



Doküman Kodu: HB.FR.001

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 3

BARKOD YAPIŞTIRINIZ

Yatış Tarihi: Yatış Saati:

Bölüm:

Ön Tanı / Tanı:

Gerektiğinde Ulaşılabilecek Yakının Adı Soyadı:

Telefon:

HASTANEYE GELİŞ ŞEKLİ	<input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Sedyede <input type="checkbox"/> Diğer	SİSTEM TANILAMASI									
GELDİĞİ YER	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Yoğun bakım <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Diğer	DERİ	<input type="checkbox"/> Eritem <input type="checkbox"/> Petişem <input type="checkbox"/> Scar <input type="checkbox"/> Ülserasyon <input type="checkbox"/> Ekimoz <input type="checkbox"/> Laserasyon <input type="checkbox"/> Döküntü <input type="checkbox"/> Yanık <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Soğuk <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Solgun <input type="checkbox"/> Terli	GİS	<input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Distansiyon <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Ağrı	SOLUNUM	<input type="checkbox"/> Öksürme <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Solunum güçlüğü <input type="checkbox"/> Yüzeysel solunum <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Ortopne <input type="checkbox"/> Balgam	EMASYONEL	<input type="checkbox"/> Sakin <input type="checkbox"/> Depresif <input type="checkbox"/> Ağlıyor <input type="checkbox"/> Heyecanlı <input type="checkbox"/> Anksiyöz <input type="checkbox"/> Huzursuz <input type="checkbox"/> Kızgın		
FİZİKSEL GEREKSİMLERİ KARŞILAMA DURUMU	<input type="checkbox"/> Bağımlı <input type="checkbox"/> Yarı bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımsız	BİLİNÇ DURUMU	<input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Konfüze <input type="checkbox"/> Kapalı <input type="checkbox"/> Diğer	NÖROLOJİK	<input type="checkbox"/> Baş dönmesi <input type="checkbox"/> Baş ağrısı <input type="checkbox"/> Halsizlik <input type="checkbox"/> Nöbet <input type="checkbox"/> Paralizi <input type="checkbox"/> Oryante <input type="checkbox"/> Bilinçsiz <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Laterjik <input type="checkbox"/> Hemiplejik <input type="checkbox"/> Paraplejik	KONUŞMA	<input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Anlaşılmaz <input type="checkbox"/> Konuşamama	GENİTOÜRİNER	<input type="checkbox"/> Sık idrar <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Vajinal kanama <input type="checkbox"/> İdrar retansiyonu	DİĞER	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HASTANEYE YATMA NEDENİ	<input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Tedavi <input type="checkbox"/> Diğer	DAHA ÖNCE HASTANEYE YATTI MI?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	KAS-İSKELET	<input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Hareket kısıtlılığı <input type="checkbox"/> Artrit <input type="checkbox"/> Kemik deformitesi	BESLENME	<input type="checkbox"/> İştahsız <input type="checkbox"/> Diyabetik <input type="checkbox"/> Hipertansif <input type="checkbox"/> Yardımla beslenebiliyor <input type="checkbox"/> Ng ile beslenebiliyor <input type="checkbox"/> Kendi kendine beslenebiliyor				
DAHA ÖNCE AMELİYAT OLDU MU?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	KULLANDIĞI PROTEZLER	<input type="checkbox"/> Diş <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Lens <input type="checkbox"/> Diğer								
Kronik hastalıklar:	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Diğer.....										
Geçirilen hastalıklar/ Operasyonlar:	<input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz):..... <input type="checkbox"/> Yok										
Alerjileri (ilaç, gıda, flaster vb.):	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok										
Varsa Belirtiniz	<input type="checkbox"/> İlaç <input type="checkbox"/> Yiyecek <input type="checkbox"/> Diğer.....										
Alışkalıkları (sigara, alkol vb.)	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok										
SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR											
1)	3)	5)									
2)	4)	6)									
Kan Grubu:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Rh (+) <input type="checkbox"/> Rh (-)										
Daha Önce Kan Transfüzyonu Uygulandı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır										
HbsAg:	<input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif HCV: <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif										
KISITLAMA İHTİYACI											
Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok (Evet ise "Hasta Hareket Kısıtlama Talimatı" uygulanır.)										
İZOLASYON											
İhtiyaç var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok (Var ise "İzolasyon Önlemleri Talimatı" uygulanır.)										



Doküman Kodu: HB.FR.001

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 2 / 3

Varsa İzolasyon Şekli

 Temas Sıkı Temas Damlacık Solunum Diğer

AĞRI TANILAMA										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ağrı yok							En şiddetli ağrı			
□ 0, Yok		□ 1-2, Çok Az		□ 3-4, Biraz fazla		□ 5-6, Çok		□ 7-8, Fazla		□ 9-10, Dayanılmaz
PSİKOLOJİK DESTEK İHTİYAC ÖLÇEĞİ										
çok kötü hissediyorum										çok iyi hissediyorum
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
□ 0, Dayanılmaz		□ 1-2, Fazla		□ 3-4, Çok		□ 5-6, Biraz fazla		□ 7-8, Çok Az		□ 9-10, Yok

NÜTRİSYON TARAMA			
1- VKİ (Boy X Boy=? / Kilo) < 20.5	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	2-Hasta son 3 ayda kilo kaybetti mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
3- Hastanın yediği miktar son hafta azaldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	4-Hasta ileri derecede hasta mı? (örn, yoğun bakımda mı?)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

EVET: Eğer herhangi bir sorunun yanıtı "EVET" ise aşağıdaki tablodaki tarama yapılır.

HAYIR: Eğer tüm soruların yanıtı "HAYIR" ise tarama testi haftalık olarak yinelenir.

Nütrisyon Durumundaki Bozulma		Hastalığın Şiddeti (gereksinimlerde artış)	
Yok Skor 0	Normal Nütrisyon Durumu	Yok Skor 0	Normal besinsel gereksinimler
Hafif Skor 1	3 ayda > %5 kilo kaybı ya da geçen haftadaki besin alımı normal gereksinimlerin %50-75' inin altında	Hafif Skor 1	Kalça kemiğinde kırık* özellikle akut komplikasyonları olan kronik hastalar: siroz*, KOAH*, kronik hemodiyaliz, diabetes, onkoloji
Orta Skor 2	2 ayda > %5 kilo kaybı ya da BKİ 18.5-20.5+ genel durum bozukluğu ya da geçen haftadaki besin alımı normal gereksinimlerin %25-50' si	Orta Skor 2	Majör abdominal cerrahi*, İnme*, Şiddetli pnömoni, hematolojik malignite
Şiddetli Skor 3	1 ayda > %5 kilo kaybı (3 ayda>%15) ya da BKİ < 18.5+ genel durum bozukluğu ya da geçen haftadaki besin alımı normal gereksinimlerin %0-25'i	Şiddetli Skor 3	Kafa travması*, Kemik iliği transplantasyonu*, Yoğun Bakım hastaları (APACHE > 10)
Skor:	+	Skor:	= Toplam skor
Yaş	>70 yaş ise toplam skora 1 ekle		= yaş uyarlanmış toplam skor

Skor >3: Hasta nütrisyon riski altındadır ve bir nütrisyon planı başlatılır.

Skor <3: Haftada bir taranmalı. Eğer majör operasyon planı varsa yine bir nütrisyon planı geliştirilmelidir.

BASİ YARALARI RİSK TANILAMA (Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğunuzu düşündüğünüz hastalara uygulayınız)

DUYGUSAL ALGI (Basınç ya da rahatsız edici durumlar algılama)	<input type="checkbox"/> Tamamen Cevapsız 1	HAREKET (Pozisyon değiştirme derecesi)	<input type="checkbox"/> Tamamen hareketsiz 1
	<input type="checkbox"/> Çok Sınırlı 2		<input type="checkbox"/> Çok sınırlı 2
	<input type="checkbox"/> Sözlü Komutlara Kısmen 3		<input type="checkbox"/> Hafif sınırlı 3
	<input type="checkbox"/> Normal Sözel 4		<input type="checkbox"/> Sınırlı Yok 4
NEMLİLİK (Derideki nemin derecesi)	<input type="checkbox"/> Tamamen Nemli 1	BESLENME (Yiyecek alımı)	<input type="checkbox"/> Çok Zayıf 1
	<input type="checkbox"/> Çok Nemli 2		<input type="checkbox"/> Muhtemelen Yetersiz 2
	<input type="checkbox"/> Ara-Sıra Nemli 3		<input type="checkbox"/> Yeterli Besleniyor 3
	<input type="checkbox"/> Nadiren Nemli 4		<input type="checkbox"/> Mükemmel 4
AKTİVİTE (Fiziksel faaliyet derecesi)	<input type="checkbox"/> Yatağa bağımlı 1	SÜRTÜNME VE YIRTILMA	<input type="checkbox"/> Problem 1
	<input type="checkbox"/> Tek. Sandalyeye Bağımlı 2		<input type="checkbox"/> Olası problem 2
	<input type="checkbox"/> Aralıkli Yürüyor 3		<input type="checkbox"/> Sorun yok 3
	<input type="checkbox"/> Sık Yürüyor 4		
TOPLAM PUAN			



Doküman Kodu: HB.FR.001

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 3 / 3

RİSK ÖLÇÜMÜ	PUANLAMA	YAPILMASI GEREKEN FAALİYET
Düşük Risk (RİSK YOK)	15 - 16	Haftada bir defa bası yarası riski değerlendirilir+ gerekli önlemler alınır.
Orta Risk	13 - 14	48-72 saatte bir bası yarası riski değerlendirilir + gerekli önlemler alınır.
Yüksek Risk	12 ve ALTI	Her gün bası yarası riski değerlendirilir+ gerekli önlemler alınır.
SOSYAL HİZMET Gereksinim saptanan konu ile ilgili sosyal hizmet birimindenkişi ile.....tarih.....saatte görüşüldü.		