



Doküman Kodu: ES.FR.005

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 3

Değerlendiren Birim Evde Sağlık Birimi Mobil Birim Aile Hekimi

Kişisel Bilgiler:

Adı Soyadı: T.C. Kimlik No:
Başvuru Tarihi: Son muayene tarihi:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):/...../..... Cinsiyeti Kadın Erkek
Adres: Ev/Cep Telefon:

Başvuru/Bakım/Gelir/Yardım Bilgileri:

Başvuru
 İletişim koordinasyon merkezi
 Hastane çıkışı hekimi
 Hastane evde sağlık hizmet birimi
 Aile hekimi
 Mobil Birim

Bakım ve Destek İhtiyacı
Evet; Tıbbi bakım
 Sosyal hizmet, destek ve yardım
Bakım ve destek ihtiyacı yok:

Sosyal Güvencesi:
 GSS Ücretli
 Özel Sigortası Yeşil Kart
 Diğer.....

Gelir durumu:
 Maaş alıyor Gelir yok
 Sosyal yardım Aile reisi bakıyor
 Bakıma muhtaçlık yardımı

Yaşam Alanı:

Ev ise: Konut tipi: Isınma:..... Aydınlanma:.....
Banyo / wc: Kaldığı oda:..... Ev hijyeni:.....
 Huzur evi: Diğer:.....

Kişisel Günlük İhtiyaçları /Alışkanlıkları /Kronik Hastalıkları ve İlaçları:

Yatağa Bağımlılık
 Tam bağımlı Yarı bağımlı Bağımsız

Kullandığı Yardımcı Araçlar
 Tekerlekli sandalye WC yükseltici
 Wolker Koltuk değneği / baston
 Havalı yatak Protez
 Diş Diğer.....

Kişisel Bakımı
 Kendisi Ailesi Bakıcısı
 Komşusu Diğer

Güvenlik
 Uygun Uygun değil

Kişisel Hijyen
 Uygun Uygun değil

Beslenme
 Uygun Uygun değil

Alışkanlıkları
 Sigara Alkol Madde
Bağımlılığı

Kronik Hastalıkları
 Yok Var:.....

Geçirilmiş Hastalıklar/Ameliyatlar
 Yok Var:.....

Kullandığı İlaçlar

Hastalık	Hekim	Kullandığı İlaç / Süresi

Allerji: Yok Var:.....

Başvuru Nedeni:**Hikayesi:**



Doküman Kodu: ES.FR.005

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 2 / 3

VİTAL BULGULAR:

Vücut Sıcaklığı (°C):

Kan Basıncı (mmHg):

Nabız dakika sayısı:

Solunum dakika sayısı:

Boy:

Kg:

FİZİK MUAYENE:

SİSTEMLER	Normal	Değerlendirilmedi	Anormal bulguları tanımlayınız
Genel Durum			
Deri			
Baş Boyun			
Solunum Sistemi			
Kardiyovasküler Sistem			
Gastrointestinal Sistem			
Genitoüriner Sistem			
Kas-İskelet Sistemi			
Sinir Sistemi			

Psikolojik durum değerlendirilmesi Normal Üzüntülü Huzursuz-Gergin Kayıtsız Aşırı dalgın

Diğer:.....

Ağrı/Bası Ülseri/Özelliği Olan Sağlık Hizmeti İhtiyacı**Ağrı Değerlendirmesi** Ağrı var ise;

Ağrının yeri:

Ağrının süresi:

Ağrının sıklığı:

Ağrının şiddeti:

 Ağrı yok**Bası Ülseri (Braden Skalası)** Bası ülseri yok Bası ülseri var:.....**Özelliği Olan Sağlık Hizmeti İhtiyacı** Onkolojik hastalık Kas hastalığı Psikiyatrik hastalık Nörolojik Hastalık Ağız ve diş sağlığı KOAH Yenidoğan fototerapi Diğer:.....**Hasta/Ailesine Verilmesi Planlanan Eğitim** Yok Var:.....**Hastaya Yapılması Planlanan Tahlil/Tetkik/Tıbbi İşlemler**

Tahliller

Biyokimya:.....

Hematoloji:.....

Mikrobiyoloji:

Diğer:.....

Tetkikler

Röntgen:.....

BT/MR:.....

EKG:.....

Diğer:.....

Evde Sağlık Hizmet İhtiyacının Tanımlanması

Takiben yapılması önerilen değerlendirme:

 Aile hekimi değerlendirmesi:

Nedeni:

 Uzman hekim / konsultan hekim değerlendirmesi:

Nedeni:



Doküman Kodu: ES.FR.005

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 3 / 3

 Fizyoterapist:

Nedeni:

 Diyetisyen:

Nedeni:

 Sosyal çalışmacı:

Nedeni:

 Aile / bakıcı eğitimi:

Nedeni:

 Heyet raporu: İlaç Özür, bakım Beslenme Tıbbi malzeme**Kontrol Randevusu: Tarih:/...../..... Saat::.....****Değerlendirmeyi Yapan**

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Saat:

Değerlendirme Esnasında Hazır Bulunan Yakını

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Saat: