



Doküman Kodu: HB.FR.049 Yayın Tarihi: 15.09.2021 Revizyon Tarihi: - Revizyon No: 0 Sayfa: 1 / 3

Hastanın Adı soyadı:			
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	Bölüm:	Oda No:	
	Servise kabul tarihi:	Saati:	
Yaş:..... <input type="checkbox"/> Kilo:..... kg	<input type="checkbox"/> Boy:.....cm	<input type="checkbox"/> Baş Çevresi:.....cm	
Eğitimi: <input type="checkbox"/> Okul öncesi	<input type="checkbox"/> Anaokulu	<input type="checkbox"/> İlköğretim	<input type="checkbox"/> Lise
Hasta Kol Bandı: <input type="checkbox"/> Var(Bilgileri kontrol edildi)		<input type="checkbox"/> Yok(Açıklayınız):	
İletişim Engeli: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		<input type="checkbox"/> Tercüman Gereksinimi: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Anne Adı Soyadı:		Öğrenim Durumu/Mesleği:	
Baba Adı Soyadı:			
Ebeveynlerin Durumu: <input type="checkbox"/> Birlikte <input type="checkbox"/> Ayrı			
Annenin Medeni Durumu: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli			
Babannın Medeni Durumu: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli			
Gerektiğinde İletişim Kurulabilecek Kişi ve Telefonu:			
Birime Geldiği Yer: <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Diğer:			
Birime Geliş Şekli: <input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Tekerlekli <input type="checkbox"/> Sandalye <input type="checkbox"/> Sedyeye <input type="checkbox"/> Diğer			
Bilinç Durumu: <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Bulanık/Konfüze <input type="checkbox"/> Kapalı <input type="checkbox"/> Diğer			
<b>ÖN TANI/TANI:</b>			
Vital Bulgular: Vücut ısısı:..... Nabız:.....dk		Solunum:.....dk Kan Basıncı:.....mmHg SPO2:.....	
Ağrı Puanı:.....		Ağrı yeri ve Niteliği:.....	
<b>HİKAYESİ:</b>			

**ÖZ ve SOY GEÇMİŞİ**

Geçirdiği hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz)
Geçirdiğiniz Ameliyatlar:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Ameliyat tarih belirtiniz):
Kan transfüzyonu uygulandı mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
Ailesel Hastalıklar:		
Bilinen Allerjiler:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Belirtiniz)
Bilinen Alışkanlıklar:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
<input type="checkbox"/> Sigara:.....	<input type="checkbox"/> Madde:.....	<input type="checkbox"/> Alkol:..... <input type="checkbox"/> Diğer:.....

**SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR:  Yok**

İLAÇ ADI	DOZU	KULLANIM ŞEKLİ	SON KULLANDIĞI SAAT	İLAÇ ADI	DOZU	KULLANIM ŞEKLİ	SON KULLANDIĞI SAAT
1				3			
2				4			

İlaçları yanında mı:  Hayır  Evet Evet ise;  
 Hemşire tarafından teslim alındı.Hastanın Dışarıdan Getirdiği ilaçları Teslim ve İade Formu'na kayıt edildi.  
 Hekime bilgi verildi.

**BESLENME**

<b>Beslenme Şekli:</b> <input type="checkbox"/> Anne Sütü <input type="checkbox"/> <b>Mama</b> <input type="checkbox"/> <b>Ek Besin</b> NG <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diğer: .....	Bitkisel Tedavi Alıyor mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
---	--

*Aşağıdaki Soruların Herhangi Birine "Evet" cevabı verilebiliyorsa hastanın diyetisyen tarafından değerlendirilmesi gerekir*

Hastalığı nedeniyle özel bir diyet alması gerekiyor mu?  Evet  Hayır

Oral yolla beslenmesine engel bir durum var mı?  Evet  Hayır

Boya göre vücut ağırlığı standart değerlerin %90 altında veya %120 üstünde mi?  Evet

Hayır

**SİSTEMİN SORGULANMASI**

<b>KARDİYOVASKÜLER</b> Siyanoz <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Pretibial Ödem <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Taşikardi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Bradikardi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Ariti <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Diğer(belirtiniz): ..... Sorun Saptanmadı: <input type="checkbox"/>	<b>SOLUNUM</b> Solunum Güçlüğü <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Burun Akıntısı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Hırıltı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Wheezing <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Çekilme <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Solunum Hızı: ..... Öksürük(belirtiniz): ..... Balgam(belirtiniz): ..... Yardımcı Solunum Araçları(belirtiniz): ..... ..... Diğer(belirtiniz): ..... Sorun Saptanmadı: <input type="checkbox"/>	<b>ÜRİNER</b> Az idrar çıkarma <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Çok idrar çıkarma <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Hematüri <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Dizüri <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var İnkontinans <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Üretral Katater <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Takılış Tarihi: ..... Diğer(belirtiniz): ..... Sorun saptanmadı: <input type="checkbox"/>
<b>AĞIZ/DİL</b> Aft <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Monilya <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Diş çürüğü: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Diğer(belirtiniz): ..... Sorun saptanmadı <input type="checkbox"/>	<b>GÖRME</b> Görme Kaybı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Kızarıklık <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Akıntı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Periorbital Ödem <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Va Diğer(belirtiniz): ..... Sorun Saptanmadı <input type="checkbox"/>	<b>İŞİTME/KONUŞMA</b> Konuşma Engeli <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var İşitme Engeli <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Diğer(belirtiniz): ..... Sorun saptanmadı <input type="checkbox"/>



Doküman Kodu: HB.FR.049      Yayın Tarihi: 15.09.2021      Revizyon Tarihi: -      Revizyon No: 0      Sayfa: 3 / 3

<b>NÖROLOJİ</b> Oryantasyon <input type="checkbox"/> Oryante <input type="checkbox"/> Oryante Değil  Bilinç <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Bulanık <input type="checkbox"/> Kapalı  Duygusal/Psikolojik <input type="checkbox"/> Endişeli <input type="checkbox"/> Ajite  Diğer(belirtiniz): ..... Sorun Saptanmadı <input type="checkbox"/>	<b>CİLT</b> Soluk <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Petesi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Ekimoz <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Sarılık <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Kuru <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Kızarıklık <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Döküntü <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Kaşıntı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Nemli <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Ödemli <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Yatak Yarası <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Dekübit <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Konak <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Enfeksiyon <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Böcek/haşere sokması)  Diğer(belirtiniz):.....  Sorun Saptanmadı: <input type="checkbox"/>	<b>GASTROİNTESTİNAL</b> Bulantı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Karın ağrısı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Kusma <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Melena <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var İshal:günde:.....kez Konstüpsiyon: günde.....kez Hematemez
---	---	---

\*Sistemlerin sorgulanmasına ilişkin bir ya da daha fazla sorun saptanmış ise doktora haber veriniz.  
 Dr. .... haber verildi.

<b>PROTEZLERİ</b>	<b>UYKU DÜZENİ</b>	<input type="checkbox"/> Uygulamayı kolaylaştıran uygulamalar ..... .....
<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Kalp pili	<input type="checkbox"/> Düzenli	.....
<input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Ekstremitte protezi	<input type="checkbox"/> Düzensiz	.....
<input type="checkbox"/> İşitme Cihazı <input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> Uyuma güçlüğü	.....

**ÇOCUĞUN GELİŞİMSEL ÖZELLİKLERİ**

Gülümseme	<b>6. haftada</b>	<input type="checkbox"/> Yapabildi <input type="checkbox"/> Yapamadı: .....
Eşya yakalama	<b>5. ayda</b>	<input type="checkbox"/> Yapabildi <input type="checkbox"/> Yapamadı: .....
Desteksiz oturma	<b>7. ayda</b>	<input type="checkbox"/> Yapabildi <input type="checkbox"/> Yapamadı: .....
Kelime söyleme	<b>11. ayda</b>	<input type="checkbox"/> Yapabildi <input type="checkbox"/> Yapamadı: .....
Kısa cümle kurma	<b>22. ayda</b>	<input type="checkbox"/> Yapabildi <input type="checkbox"/> Yapamadı: .....
Kendini besleme	<b>18. ayda</b>	<input type="checkbox"/> Yapabildi <input type="checkbox"/> Yapamadı: .....
Kendi kendine giyinme	<b>4 yaşında</b>	<input type="checkbox"/> Yapabildi <input type="checkbox"/> Yapamadı: .....
Mesane Kontrolü	Gündüz	<b>2 yaşında</b> <input type="checkbox"/> Yapabildi <input type="checkbox"/> Yapamadı: .....
	Gece	<b>3 yaşında</b> <input type="checkbox"/> Yapabildi <input type="checkbox"/> Yapamadı: .....
Yürüme	<b>13. ayında</b>	<input type="checkbox"/> Yapabildi <input type="checkbox"/> Yapamadı: .....
Menstruasyon <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	Sıklık .....	Son Adet Tarihi:.....