1. **AMAÇ:** Hemşirelik bakımına ait verileri kısa sürede ve doğru şekilde toplamak, bireyin kliniğe adaptasyonunu sağlamak, bireyin tedavisinin yapılacağı bölümle ilgili bilgi gereksinimini karşılamak, yataklı servisle ilgili endişe ve korkularını azaltmak amacına yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat tanışma, anamnez ve hemşirelik bakımının planlanmasına yönelik faaliyetleri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşire sorumludur.
4. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

- Bireyin yataklı servise kabulü ilk 4 saat içinde yapılmalıdır.
- "**Hasta Tanılama Ve Değerlendirme Formu**" na göre tanılama yapılır.
- Tanılama için hastanın mahremiyetinin korunacağı uygun bir ortam hazırlanır.
- **Hasta Tanılama Ve Değerlendirme Formu** ve "**Hemşire Gözlem Formu"** tükenmez kalemle okunaklı bir şekilde doldurulur, karalama yapılmamalıdır.
- Alerjileri, bulaşıcı hastalık vb. durumlarına uygun kol bandı takılmalıdır.
- Eksik kalan veriler gerekçesi ile birlikte nöbet teslim sırasında nöbetçi hemşireye bildirilmelidir.
- Elde edilen bilgilerin gizliliği korunmalıdır.

5. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

- Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu
- Hemşire Gözlem Formu
- Tansiyon aleti
- Steteskop
- Derece
- Boy ölçer
- Tartı
- Pulse Oksimetre

6. **UYGULAMA:**

- Birey ile tanışılır.
- Hasta yatağına alınır.
- Odasındaki diğer hastalarla tanıştırılır.
- Hastanın sosyo-demografik bilgileri **'Hemşirelik Süreci Ve Hasta Tanılama Formu'** na kaydedilir.
- Hastanın şikayeti ve hastalık öyküsü alınır ve kaydedilir.
- Vital bulguları alınır ve kaydedilir.
- Alerjisi ve alışkanlıkları sorgulanır ve kaydedilir.
- Varsa kullandığı ilaçlar sorgulanır ve kaydedilir.
- Yanında getirdiği ilaçları "**Hasta İlacı Teslim Formu"** doldurularak imza karşılığı teslim alınır ve hasta taburcu olurken hasta veya hasta yakınına imza karşılığında teslim edilir.
- Kan transfüzyonu yapılıp yapılmadığı, reaksiyon gelişip gelişmediği ve bulaşıcı hastalığının olup olmadığı sorgulanır ve kaydedilir.
- Ağrı değerlendirmesi yapılır ve kaydedilir.
- Hasta ve yakını servis genel kuralları hakkında bilgilendirilir.

  - Diyeti, yemek ve ara öğün saatleri hakkında,
  - Sigara yasağı hakkında,
  - Refakatçinin nasıl kalabileceği hakkında,
  - Vizit saati, ziyaret saatleri ve ziyaret şekli hakkında bilgi verilir.
  - Tuvalet, banyo, hemşire odası, çıkış ve acil çıkışlar, dinlenme salonu, tedavi odası ve diğer birimler tanıtılır.
  - Telefonu nasıl kullanabileceği konusunda,
  - Yatak başı sistemi ve kullanımı hakkında (lamba, hemşire çağırma zili v.b…),
  - Yanında bulundurması gereken malzeme, araç-gereçler hakkında,
  - Servise kabul edilen hasta veya hasta yakınına; giyim eşyası, para, tıbbi donanım (protezleri, walker, vb.) gibi mülkiyetinden kendisinin veya yakınlarının sorumlu olduğu konusunda ve kullanmadığı eşyalarının, hasta yakını aracılığı ile eve gönderilmesi hakkında,
  - Su, gazete vb. ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağı hakkında,
  - Berber ihtiyacı durumunda ne yapılacağı konusunda,
  - Servis hemşiresine haber vermeden servisten ayrılmaması konusunda,
  - Klinikteki diğer çalışanların görevleri hakkında bilgi verilir.

- Fizik muayene yapılarak sistem tanılaması yapılır ve kaydedilir.
- Hastanın mevcut ve olası sorunları tespit edilir ve kaydedilir.
- Bası yarası risk tanılama ölçeği kullanılarak risk puanı belirlenir ve kaydedilir.
- **"Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu"** bilgi alınan kişi ve tanılamayı yapan hemşire tarafından adı soyadı yazılarak imzalanır.

İlgili Dokümanlar:

- Hemşirelik Süreci Ve Hasta Tanılama Formu
- Hasta İlacı Teslim Formu