(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
EVDE SAĞLIK HİZMETİNE KABUL EDİLEN HASTA
DEĞERLENDİRME FORMU

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:

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			
Baç Boyun			
Solunum Sistemi			
Kardiyovasküler Sistem			
Gastrointestinal Sistem			
Genitoüriner Sistem			
Kas-İskelet Sistemi			
Sinir Sistemi			

Psikolojik durum değerlendirmesi

☐ 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	Tetkikler
Biyokimya:.....	Röntgen:.....
Hematoloji:.....	BT/MR:.....
Mikrobiyoloji:	EKG:.....
Diğer:.....	Diğer:.....

Evde Sağlık Hizmet İhtiyacının Tanımlanması

Takiben yapılması önerilen değerlendirme:

☐ Aile hekimi değerlendirmesi:
Nedeni: .....
☐ Uzman hekim / konsultan hekim değerlendirmesi:
Nedeni: .....

☐ 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	**Değerlendirme Esnasında Hazır Bulunan Yakını**
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
İmza:	İmza:
Tarih: Saat:	Tarih: Saat: