(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TANILAMA FORMU

Doküman Kodu: HB.FR.001	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 3

BARKOD YAPIŞTIRINIZ	Yatış Tarihi: Yatış Saati:
	Bölüm:
	Ön Tanı / Tanı:
	Gerektiğinde Ulaşılacak Yakının Adı Soyadı:
	Telefon:

HASTANEYE GELİŞ ŞEKLİ	☐ Yürüyerek ☐ Sedye ☐ Diğer	**SİSTEM TANILAMASI**							
GELDİĞİ YER	☐ Ev ☐ Yoğun bakım ☐ Acil ☐ Diğer	**DERİ**	☐ Eritem ☐ Petişem ☐ Scar ☐ Ülserasyon ☐ Ekimoz ☐ Laserasyon ☐ Döküntü ☐ Yanık ☐ Siyanotik ☐ Soğuk ☐ Normal ☐ Sıcak ☐ Solgun ☐ Terli	**GİS**	☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Diyare ☐ Distansiyon ☐ Konstipasyon ☐ İnkontinans ☐ Melena ☐ Ağrı	**SOLUNUM**	☐ Öksürme ☐ Siyanoz ☐ Solunum güçlüğü ☐ Yüzeysel solunum ☐ Dispne ☐ Ortopne ☐ Balgam	**EMASYONEL**	☐ Sakin ☐ Depresif ☐ Ağlıyor ☐ Heyecanlı ☐ Anksiyöz ☐ Huzursuz ☐ Kızgın
FİZİKSEL GEREKSİMLERİ KARŞILAMA DURUMU	☐ Bağımlı ☐ Yarı bağımlı ☐ Bağımsız								
BİLİNÇ DURUMU	☐ Açık ☐ Konfüze ☐ Kapalı ☐ Diğer	**NÖROLOJİK**	☐ Baş dönmesi ☐ Baş ağrısı ☐ Halsizlik ☐ Nöbet ☐ Paralizi ☐ Oryante ☐ Bilinçsiz ☐ Koma ☐ Laterjik ☐ Hemiplejik ☐ Paraplejik	**KONUŞMA**	☐ Açık ☐ Anlaşılmaz ☐ Konuşamama	**GENİTOÜRİNER**	☐ Sık idrar ☐ Dizüri ☐ Hematüri ☐ Anüri ☐ Vajinal kanama ☐ İdrar retansiyonu	**DİĞER**	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
HASTANEYE YATMA NEDENİ	☐ Tetkik ☐ Tedavi ☐ Diğer								
DAHA ÖNCE HASTANEYE YATTI MI?	☐ Evet ☐ Hayır			**KAS-İSKELET**	☐ Ağrı ☐ Hareket kısıtlığı ☐ Artrit ☐ Kemik deformitesi	**BESLENME**	☐ İştahsız ☐ Diyabetik ☐ Hipertansif ☐ Yardımla beslenebiliyor ☐ Ng ile beslenebiliyor ☐ Kendi kendine beslenebiliyor		
DAHA ÖNCE AMELİYAT OLDU MU?	☐ Evet ☐ Hayır								
KULLANDIĞI PROTEZLER	☐ Diş ☐ Gözlük ☐ Lens ☐ Diğer								

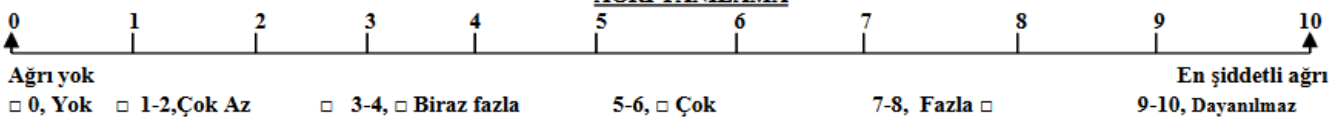
Kronik hastalıklar:	☐ DM ☐ HT ☐KOAH ☐Kalp Yetmezliği ☐KBY ☐Diğer.....
Geçirilen hastalıklar/ Operasyonlar:	☐ Var (Belirtiniz):..... ☐ Yok
Alerjileri (ilaç, gıda, flaster vb.):	☐ Var ☐Yok
Varsa Belirtiniz	☐ İlaç ☐Yiyecek ☐ Diğer.....
Alışkalıkları (sigara, alkol vb.)	☐ Var ☐ Yok
SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR	

1)	**3)**	**5)**
2)	**4)**	**6)**

Kan Grubu:	☐ **A** ☐ **B** ☐ **AB** ☐ **0** ☐ **Rh (+)** ☐ **Rh (-)**
Daha Önce Kan Transfüzyonu Uygulandı mı?	☐ Evet ☐ Hayır
HbsAg:☐ Negatif ☐ Pozitif HCV: ☐ Negatif ☐ Pozitif	
KISITLAMA İHTİYACI	
Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	☐ Var ☐ Yok **(Evet ise *"Hasta Hareket Kısıtlama Talimatı"* uygulanır.)**
İZOLASYON	
İhtiyaç var mı?	☐ Var ☐ Yok **(Var ise *"İzolasyon Önlemleri Talimatı"* uygulanır.)**

Varsa İzolasyon Şekli	☐ Temas ☐ Sıkı Temas ☐ Damlacık ☐Solunum ☐Diğer .....

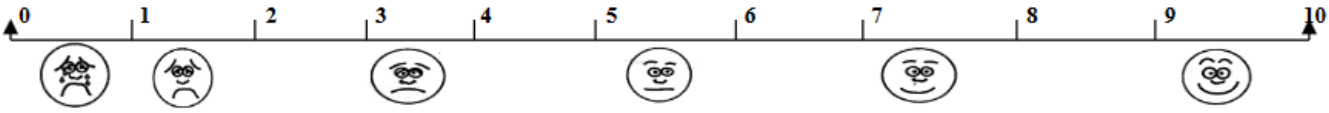
AĞRI TANILAMA



☐ 0, Yok ☐ 1-2,Çok Az ☐ 3-4, ☐ Biraz fazla 5-6, ☐ Çok 7-8, Fazla ☐ 9-10, Dayanılmaz

PSİKOLOJİK DESTEK İHTİYAÇ ÖLÇEĞİ

çok kötü hissediyorum — çok iyi hissediyorum



☐ 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 ☐ **Evet** ☐ **Hayır**	2-Hasta son 3 ayda kilo kaybetti mi? ☐ **Evet** ☐ **Hayır**
3- Hastanın yediği miktar son hafta azaldı mı? ☐ **Evet** ☐ **Hayır**	4-Hasta ileri derecede hasta mı? (örn, yoğun bakımda mı?) ☐ **Evet** ☐**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, diabet, 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		**= yaşa 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.			

BASI YARALARI RİSK TANILAMA (Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğunu düşündüğünüz hastalara uygulayınız)

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

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 biriminden .....kişi ile.....tarih.....saatte görüşüldü.		