Demo Hastanesi

KISITLAMA ALTINDAKİ HASTA DEĞERLENDİRME VE TAKİP FORMU

TARİH	
HASTANIN	
ADI SOYADI	
DOSYA NO	
CİNSİYET	
YAŞ	

KISITLAMA TARİHİ	
KISITLAMA SAATİ	
KISITLAMA TİPİ	**[] TİP 1 [] TİP 2**
Kısıtlama Kararını Veren Hekim	
Adı Soyadı İmza	

SONLANDIRMA TARİHİ	
SONLANDIRMA SAATİ	
AİLENİN BİLGİLENDİRİLMESİ	**[] EVET [] HAYIR**
Sonlandırma Kararını Veren Hekim	
Adı Soyadı İmza	

ALTERNATİF GİRİŞİMLER		**KISITLAMA NEDENİ**		**KISITLAMA ŞEKLİ**	
Konuşarak sakinleştirme	[]	**Kendine zarar veriyor**	[]	**Üst Ekstremite**	[]Sağ []Sol
Dikkatini başka yöne çekme	[]	**Çevresine zarar veriyor**	[]	**Alt Ekstremite**	[]Sağ []Sol
Mobilizasyon	[]	**Aşırı ajitasyon**	[]	**Kol Tespit Tahtası**	[]Sağ []Sol
Psikolojik destek sağlama	[]	**Oryantasyon bozukluğu**	[]	**Parmaksız Eldiven**	[]Sağ []Sol
Ek konsültasyon	[]	**Tibbi tedaviye uyumsuzluk**	[]	**Kimyasak Kısıtlama**	[]Sağ []Sol
Hasta ile iletişimi artırma	[]	**Düşme tehlikesi mevcut**	[]	**Diğer(Açıklayınız)**	[]Sağ []Sol
Diğer girişimler	[]	**Diğer.....**	[]	**Kimyasakl kısıtlama var ise İlacın Adı/ Dozu/Veriliş Yolu**	[]Sağ []Sol

KISITLAMA NOTU

DAVRANIŞ

U- Uykulu	
S- Sakin	
A- Ajite	
K- Konfüze	

Hasta, ajite ise; 30 dakikada bir, ajite değil ise; 2 saatte bir değerlendirilecek

D - Dolaşım 1. Bozulmamış[] 2.Rengi Değişmiş []

KK- Kısıtlama Komplikasyonu 0.Yok 1.İv İnfiltrasyon 2.Bası Yarısı
3.Psikolojik Bozukluk
4.Duyu Kaybı
5.Diğer

İhtiyaç Halinde Değerlendirilecek

B- Beslenme	**1.Oral**	**2.Parenteral**	**3.Enteral**
E- Eliminasyon	**1.Var**	**2.Yok**	
H-Hijyen gereksinimi	**1.Var**	**2.Yok**	
KS-Kısıtlama Sonlandırma	**1.Evet**	**2.Hayır**	
M-Mobilizasyon	**1.Evet**	**2.Hayır**	
O-Oksijen İhtiyacı	**1.Evet**	**2.Hayır**	

Saat	**Davranış**	**D**	**KK**	**B**	**E**	**H**	**KS**	**M**	**O**	**Değerlendiren**	**Yorumlar**