S.D.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Tarih:

A. DEMOGRAFİK VERİLER
Klinik:

Hastanın Adı Soyadı: **Hastaneye Kabul Tarihi:**

Doğum Tarihi: **Yaşı:** **Medeni Hali:** **Çocuk Sayısı:**

Eğitim Durumu: **Mesleği:**

Adres:

Birinci Dereceden Yakınının Adı Soyadı: Tel No:
Yakınlık Derecesi: Adresi:

Hastaneye Kabul Şekli: ☐ Acil ☐ Tetkik ☐ Tıbbi Tedavi
☐ Cerrahi Tedavi ☐ Rehabilitasyon

Tıbbi Tanısı:

B.TIBBİ ANAMNEZİ
Hastanın Yakınması:…….....
……..

Kronik Hastalıklar: ☐ DM ☐ HT ☐ KOAH ☐ Kalp Yetmezliği ☐KBY ☐ Diğer……

Sürekli Kullandığı İlaçlar:…….
……

Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? Nereye?.....
……....

Geçirilmiş Hastalık / Operasyon:……....
…….....

Protezler: ☐ Diş ☐ Gözlük ☐ Lens ☐ İşitme Cihazı ☐ Diğer……..

Alerjisi: ☐ Var ☐ Yok
☐ İlaç ☐ Yiyecek ☐ Diğer…….

Alışkanlıkları
☐ Var ☐ Yok

☐ Düzenli Egzersiz Yapma	☐ Sigara…… adet/paket/gün ……..yıl
☐ Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma	☐ Alkol ……....adet/paket/gün ……..yıl
☐ Düzenli ve Dengeli Beslenme	☐ Madde ……. .adet/paket/gün ……..yıl
☐ Stresle Baş edebilme	☐ Diğer……..
☐ Olumlu Kişiler Arası İlişkiler	
☐ Diğer …….	

C. HASTANIN SERVİSE ORYANTASYONU
☐ Yemek Saati ☐ Hemşire – Hekim Odası ☐ Ziyaret saati
☐ Telefon ☐ Refakatçı ☐ Tuvalet

D.YAŞAM BULGULARI
A:……^{0}C **N**:……./dk. Ritmi:..... **S**:…..../dk. **TA**:…….mmHg.
Kan Grubu:……....
Daha Önce Kan Transfüzyonu: ☐ Evet ☐ Hayır **Reaksiyon**: ☐ Evet ☐ Hayır

Bilgi Alınan Kaynak: **Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:**

BAKIM PLANI NOTU: Þ**A+** Þ**A** Þ**B+** Þ**B** **C+** Þ**C** Þ**D** Þ**E** Þ**F**

Değerlendirmeyi Yapan Öğretim elemanı:

YAPILAN TETKİKLER-LABORATUAR -TANI YÖNTEMLERİ VE SONUÇLARI

	HEMATOLOJİ				BİYOKİMYA			
Tarih	Tetkik	Sonuç	Normal Değer Aralığı	Birim	Tetkik	Sonuç	Normal Değer Aralığı	Birim
	WBC		4.6-10.2	Bin/mm^3	Glukoz		70-110	mg/dL
	NEU%		37-80	%	Ürik Asit		2.6 – 6.0	mg/dl
	NEU		2-6.9	K/uL	BUN		7-20	mg/dL
	LYM%		10-50	%	Kreatinin		0.6-1.3	mg/dL
	LYM		0.6-3.4	K/uL	Kolesterol		0-200	mg/dL
	MONO%		0-12	%	HDL		35-60	mg/dL
	MONO		0-0.9	K/uL	LDL		35-165	mg/dl
	EOS%		0-7	%	Trigliserid		30-150	mg/dL
	EOS		0-0,7	K/uL	A. Fosfataz		50-136	U/L
	BASO%		0-2.5	%	AST		0-37	U/L
	BASO		0-0.2	K/uL	ALT		0-65	U/L
	RBC		4.04-548	Milyon/mm^3	LDH		100-190	U/L
	HGB		12.2-16.2	g/dl	GGT		5-85	U/L
	HCT		42-52 (erkek); 36-46 (kadın)	%	T. Protein		6.4-8.2	g/dL
	MCV		80-97	fL	Albumin		3.4-5	g/dL
	MCH		27-31.2	pg	Total Bil.		0-1.1	mg/dL
	MCHC		31.8-35.4	g/dL	Direkt Bil.		0-0.3	mg/dL
	RDW		11.6-30	%	İndirekt Bil.		0-0.7	mg/dL
	PLT		142-424	K/uL	CK		0-232	U/L
	MPV		7-11.1	fL	CKMB		0-20	U/L
	PCT		0.10-0.41	-	Kalsiyum		8.5-10.3	mg/dL
	PDW		10-30	-	Fosfor		2.5-4.9	mg/dL
	HbA1c		% 4-6	g/dl	Urik Asit		2.6-7.2	mg/dL
	CRP		0.00 – 8.20	mg/L	Sodyum		136-145	mmol/L
	ASO		0.00 – 200.00	IU/ml	Potasyum		3.5-5.1	mmol/L
DİĞER					Klor		98-107	mmol/L
DİĞER					DİĞER			

Hastaya ait olan verileri yanlarına ↓, N veya ↑ işaretlerini kullanmak suretiyle değerlendiriniz.

İDRAR						
Tarih	Tetkik	Sonuç	N. Değer	Tetkik	Sonuç	N. Değer
	Dansite		1010-1020	Eritrosit		1-2
	Glikoz		Negatif	Lökosit		1-2
	Albumin		Negatif	Epitel		3-4
	Mikro. O. Üreme		Negatif	pH		5-7
	Renk		Kehribar	Protein		Negatif
DİĞER						

TEDAVİSİ

……../……../ 20…

Hastanızın Tedavisinde Kullanılan İlaçlar İle ilgili Bilgileri Yazınız				
İlaç	**İlacın Grubu**	**Etken Maddesi**	**İstenen Etkisi**	**Yan Etkisi-Ya da Önemli Yönü**

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE TANILAMA

1.Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması

☐ Düşme Öyküsü Var ☐ Yardımla Yürüme ☐ 65 Yaş Üzeri ☐ Görme Problemi

☐ Ortostatik Hipotansiyon ☐ Hipotansiyon ☐ Hipertansiyon ☐ Sedadif Kullanımı

☐ Kas Zayıflığı/Dengesizliği ☐ Baş Dönmesi/baygınlık ☐ Konfüzyon ☐Desoryantasyon

☐ Halsizlik ☐ IV Kateter ☐Cavafix/santral kateter ☐ Kortikosteroid kullanımı

☐ Aspirin/Antikoagülan kullanımı ☐ Yatak kenarlıklarının kullanımı

2. İletişim

☐Yer, Zaman, Kişiye Oryante, Yanıtlar Uygun Ve İletişim Yeterli ☐ Laterjik ☐ Konfüze

☐Disoryante ☐Afazik ☐Konuşma Güçlüğü ☐ Ajite ☐ Depresif ☐ Anksiyete

☐ İçe Dönük ☐ İşitme Sorunu ☐ Korku ☐ Yalnızlık ☐ Stres

Stresle Başetme Yöntemleri……..

3. Solunum

Solunum Hızı:.....Derinliği:.....Akciğer Sesleri:..... ☐ Dispne

☐Öksürük ☐Sekresyon ☐Hemoptizi ☐Ortopne ☐Trakeostomi ☐ Hıçkırık

☐Aralıklı Apne ☐ Diğer……

4. Beslenme

Boy:…… Kilo: …… BKİ: ……..

Genel Beslenme Alışkanlıkları:…… ……...

Hoşlanmadığı Besinler: ……***Oral Sıvı Alımı/24h: …….***

Oral Alımı (sıvıdan katıya R1, R2, R3 (N), Diyet):.....

Oral mukozayı tanılama (0 Normal - 3 çok kötü)..... ☐ Diş ve Diş Eti Problemleri

☐ Ağız Kokusu (holitazis) ☐ Anorexia (yememe) ☐Yutma Güçlüğü (disfaji) ☐Bulantı

☐ Kusma ☐ N/GTüp ☐ Kilo Kaybı ☐ TPN ☐Distansiyon (şişkinlik)

☐ Kaşeksi ☐ Obesite ☐Hematemez ☐ Gaz Çıkımı

Diğer:……

5. Boşaltım

Önceki Defekasyon Alışkanlığı: ……En Son Defekasyona Çıktığı Gün…….

Bağırsak sesleri:...../dk ☐ Hemoroid ☐ Parazit ☐ Fekal İnkontinans ☐ Ostomi

☐ Melena ☐ Konstipasyon ☐ Diyare ☐ Diğer……..…

İdrar yapma alışkanlığı 24 saat/ kaç kez:.....Yaklaşık miktarı: …… İdrar Rengi:..... ☐ İdrar Retansiyonu ☐ Dizüri ☐ Noktüri ☐ Anüri ☐ Oligüri

☐ Pollaküri ☐ Poliüri ☐ Hematüri ☐ İdrar İnkontinası ☐Foley Kateter ☐Diyaliz

Diğer:…….

6. Kişisel Temizlik ve Giyim

Kişisel hijyen ve giyinmede bağımsızlık düzeyi.....Vücut ve Giyim Hijyeni nasıl?…….

Saçlı deri nasıl? (dökülme vb.):.....En son ne zaman banyo yapmış?.....

(Göz, Kulak, Burun, Ağız, Boyun) Akıntı.....Kirlilik…..……Kanama.....

☐ Ter kokusu ☐ Kuruluk ☐ Siyanoz ☐ İkterik ☐ Fotosensivite

☐ Ciltte Ülserasyon ☐ Dekibütüs (Bası Yarası) ☐ Kaşıntı ☐ Kızarıklık

☐ Deskuamasyon ☐ Extravazasyon ☐ Varis ☐ Ödem (Yok, +, ++, +++, ++++)

Periferal Nabızlar:…….Kapiller Dolum:……☐ Bradikardi

☐ Taşikardi.....Diğer…….…….

7. Beden Isısının Kontrolü

☐ Çevre Isısına uygun Giyim ☐ Hipotermi ☐ Hipertermi ☐ Soğuğa İntolerans
☐ Sıcağa İntolerans ☐ Terleme ☐ Titreme

8. Hareket

Kas Gücü ve gelişimi:..... ☐ Deformite ☐ Kaslarda Zayıflık ☐ Paralizi
☐ Parapleji ☐ Hemipleji ☐ Amputasyon ☐ Kırık ☐ Kontraktür ☐ İmmobilite
☐ Kullandığı Yardımcı Araçlar Diğer:…….…..

9. Çalışma ve Eğlence

Çalışma Durumu…… Gelir Durumu……..……..
Boş Zamanlarını Değerlendirme……. İş Ortamı ve Koşulları…….
Diğer……..……

10. Cinselliği İfade Etme

Beden İmajı……. Cinsiyete Uygun Giyim…….……..……
Perineal Hijyen Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu): …….…….…….…….…….…….……..

11. Uyku

Uyku Saatleri:……İstirahat Süresi:……☐ Uykuya Dalmada Güçlük
Uyku İçin Yardımcı Girişimler:……..……..
☐ Uykuya Eğilim ☐ Horlama ☐ Uyku İlacına Bağımlılık Diğer:……...…….

12. Ölüm *(Gerekli ise doldurunuz)*

Yaşam ve Ölüm İle İlgili İnançlar:……...
☐Şok ☐ İnkar ☐ Kızgınlık ☐ Pazarlık ☐ Depresyon ☐ Kabullenme
Birey Ve Ailesinin/Yakınlarının/Arkadaşlarının Bilgi Gereksinimleri:……...…
Spiritüel Gereksinim:……Ailenin Desteklenmesi:……..……
Diğer:……

13. Yaşadığı Çevre (Önlem almak gerekli ise doldurunuz):

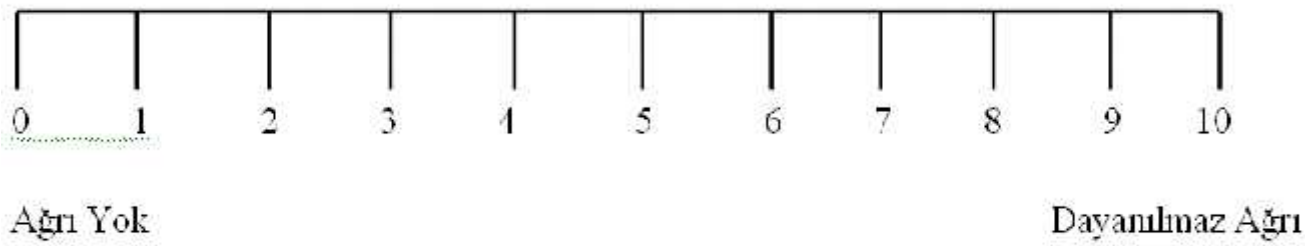
14. Hastanın ve Ailenin Bilgi Gereksinimleri varsa başlıklar halinde yazınız ve bakım planında planlamalarınızı yapınız.

-
-
-
-

15.AĞRI TANILAMA FORMU

Aşağıdaki çizgide "0" noktası hiç ağrının olmadığını göstermektedir. Ağrı şiddeti 0 noktasından 10 noktasına doğru artmaktadır. "10" noktası ise dayanılamayacak şiddetteki ağrıyı göstermektedir.

Şu anda ağrınıza kaç puan veriyorsunuz?



Ağrının yeri:……
Ağrının niteliği (sancı, batma, sızlama, acı vs):…….
Ağrının başlangıcı, süresi, ritmi:…….
Ağrıyı azaltan ve/veya artıran durumlar:……..

16. BASI YARALARI RİSK TANILAMA

(Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğunu düşündüğünüz hastalara uygulayınız)

DUYGUSAL ALGILAMA	☐ Tamamen Sınırlı	1	MOBİLİZASYON	☐ Tamamen İmmobil	1
	☐ Çok Sınırlı	2		☐ Çok Sınırlı	2
	☐ Hafif Sınırlı	3		☐ Biraz Sınırlı	3
	☐ Normal	4		☐ Aktif	4
VÜCUT TEMİZLİĞİ	☐ Sürekli Islak	1	BESLENME	☐ Kaşektik	1
	☐ Çok Sık Islak	2		☐ Kısmen Yeterli	2
	☐ Ara-Sıra Islak	3		☐ Yeterli	3
	☐ Çok Seyrek Islak	4		☐ Çok İyi	4
AKTİVİTE	☐ Yatağa Bağımlı	1	SÜRTÜNME VE ÇİZİLME	☐ Problem Var	1
	☐ Sandalyeye Oturabilir	2		☐ Problem Olabilir	2
	☐ Ara-Sıra Yürür	3		☐ Problem Yok	3
	☐ Sık Sık Yürür	4			

***TOTAL PUAN: Total Puan 16'dan düşük ise hasta risk grubuna alınmalı ve her gün izlenmelidir**.

17. Glaskow Koma Skalası (Koma Durumu veya Nörolojik Problemi Olan Hastalar İçin ve Gerekli İse Doldurunuz)

Gerekli değil ¾

GLASKOW KOMA ÖLÇEĞİ (EMV) - (Nörolojik Değerlendirme)-		
Gözleri Açabilme	• **Spontan açabiliyor**	4
	• **Sözel emirle açabiliyor** (Gözlerini aç)	3
	• **Ağrılı uyaranla açabiliyor** (El üzeri veya ayak bileği çimdiklenir)	2
	• **Açmıyor**	1
Motor Tepki	• **Emirlere uyuyor**	6
	• **Ağrıya lokalize** (Ağrılı uyaranı uzaklaştırmaya çalışıyor)	5
	• **Çekme** (Ekstremitesini ağrılı uyarandan uzaklaştırmaya –çekmeye - çalışıyor)	4
	• **Fleksiyon** (Dekortike Duruş)	3
	• **Ekstansiyon (Deserebre Duruş)**	2
	• **Tepki yok**	1
Sözel Tepki	• **Oryante** (Yere, kişiye, zamana)	5
	• **Konfüze** (Cümle kuruyor ancak yanıtlar yanlış)	4
	• **Uygunsuz cümleler** (Bir veya daha fazla yanlış yanıt)	3
	• **Anlamsız sesler** (Hasta mırıldanıyor, inliyor)	2
	• **Tepki Yok**	1
Toplam : 4 + 6 + 5 = 15		

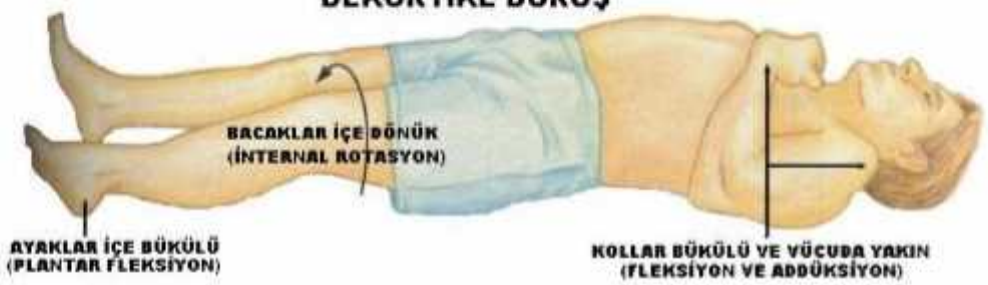
CHAMPİON SACCO TRAVMA ÖLÇEĞİ - (kardiopulmoner değerlendirme)		
Solunum hızı (kez / dakika)	10 – 24	4
	24 – 35	3
	35 ↑	2
	1 - 9	1
	Hiç yok	0
Solunumun genişleme hacmi	Normal	1
	Geri çekilme	0
Sistolik kan basıncı (mm / Hg)	90 + ↑	4
	70 – 89	3
	50 – 69	2
	0 – 49	1
	Alınmıyor	0
Kapiller Geri Dolum	Normal	2
	Gecikmiş	1
	Yok	0
Toplam : 4 + 1 + 4 + 2 = 11		

GKS ye TTÖ için verilen değerler

14 - 15 ⇒ 5
11 - 13 ⇒ 4
8 - 10 ⇒ 3
5 - 7 ⇒ 2
3 - 4 ⇒ 1

Total Travma Ölçeği (TTÖ) = GKS + Şampiyon => 16
TTÖ = Nörolojik değ. + Kardiyopulmoner değ. = 5 +11 = 16
TTÖ => 7 ↓ KOMA dır

DEKORTİKE DURUŞ



DESEREBRE DURUŞ

18. SIVI İZLEM ÇİZELGESİ

Hastanın Adı Soyadı:

Klinik:

Dakika damla sayısı: $\frac{\text{Total Mayi X 20}}{\text{60 X saat}}$ **Saatte Gidecek cc Miktarı:** $\frac{\text{Total Mayi}}{\text{Saat}}$

Tarih :					Tarih :				
Saat	Mayinin Cinsi	Şişe Seviyesi	Dakika Damla cc/st	Alınan Miktar	Saat	Mayinin Cinsi	Şişe Seviyesi	Dakika Damla cc/st	Alınan Miktar

TARİH .../.../20	SIVI DENGESİ İZLEME FORMU									
SAAT	ALDIĞI			ÇIKARDIĞI						
	DAMAR YOLU	ORAL	NGT	İDRAR	NGT	GÖĞÜS T	DREN	KUSMA	DIŞKI	İMZA
08-16:00										
16:00-24:00										
24:00-08										
TOPLAM										

BALANS:.....

19. HASTA TABURCU VE EĞİTİM FORMU

(Gerekli ise kullanınız ve ekleyiniz)

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 Yer	
Hasta/Yakınına Taburcu Olacağının Bildirilmesi	Tarih/ Saat Hemşire /İmza

☐ 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

İLAÇ SAATİ OLABİLECEK YAN ETKİLER

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

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 tanılar 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" herkesçe 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.

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:
Klinik: **Oda/Yatak No:** **ÖĞRENCİ ADI SOYADI:**

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör *(Sebep)*	**Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve Bulgular)*	**Tanı Adı**	**Amaç** *(-mek, -mak)*	**Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak)		

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:
Klinik: **Oda/Yatak No:** **ÖĞRENCİ ADI SOYADI:**

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör *(Sebep)*	**Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve Bulgular)*	**Tanı Adı**	**Amaç** *(-mek, -mak)*	**Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak)		

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:
Klinik: **Oda/Yatak No:** **ÖĞRENCİ ADI SOYADI:**

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör *(Sebep)*	**Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve Bulgular)*	**Tanı Adı**	**Amaç** *(-mek, -mak)*	**Hemşirelik Girişimleri** (-ecek/acak)		