutan ülserdir.	Evre I ☐ Evre II ☐ Evre III ☐ Evre IV ☐

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli

veriler:.....

.....

9. Ağrı:

Ağrı Şiddeti: (0=Ağrı yok 1=Hafif Ağrı 2=Orta Ağrı 3=Şiddetli 4=Çok Şiddetli 5=Dayanılmaz)

Ağrının yeri:..... Ağrının süresi:.....

Ağrıyı azaltan durumlar:

Ağrıyı arttıran durumlar:

Nitelik	Farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik tedavi	Yan etkiler
1. İğneleyici	1. IV Non-Steroid		1. Sedasyon
2. Yanıcı	AntiEnflamatuar (NSAID)	1. Masaj	2. Konstipasyon
3. Kramp	2. Oral Non-Steroid	2. Dikkati dağıtma	3. Hipotansiyon
4. Kesici	AntiEnflamatuar	3. Müzik	4. Bulantı - Kusma
5. Yanıcı	3. IM İlaç	4. Pozisyon	5. Kaşıntı
6. Batıcı	4. Hasta Kontrollü Analjezi	5. Sıcak/soğuk uygulama	6. Üriner retansiyon
7. Spazm kasılm	(PCA)	6. Diğer.....	7. Uyuşukluk/ karıncalanma
8. Zonklayıcı	5. Opidler		8. Diğer.....
9. Diğer.....	6. Diğer		

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli

veriler:.....

.....
.
10. Mental durum ve iletişim: Yer, zaman, kişiye oryante, yanıtlar uygun ve iletişim yeterli ☐
Laterjik ☐ Konfüze ☐ Disoryante ☐ Afazik ☐ Konvülsiyon ☐ Baş dönmesi ☐
Konuşma güçlüğü ☐ Uyuşma ☐ Görme bozukluğu ☐ Ajite ☐ Depresif ☐
Anksiyete ☐ İçe dönük ☐ Suisidal ☐
Diğer:.....

Stresle başetme özellikleri:

.....
.....
.....
Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli

veriler:.....
.....
.

GLASGOW KOMA SKALASI (Uygun sayısı daire içine alın ve toplam skoru hesaplayın)

	Yanıt Düzeyi	Puan
Göz Açma	Spontan(Kendiliğinden)	4
	Söz ile Açma	3
	Ağrı ile Açma	2
	Cevap Yok	1
Sözel Yanıt	Oryante	5
	DağınıkKonfüKonusma Uygunsuz	4
	Kelimeler	3
	Anlaşılmaz Sesler	2
	Hiçbiri/Entübe	1
Motor Yanıt	Emirlere Uyma	5
	Ağrıyı Lokalize Eder	4
	Ağrılı Uyarı, Uzak Çalışır	3
	Anormal Fleksiyon	2
	Anormal Ekstansiyon	1
	Hiçbiri	1
Toplam Puan:		Değerlendirmeniz:

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli

veriler:.....
.....

11. Cinselliğin İfadesi ve Genital Sistem:

Beden bilinci:

Bireysel değerleri:

Seksüel güçlükleri:

Menstrual Siklus:...../...../..... Anormal akıntı ☐ Kanama ☐ Genital enfeksiyon ☐

Memelerin durumu:

K.K.M.M. bilgisi:

Perineal hijyen alışkanlığı:

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli

veriler:.....
.....

12. İstirahat ve Dinlenme Özellikleri:

Uyku saatleri:

İstirahat süresi:

Uykuya dalmada güçlük ☐

Uyku için yardımcı girişimler:

Diğer:.....

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli veriler:.....

13. Çalışma ve Boş Zamanlarını Değerlendirme, Dini ve Sağlık Uygulamaları:

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli veriler:.....

14. Ölüm: (Kanserli hastalar ve terminal dönem hastaları için doldurulması zorunludur)

Kabullenme:

Birey ve ailesinin/yakınlarının/arkadaşlarının bilgi gereksinimleri:

Ailenin desteklenmesi:

Diğerleri:

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli veriler:.....

15. Hastanın endişeleri, sorunları:

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli veriler:.....

16. Hastanın ve ailenin bilgi gereksinimleri:

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli veriler:.....

17. Hasta ile ilgili hemşirelik yorumunuz:

Bu bölümle ilişkili olarak hastayla ilgili önemli veriler:.....

TEDAVİSİ: Hastanın tedavisinde yer alan ilaçlar

İlaç	Grubu	Etken Madde	Kullanım şekli	Etki mekanizması	Endikasyonları	Yan Etkiler

Not: Bu sayfa ilaçlar için yeterli gelmiyorsa ek sayfalar kullanabilirsiniz. İhtiyacınıza göre tablodaki boşluğu genişletebilirsiniz.

HASTALIĞIN TANIMLANMASI	HASTAYA İLİŞKİN HASTALIK SÜRECİ
HASTALIĞIN ETİYOLOJİSİ	HASTADA GÖRÜLEN ETİYOLOJİ
FİZYOPATOLOJİSİ	FİZYOPATOLOJİSİ
HASTALIĞIN TANI YÖNTEMLERİ	HASTAYA YAPILAN TANI YÖNTEMLERİ
HASTALIĞIN KLİNİK BELİRTİ/BULGULARI	HASTADA GÖRÜLEN KLİNİK BELİRTİ/BULGULAR
HASTALIĞIN TEDAVİ YÖNTEMLERİ	HASTAYA YAPILAN TEDAVİ YÖNTEMLERİ
HEMŞİRELİK YÖNETİMİ	HASTAYA YAPILAN HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Not: Yararlanılan kaynaklar: Yukarıda tabloda hastalık ile ilgili bilgiyi edindiğiniz kaynakları ekleyiniz. Kaynakları APA kaynak yazım formatında yazınız. İhtiyacınıza göre tablodaki boşluğu genişletebilirsiniz.

YAPILAN TETKİKLER-LABORATUAR -TANI YÖNTEMLERİ VE SONUÇLARI

HEMATOLOJİ					BİYOKİMYA			
Tarih	Tetkik	Sonuç	Birim	N. Değer Aralığı	Tetkik	Sonuç	Birim	N. Değer Aralığı
	Lökosit (WBC)		Bin/mm ³	5-10	SGOT		U/L	5-35
	Nötrofil (NEU)		Bin/mm ³	%43-65	SGPT		U/L	5-40
	Eritrosit (RBC)		Milyon/mm ³	3,5-5	AP		U/L	100-320
	Hemotokrit (HCT)		%	37-47	GGT		U/L	11-50
	Trombosit (PLT)		Bin/mm ³	350-500	T. Protein		G/DL	6-8.5
ARTERİYEL KAN GAZLARI					ALBUMİN		G/DL	3.5-5
	PH			7.35-7.45	GLOBULİN		G/DL	2.5-3.5
	PaO2			90-100	T. Bilirubin		Mg/Dl	0.1-1
	PaCO2			35-45	D. Bilirubin		Mg/Dl	0-0.25
	SpO2 (Oksijen Saturasyonu)			95-97	İ. Bilirubin		Mg/Dl	0.1-0.9
	HCO3			22-26	LDH		U/L	230-460
					AKŞ		Mg/DL	60-110
					ÜRE		Mg/DL	10-50
					Kreatinin		MEQ/L	0.7-1.3
					Na		MEQ/L	136-145
					K		MEQ/L	3.5-5
					Ca ++		Mg/Dl	8.2-10.4
					CL		MEQ/L	96-110
İDRAR								
Tarih	Tetkik	Sonuç	Birim	N. Değer Aralığı	Tetkik	Sonuç	Birim	N. Değer Aralığı
	DANSİTE				RENK			
	PROTEİN				PÜY			
	LÖKOSİT				SİLENDİR			
	ERİTROSİT				ÜREME			

Hastaya ait anormal değerlere dair ne düşündüğünüzü açıklayınız...

Anormal değer	Anormal değerlerin hastanın durumu ile ilişkisini açıklayınız.

Not: İhtiyacınıza göre tablodaki boşluğu genişletebilirsiniz. Ya da ek sayfalar kullanabilirsiniz..

Hastaya ait tanısal testler/işlemleri (X-ray, USG, BT, MR, EKG, Biyopsi, Endoskopi vb...Tarih/Saat ve Tanısal Bulgular/Sonuçlar) **açıklayınız...**

Tanısal testler ve tarihi	Tanısal bugular/sonuçlar

Not: İhtiyacınıza göre tablodaki boşluğu genişletebilirsiniz. Ya da ek sayfalar kullanabilirsiniz..

[illegible]

TARİH .../.../20..	SIVI DENGESİ İZLEME FORMU (Gerekli ise kullanınız ve ekleyiniz)									
SAAT	ALDIĞI			ÇIKARDIĞI						
	IV	ORAL	NGT	İDRAR	NGT	GÖĞÜS T	DREN	KUSMA	DIŞKI	İMZA
0 8 - 1 6 : 0 0										
16:00-24:00										
2 4 : 0 0 - 0 8										
TOPLAM										

TARİH .../.../20....										
SAAT	ALDIĞI			ÇIKARDIĞI						
	IV	ORAL	NGT	İDRAR	NGT	GÖĞÜS T	DREN	KUSMA	DIŞKI	İMZA
0 8 - 1 6 : 0 0										
16:00-24:00										
2 4 : 0 0 - 0 8										
TOPLAM										

HASTA TABURCU VE EĞİTİM FORMU

Hastanın Mevcut Yaşam Koşulları	☐ Yalnız yaşıyor	
	☐ Eşi ile yaşıyor	
	☐ Diğer (Açıklayınız)	
Evde Bakımına Yardımcı Kimse Var Mı?	☐ Hayır	
	☐ Evet	Evet ise kim?
Hastalığı ve Tedavisi Hakkında Bilgisi	☐ Var	
	☐ Yok	
Hastanın Taburculuktan Sonra Gideceği		
Hasta/Yakınına Taburcu Olacağının Bildirilmesi	<u>Tarih/ Saat</u>	<u>Hemşire /İmza</u>
☐ Hastanın hazırlanmasına yardım edilmesi ☐ Varsa eşyasının teslimi ☐ Gerekirse dolaşım bozukluğu belirtilerinin öğretilmesi. Bu belirtiler görülürse hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi ☐ Gerekli ise hastanede yaptırılan egzersizlere evde de devam etmesinin söylenmesi ☐ Enfeksiyon belirtilerinin öğretilmesi. Bu belirtilerin görülmesi halinde hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi		
TEDAVİ		
<u>İLAC</u>	<u>SAATİ</u>	<u>OLABİLECEK YAN ETKİLER</u>
DİYET		
KISITLAMALAR		
BANYO YAPMA: MERDİVEN ÇIKMA : ARABA KULLANMA: CİNSEL YAŞAM : DİĞER :		
KONTROL :		
YARA BAKIMI :		
YARDIMCI ARAÇ GEREÇLER:		
ÖZEL UYARILAR:		
TABURCU ÖZETİ :		
Eğitimi Uygulayan Hemşirenin Adı, Soyadı :		



GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ^{TR}

Hastanın Adı Soyadı

Ameliyat/Bölgesi

Ameliyat Tarihi

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hastanın;

- ☐ Kimlik bilgileri
☐ Ameliyatı
☐ Ameliyat bölgesi doğrulandı.

2. Hastanın rızası kontrol edildi mi?

☐ Evet

3. Hasta aç mı?

☐ Evet ☐ Hayır.....

4. Ameliyat bölgesi ırası yapıldı mı?

☐ Evet ☐ Hayır.....

5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?

☐ Evet..... ☐ Hayır

6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve binesi giydirildi mi?

☐ Evet ☐ Hayır.....

7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?

- ☐ Lavman ☐ Mesane Kateterizasyonu
☐ Varis Çorabı ☐ Özel Tedavi protokolü
☐ Diğer ☐ Hayır

8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?

☐ Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

II. Anestezi Verilmeden Önce

10. Hastanın kendisinden

- ☐ Kimlik bilgileri
☐ Ameliyatı
☐ Ameliyat bölgesi
☐ Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası Doğrulandı.

11. Ameliyat bölgesinde İşaretleme var mı?

☐ Var ☐ İşaretleme uygulanamaz

12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?

☐ Evet

13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?

☐ Evet

Hastanın Risk Değerlendirmesi

14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?

☐ Yok ☐ Var

15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?

☐ Yok ☐ Var

16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?

☐ Yok

☐ Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

III. Ameliyat Kesisinden Önce

17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?

☐ Evet

18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?

☐ Evet

19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?

- ☐ Tahmini ameliyat süresi
☐ Beklenen kan kaybı
☐ Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar
☐ Olası anestezi riskleri
☐ Hastanın pozisyonu

20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?

☐ Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı

☐ Kullanılmaz

21. Kullanılacak malzemeler hazır mı?

☐ Evet ☐ Hayır

22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?

☐ Evet ☐ Hayır

23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?

☐ Evet ☐ Hayır

24. Antikoagülan kullanımı var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?

☐ Evet ☐ Hayır

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak

- ☐ Hasta,
☐ Yapılan ameliyat,
☐ Ameliyat bölgesi, teyit edildi.

27. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?

☐ Evet/Tam ☐ Hayır

28. Hastadan alınan numune elikefinde

- ☐ Hastanın adı doğru yazılı
☐ Numunenin alındığı bölge yazılı

29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?

☐ Anesteziğin önerileri;

☐ Cerrahin önerileri;

30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?

☐ Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

HEMŞİRELİK TANILARINIZI ÖNCELİK SIRASINA GÖRE SIRALAYINIZ....

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

BAKIM PLANI HAZIRLANIRKEN DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

1. Veri toplama aşamasında dikkatli olunmalı hastanın tüm problemlerini kapsayan ayrıntılı veri toplama yapılmalıdır.
2. Veriler toplanırken belirlenen problemlerin tamamına bakım planının “hemşirelik tanıları” bölümünde mutlaka yer verilmelidir.
3. Laboratuvar verilerinin normal olanları da dahil olmak üzere hepsi yazılmalı, değerler analiz edilerek gerekli tanımlar oluşturulmalıdır.
4. Hastanın ilaçlarının tümü ayrıntılı olarak incelenmelidir.
5. Hemşirelik tanılarını, NANDA da ifade edilen şekliyle ve mutlaka semptom ve etiyolojisi ile birlikte yazınız.
6. Bakım planlarında ortak bir dil kullanılması gerektiğinden, AMAÇ bölümünde mek-mak eklerini kullanınız.
7. Amacınızı yazarken, genel olarak tanıda belirtilen problemi ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek anlamına gelen basit ve net ifadeler kullanınız.
8. Planlanan hemşirelik girişimleri bölümüne henüz plan aşamasındaki bilgilerinizi yazmanız gerektiğinden ifadeler ecek-acak eki ile bitirilmelidir. Bu bölüm hastaya özel olarak bireyselleştirilmelidir. Kitaplarda yer alan bakım planı örneklerinden faydalanılmalı ancak sadece bakım verdiğiniz hastada var olan gerçek durumlara yönelik çözüm önerilerine yer verilmelidir. Bu bölüm mümkün olduğunca ayrıntılı olarak hazırlanmalıdır.
9. İfadeler somut olmalı öneriler açıkça yazılmalıdır. Örneğin bol sıvı alınması ifadesinde “bol” un ne kadar olduğu açıkça belirtilmelidir. Sık sık ağız bakımı verilecek ifadesinde ne kadar sık olduğu belli değildir. 2x1 denilebilir. Uygun pozisyon verilecek ifadesinde hangi pozisyonun uygun olduğu bilinmemektedir. Diğer bir örnekte “hastaya lifli gıdalar önerilecek” ifadesinde bunların neler olduğu belli değildir. Hastalara yapılacak önerilerde herkesin anlayabileceği ifadelerden yararlanılmalıdır. Örneğin “2000 cc sıvı alımı önerilecek” ifadesinde “cc” herkesce anlaşılamayabilir. En iyisi bardak hesabı ile belirtilmesidir.
10. Uygulama basamağında; planlanan uygulama yapılabildi ise +, yapılamadı ise – işareti her madde için işaretlenmelidir.
11. Değerlendirme basamağında “Tanı ile ilgili son durum nedir? Hastanın son durumunu ortaya koyan objektif veriler nelerdir? Sorularına yanıt verilmelidir.

BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Adı Soyadı

Öğrenci Hemşirenin Adı-Soyadı.....

[illegible]

KAVRAM HARİTASI