(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
ÇOCUK HASTA TANILAMA FORMU

Hastanın Adı soyadı:		
Cinsiyeti: [] K [] E	Bölüm:	Oda No:
	Servise kabul tarihi:	Saati:

Yaş:..... [] Kilo:..... kg [] Boy:.....cm [] Baş Çevresi:.....cm

Eğitimi: [] Okul öncesi [] Anaokulu [] İlköğretim [] Lise

Hasta Kol Bandı: [] Var(Bilgileri kontrol edildi) [] Yok(Açıklayınız):

İletişim Engeli: [] Yok [] Var [] Tercüman Gereksinimi: [] Yok [] Var

Anne Adı Soyadı: Ögrenim Durumu/Mesleği:
Baba Adı Soyadı:
Ebeveynlerin Durumu: [] Birlikte [] Ayrı
Annenin Medeni Durumu: [] Bekar [] Evli
Babanın Medeni Durumu: [] Bekar [] Evli

Gerektiğinde İletişim Kurulabilecek Kişi ve Telefonu:

Birime Geldiği Yer: [] Ev [] Yoğun Bakım [] Acil [] Diğer:
Birime Geliş Şekli: [] Yürüyerek [] Tekerlekli [] Sandalye [] Sedye [] Diğer

Bilinç Durumu: [] Açık [] Bulanık/Konfüze [] Kapalı [] Diğer

ÖN TANI/TANI:

Vital Bulgular: Vücut ısısı..... Nabız:.....dk Solunum:.....dk Kan Basıncı:.....mmHg SPO2:.....

Ağrı Puanı:..... Ağrı yeri ve Niteliği:.....

HİKAYESİ:

ÖZ ve SOY GEÇMİŞİ

Geçirdiği hastalıklar:	[] Yok	[] Var(Belirtiniz)
Geçirdiğiniz Ameliyatlar:	[] Yok	[] Var (Ameliyat tarih belirtiniz):
Kan transfüzyonu uygulandı mı?	[] Hayır	[] Evet
Ailesel Hastalıklar:		
Bilinen Allerjiler:	[] Yok	[] Var (Belirtiniz)
Bilinen Alışkanlıklar:	[] Yok	[] Var

[]Sigara:..... [] Madde:..... [] Alkol:..... [] 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

Beslenme Şekli:[] Anne Sütü [] Mama [] Ek Besin [] Oral [] NG [] I.V [] Diğer:	Bitkisel Tedavi Alıyor mu? [] Hayır [] 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 değerin %90 altında veya %120 üstünde mi?	[] Evet	[] Hayır

SİSTEMİN SORGULANMASI

KARDİYOVASKÜLER			SOLUNUM			ÜRİNER		
Siyanoz	[] Yok	[] Var	Solunum Güçlüğü	[] Yok	[] Var	Az idrar çıkarma	[] Yok	[] Var
Hipertansiyon	[] Yok	[] Var	Burun Akıntısı	[] Yok	[] Var	Çok idrar çıkarma	[] Yok	[] Var
Göğüs Ağrısı	[] Yok	[] Var	Hırıltı	[] Yok	[] Var	Hematüri	[] Yok	[] Var
Pretibial Ödem	[] Yok	[] Var	Wheezing	[] Yok	[] Var	Dizüri	[] Yok	[] Var
Taşikardi	[] Yok	[] Var	Çekilme	[] Yok	[] Var	İnkontinans	[] Yok	[] Var
Bradikardi	[] Yok	[] Var	Solunum Hızı:			Üretral Katater	[] Yok	[] Var
Ariti	[] Yok	[] Var	Öksürük(belirtiniz):			Takılış Tarihi.		
Diğer(belirtiniz):			Balgam(belirtiniz):			Diğer(belirtiniz):		
Sorun Saptanmadı: []			Yardımcı Solunum Araçları(belirtiniz):			Sorun saptanmadı: []		
			Diğer(belirtiniz):					
			Sorun Saptanmadı: []					

AĞIZ/DİL			GÖRME			İŞİTME/KONUŞMA		
Aft	[] Yok	[] Var	Görme Kaybı	[] Yok	[] Var	Konuşma Engeli	[] Yok	[] Var
Monilya	[] Yok	[] Var	Kızarıklık	[] Yok	[] Var	İşitme Engeli	[] Yok	[] Var
Diş çürüğü:	[] Yok	[] Var	Akıntı	[] Yok	[] Var			
			Periorbital Ödem	[] Yok	[] Va	Diğer(belirtiniz):		
Diğer(belirtiniz):								
Sorun saptanmadı []			Diğer(belirtiniz):			Sorun saptanmadı []		
			Sorun Saptanmadı []					

NÖROLOJİ	CİLT	GASTROİNTESTİNAL
Oryantasyon [] Oryante [] Oryante Değil Bilinç [] Açık [] Bulanık [] Kapalı Duygusal/Psikolojik [] Endişeli [] Ajite Diğer(belirtiniz): ..... Sorun Saptanmadı []	Soluk [] Yok [] Var Peteşi [] Yok [] Var Ekimoz [] Yok [] Var Sarılık [] Yok [] Var Kuru [] Yok [] Var Kızarıklık [] Yok [] Var Döküntü [] Yok [] Var Kaşıntı [] Yok [] Var Nemli [] Yok [] Var Ödemli [] Yok [] Var Yatak Yarası [] Yok [] Var Dekübit [] Yok [] Var Konak [] Yok [] Var Enfeksiyon [] Yok [] Var (Böcek/haşere sokması) Diğer(belirtiniz):..... Sorun Saptanmadı: []	Bulantı [] Yok [] Var Karın ağrısı [] Yok [] Var Kusma [] Yok [] Var Melena [] Yok [] Var İshal:günde:.....kez Konstüpasyon: günde.....kez Hematemez

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

PROTEZLERİ	**UYKU DÜZENİ**	[] Uygulamayı kolaylaştıran uygulamalar
		.....
		.....
[] Yok [] Kalp pili	[] Düzenli	.....
[] Gözlük [] Ekstremite protezi	[] Düzensiz	.....
[] İşitme Cihazı [] Diğer.....	[] Uyuma güçlüğü	.....

ÇOCUĞUN GELİŞİMSEL ÖZELLİKLERİ

Gülümseme		**6. haftada**	[] Yapabildi [] Yapamadı: .....
Eşya yakalama		**5. ayda**	[] Yapabildi [] Yapamadı: .....
Desteksiz oturma		**7. ayda**	[] Yapabildi [] Yapamadı: .....
Kelime söyleme		**11. ayda**	[] Yapabildi [] Yapamadı: .....
Kısa cümle kurma		**22. ayda**	[] Yapabildi [] Yapamadı: .....
Kendini besleme		**18. ayda**	[] Yapabildi [] Yapamadı: .....
Kendi kendine giyinme		**4 yaşında**	[] Yapabildi [] Yapamadı: .....
Mesane Kontrolü	Gündüz	**2 yaşında**	[] Yapabildi [] Yapamadı: .....
	Gece	**3 yaşında**	[] Yapabildi [] Yapamadı: .....
Yürüme		**13. ayında**	[] Yapabildi [] Yapamadı: .....
Menstruasyon [] Yok [] Var		Sıklık	Son Adet Tarihi:.....