**T.C.**

**YALOVA ÜNİVERSİTESİ**

**TERMAL** **SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI**

**ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU**

**(Sorumlu hemşireler tarafından doldurulacaktır.)**

**ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI:**

**HASTANE ADI:**

FOTOĞRAF

**KLİNİK ADI:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ** | **PUAN** | **ÖĞRENCİNİN ALDIĞI PUAN** |
| UYGULAMA İLGİ VE İSTEĞİ | 10 |  |
| UYGULAMA BECERİSİ | 10 |  |
| İLETİŞİM | 10 |  |
| EKİP ÇALIŞMASI | 10 |  |
| ETİK İLKELERE VE HASTA HAKLARINA UYGUN DAVRANIŞ | 10 |  |
| GÖREV BİLİNCİ | 10 |  |
| PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ | 10 |  |
| ELEŞTİREL DÜŞÜNME BECERİSİ | 5 |  |
| RAPOR ALMA VE VERME | 5 |  |
| ARAŞTIRMA İLGİ VE İSTEĞİNDE OLMA/YAPMA | 5 |  |
| EĞİTİM FAALİYETLERİNDE BULUNMA | 5 |  |
| KAYNAKLARI VERİMLİ VE YERİNDE KULLANMA  | 5 |  |
| ÖZBAKIM BECERİLERİ | 5 |  |
| **TOPLAM PUAN** | **100** |  |

**SORUMLU HEMŞİRE ADI-SOYADI (KAŞE):**

 **İMZA:**

**DEĞERLENDİRME KRİTERLER**

**UYGULAMA İLGİ VE İSTEĞİ (10 puan)**

Uygulama yapma, izleme ilgi ve isteği değerlendirilir.

**UYGULAMA BECERİSİ (10 puan)**

**Araç Gereç/Malzeme Hazırlığı:** Uygun malzeme seçimi, malzemelerin düzenli, temiz ve eksiksiz hazırlanması değerlendirilir.

**İşlemin Gerçekleştirilmesi:** İşlemi gerçekleştirme sırasındaki performansı değerlendirilir.

**Malzemeleri Kaldırma:** Kullanılan malzemelerin uygun şekilde kullanıma yeniden hazırlanması y ada uzaklaştırılması değerlendirilir.

**İLETİŞİM (10 puan)**

Sağlıklı/hasta birey ve ailesi, arkadaşları, eğitici, hemşireler, diğer sağlık bakım ekibi üyeleri ile öğrenci arasındaki sözlü, sözsüz ve yazılı iletişim becerileri değerlendirilir.

* Kendisine sağlıklı/hasta birey ve ailesinin gözüyle bakabiliyor mu?
* Sağlıklı/hasta birey bakımını öğrenme aşamasında olduğunun bilincinde mi?
* Sağlıklı/hasta bireye bakım verirken eğiticinin işbirliğine ve gözlemine fırsat veriyor mu?
* Başkalarının duygularını tanıyabiliyor ve dikkate alıyor mu?
* Öneri ve düzeltmeleri olumlu karşılayabiliyor mu?
* Öğrenmeye istekli mi?
* Gerektiğinde yardım isteyebiliyor mu?

**EKİP ÇALIŞMASI (10 puan)**

Sağlıklı/hasta birey ve ailesi, arkadaşları, eğitici, hemşireler, diğer sağlık bakım ekibi üyeleri ile iletişim ve işbirliği yapma becerileri değerlendirilir.

* Servise zamanında geliyor mu?
* Görev değişikliklerine uyum sağlayabiliyor mu?
* Çalışma ve öğrenme durumlarına yönelik yapıcı ve sorgulayıcı tavrı var mı?
* Sorumluluk almaya istekli mi?
* Sağlık bakım ekibini tanıyor ve bir bütün olarak görüyor mu?

**ETİK İLKELERE VE HASTA HAKLARINA UYGUN DAVRANIŞ (10 puan)**

Sağlıklı/hasta bireyin bakımının temel ilke ve amaçlarımıza, etik ilkelere, hasta haklarına uygun davranışlar değerlendirilir.

Sağlıklı/hasta bireyin bakımında temel amaçlar: sağlığı yükseltmek ve sürdürmek, hastalığı önlemek, sağlığa yeniden kavuşturmak, acı/ağrıyı hafifletmek.

Sağlıklı/hasta bireyin bakımında etik ilkelerimiz:

* Her bireyi kendi içinde bir bütün ve aynı zamanda diğer bireylerden eşsiz olarak görmek
* Sağlıklı/hasta bireyin yaşamına ve onuruna saygı göstermek
* Sağlıklı/hasta birey ile ilgili kişisel bilgilere güvenilir davranmak
* Başka düşünce, ırk, cinsiyet, sosyal kökenli sağlıklı/hasta bireylere eşit davranmak
* Sağlıklı/hasta bireyin güvenliğine önem vermek
* Sağlıklı/hasta bireyi zararlardan korumak
* Sağlıklı/hasta birey ve ailesinin haklarına saygı göstermek

**GÖREV BİLİNCİ (10 puan)**

Uygulama alanına devam, uygulama alanında sürekli hazır bulunma, habersiz ayrılmama durumları değerlendirilir.

* Devamsızlık sınırını aşan öğrencinin uygulama değerlendirmesi yapılmaz. Devamsız kabul edilir.
* Uygulamaya geç kalmayı ya da uygulama alanından erken ayrılmayı gerektiren olağanüstü durumlarda öğrenci servis sorumlu hemşiresine ve öğretim elemanına bilgi vermelidir.

**PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ (10 puan)**

Değişik durumlarda ortaya çıkan problemlerin farkında olma ve çözüm önerisi getirme becerisi değerlendirilir.

**ELEŞTİREL DÜŞÜNME BECERİSİ (5 puan)**

Karşılaşılan durumları sorgulama, olumlu ve olumsuz yönlerini görebilme ve ortaya koyabilme çabası değerlendirilir.

**RAPOR ALMA VE VERME (5 puan)**

Yazılı ve sözlü rapor alma ve verme becerisi değerlendirilir.

* Rapor alma ve vermenin öneminin farkında mı?
* Raporun içermesi gereken tüm bilgileri sunabiliyor mu?
* Servisten ayrılırken sorumluluğundaki sağlıklı/hasta birey/bireylerin sorumluluğunu başka bir arkadaşına devrediyor mu?
* Önemli bilgileri hemen rapor ediyor mu?
* Kayıt tutmanın yasal boyutunun farkında mı?
* Kayıtları zamanında, doğru ve okunaklı şekilde tutuyor mu?

**ARAŞTIRMA İLGİ VE İSTEĞİNDE OLMA/YAPMA (5puan)**

Sağlıklı/hasta birey/bireylerin sağlık durumları, gereksinimleri, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri, kullandığı ilaçları vs. hakkında araştırma yapma becerileri değerlendirilir.

**EĞİTİM FAALİYETLERİNDE BULUNMA (5puan)**

Seminer konusu hazırlama ve sunma, seminerlere katılım, sağlıklı/hasta birey ve ailesine eğitim yapabilme becerileri değerlendirilir.

**KAYNAKLARI VERİMLİ VE YERİNDE KULLANMA (5 puan)**

Araç gereç ve malzemeleri amacına uygun, özenli ve dikkatli kullanma becerisi değerlendirilir.

**ÖZ BAKIM BECERİLERİ (5puan)**

Sağlıklı bir birey olarak bakım verebileceğinin farkında olma ve kendi öz bakımını gerçekleştirebilme becerisi değerlendirilir.



**T.C.**

**YALOVA ÜNİVERSİTESİ**

**TERMAL SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**STAJ DOSYASI**

FOTOĞRAF

**ÖĞRENCİNİN:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı:** |  |
| **Programı:** |  |
| **Öğrenci Numarası:** |  |
| **Telefon/Mail Adresi:** |  |

**STAJ YAPILAN KURUMUN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı:** |  |
| **Adresi:** |  |
| **Telefonu:** |  |

Sayfa ve eklerden oluşan bu Rapor Dosyası öğrenciniz tarafından Kurumumuzdaki çalışma süresi için hazırlanmıştır.

**İşyeri Yetkilisi:**

**Adı Soyadı:**

**Unvanı:**

**İmza / Mühür:**

**Tarih:**

T.C.

YALOVA ÜNİVERSİTESİ

TERMAL SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

YAŞLI BAKIMI PROGRAMI

HASTA VERİ TOPLAMA VE BAKIM PLANI

 TARİH: …/…/20..

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı:** | **Yatış Tarihi:** |
| **Protokol No:** | **Sosyal Güvencesi:** |
| **Bölüm:** | **Mesleği:** |
| **Cinsiyet:** Kadın Erkek | **Yaş:** | **Eğitim Durumu:** |
| **Alerjisi:** Var Yok (Alerji varlığında kırmızı bileklik kullanılmalıdır.) |
| **Alerjisi Varsa Belirtiniz:** İlaç Yiyecek Diğer: …………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tıbbi Tanı:** |  |
| **Geldiği Yer:** |  Ev Acil Servis Poliklinik Yoğun Bakım  |
| **Servise Geliş Şekli:** |  Yürüyerek Tekerlekli Sandalye Sedye |
| **Kronik Hastalıklar:** |  DM HT KOAH Kalp Yetersizliği KBY Diğer:…. |
| **Ailesel Hastalıklar:** |  Yok Var (Belirtiniz)……………………………………………. |
| **Sürekli Kullandığı:** |  Diş Protezi Kalp Pili Kalp Kapakçığı Diğer:… |
| **Geçirilmiş Hastalık/Operasyonlar** |  Yok Var (Belirtiniz)………………………………………………….. |
| **Alışkanlıklar:** |  Yok Var (Belirtiniz) Sigara ….adet/paket/gün …yıl Alkol ….sıklığı/miktar Madde ….sıklığı/miktar |

**GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE TANILAMA**

1. **Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi**

|  |  |
| --- | --- |
| indir.jpg | **İtaki Düşme Riski Ölçeği** |

**Değerlendirme Zamanı:**

 İlk Değerlendirme Post-operatif Dönem Hasta Düşmesi Bölüm Değişikliği Durum Değişikliği

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | RİSK FAKTÖRLERİ | PUAN |
| 1. | **Minör Risk Faktörleri** | 65 yaş ve üstü. | 1 |
| 2. | Bilinci kapalı. | 1 |
| 3. | Son 1 ay içinde düşme öyküsü var. | 1 |
| 4. | Kronik hastalık öyküsü var.\* | 1 |
| 5. | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var. | 1 |
| 6. | Üriner/fekal kontinans bozukluğu var. | 1 |
| 7. | Görme durumu zayıf. | 1 |
| 8. | 4’ten fazla ilaç kullanımı var. | 1 |
| 9. | Hastaya bağlı 3’ün altında bakım ekipmanı var.\*\* | 1 |
| 10. | Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor. | 1 |
| 11. | Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var. | 1 |
| 12. | **Majör Risk Faktörleri** | Bilinç açık, koopere değil. | 5 |
| 13. | Ayakta/yürürken denge problemi var. | 5 |
| 14. | Baş dönmesi var. | 5 |
| 15. | Ortostatik hipotansiyonu var. | 5 |
| 16. | Görme engeli var. | 5 |
| 17. | Bedensel engeli var. | 5 |
| 18. | Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.\*\* | 5 |
| 19. | Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.\*\*\* | 5 |
|  |  |  Toplam Puan= |  |

|  |
| --- |
| RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU |
| Düşük Risk | Toplam puan 5’in altında (ilk değerlendirme, pos-op dönem, hasta düşmesi, bölüm değişikliği ve durum değişikliğinde değerlendirilir.) |
| Yüksek Risk | Toplam puan 5’in üstünde (Dört yapraklı yonca figürü kullanılır.)(Her gün düşme riski yeniden değerlendirilir) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| İtaki Düşme Riski Ölçeği Bilgilendirme Tablosu |  |  |
| \*Kronik Hastalıklar |  | * Hipertansiyon
* Diyabet
* Artrit
 | * Dolaşım sistemi hastalıkları
* Sindirim sistemi hastalıkları
 | * Paralizi
* Depresyon
* Nörolojik Hast.
 |
| \*\*Hasta Bakım Ekipmanları |  | * Iv infüzyon
* Kalıcı katater
* Dren
 | * Solunum cihazı
* Göğüs tüpü
 | * Perfüzatör
* Pacemaker vb.
 |
| \*\*\*Riskli İlaçlar |  | * Psikotroplar
* Narkotikler
* Benzodiazepinler
* Antidiyabetikler
 | * Diüretik/Laksatifler
* Kan Basıncı Düzenleyiciler
* Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoxin vb.)
 | * Nörepileptikler
* Antikoagülanlar
* Narkotik Analjezikler
 |

1. **İletişim Aktivitesi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Değerlendirme****Kriterleri** | **Bulgular** |
| **Görme Problemi** |  Var Yok | Problem: |
| **İşitme Problemi** |  Var Yok | Problem: |
| **Konuşma Problemi** |  Var Yok | Problem: |
| **Algılama Problemi** |  Var Yok | Problem: |
| **Cerrahi Girişim** |  Var Yok | Problem: |
| **Anksiyete** |  Var Yok | Problem: |
| **Kaygı** |  Var Yok | Problem: |
| **Korku** |  Var Yok | Problem: |
| **Gözlem Notları:** |  |

1. **Solunum Aktivitesi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Değerlendirme****Kriterleri** | **Bulgular** |
| **Solunum Sayısı** |  ……/dk |
| **O2****Saturasyonu** |  |
| **Solunum Tipi** |  Normal | Bradipne Taşipne Apne Hipopne Hiperpne Hiperventilasyon  Kussmaul Solunum Cheynes-Stokes Solunum |
| **Siyanoz** |  Var  |  Yok |
| **Öksürük** |  Var  |  Yok |
| **Balgam** |  Var  |  Yok |
| **Öksürürken Ağrı** |  Var  |  Yok |
| **Gözlem Notları:** |  |

1. **Beslenme Aktivitesi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Değerlendirme****Kriterleri** | **Bulgular** |
| **Boy** | ….. cm | **Kilo** | ……..kg |
| **Son 6 ayda kilo kaybı** |  Var |  Yok |
| **Beslenme Bozukluğu** |  Var | Yok |
| **Beslenme Şekli** |  Oral Yardımla Parenteral Enteral (………………….)  |
| **Diyet Tipi** |  Rejim 0 (Oral alımı kapalı) Rejim 1 (Sıvı gıda)  Rejim 2 (Sulu yumuşak besinler) |  Rejim 3 (Normal diyet)   Özel diyet Açıklayınız ……… |
| **İştahsızlık** |  Var  |  Yok |
| **Bulantı** |  Var  |  Yok |
| **Holitazis** |  Var  |  Yok |
| **Disfaji** |  Var  |  Yok |
| **Distansiyon** |  Var  |  Yok |
| **Gözlem Notları:** |  |

|  |
| --- |
| Oral Mukoz Membran Değerlendirme Rehberi |
|  | **1** | **2** | **3** |
| Ses | Normal | Boğuk veya çatlak | Konuşma sırasında zorlanıyor |
| Yutkunma | Normal | Yutkunma sırasında hafif ağrı | Yutkunamıyor |
| Dudaklar | Pürüzsüz, pembe ve nemli | Kuru veya çatlamış | Yara veya kanama |
| Dil | Pembe ve nemli, papilla mevcut | Kuru veya kızarık olmadan dil üzerinde kirli sarı tabaka mevcut | Çatlamış |
| Tükürük | Sulu | Koyu veya yapışkan | Yok |
| Oral Mukoza | Pembe ve nemli | Kırmızı veya beyaz bir tabaka ile kaplanmış, yara yok | Ağız yarası var ± Kanama |
| Diş Etleri | Pembe ve normal | Ödemli ± kızarıklık | Kanama var |
| Dişler/Protez | Temiz, ölü doku yok |  | Diş/protez ile diş eti arasındaki sınırda plak/ölü doku mevcut |
| Toplam puan 8-14 ise; oral mukoz membranda bozulma riskiToplam puan 14-24 ise; oral mukoz membranda bozulma | PUAN= |

1. **Boşaltım Aktivitesi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Değerlendirme****Kriterleri** | **Bulgular** |
| **Son defekasyon tarihi** |  |
| **Bağırsak Eliminasyonu** |  Normal |  Diyare İnkontinans   Konstipasyon Hemoroid Fekal Tıkaç  |
| **İdrar** |  Normal |  İnkontinans Dizüri  Noktüri Anüri Oligüri Pollaküri Hematüri Poliüri Diyaliz Foley Katater |
| **Gözlem Notları:** |  |

1. **Kişisel Temizlik ve Giyinme**

|  |  |
| --- | --- |
| **Değerlendirme****Kriterleri** | **Bulgular** |
| **Kişisel temizlik ve giyinmede bağımlılık** |  Var  |  Yok  |
| **Ciltte Sıcaklık** |  Var  |  Yok |
| **Ciltte Soğukluk** |  Var   |  Yok |
| **Ciltte Kuruluk** |  Var Yeri…….  |  Yok |
| **Ödem** |  Var Derecesi:Bölgesi: * Dokuda çökme yok (0)
* Çökme 2 mm (+, hafif)
* Çökme 4 mm (2+)
* Çökme 6 mm (3+, orta derece)
* Çökme 8 mm (4+, ciddi)
 |  Yok |
| **Basınç yarası** |  Var Yeri…….Basınç yarası ölçeği ile hasta değerlendiriniz.  |  Yok |
| **Hijyenik bakım gereksinimi** |  Var  |  Yok |
| **Saçlı deri** |  Normal  |  Saç kaybı  Hijyen eksikliği  Lezyon |
| **Gözlem Notları:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BRADEN BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME SKALASI |  |  |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **Puan** |
| Duyusal Algılama | Tamamen sınırlı | Çok sınırlı | Hafif sınırlı | Normal |  |
| Nem | Sürekli nemli | Çok sık nemli | Ara sıra nemli | Nadiren nemli |  |
| Aktivite | Yatağa bağımlı | Sandalyeye oturabilir | Ara sıra yürür | Sık sık yürür |  |
| Hareketlilik | Tamamen sınırlı | Çok sınırlı | Hafif sınırlı | Aktif |  |
| Beslenme | Kaşektik | Kısmen yeterli | Yeterli | Mükemmel |  |
| Sürtünme ve Yırtılma | Mevcut | Potansiyel problem | Problem yok |  |  |
|  | **Toplam Puan** |  |

|  |
| --- |
| RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU |
| Yaş ˂75 ise |  | Risk Yok ˃16Düşük Risk 15-16Orta Risk 13-14Yüksek Risk ≤12 |
| Yaş ˃ 75 ise |  | Risk Yok ˃18Düşük Risk 15-18Orta Risk 13-14Yüksek Risk ≤12 |

1. **Beden Isısının Kontrolü**

|  |  |
| --- | --- |
| **Değerlendirme****Kriterleri** | **Bulgular** |
| **Beden sıcaklığı** | …….0C |
| **Terleme** |  Var |  Yok |
| **Sıcak intoleransı** |  Var | Yok |
| **Soğuk intoleransı** |  Var Yok |
| **Oda sıcaklığına uygun giyim** |  Var  |  Yok |
| **Titreme** |  Var  |  Yok |
| **Gözlem Notları:** |  |

1. **Hareket**

|  |  |
| --- | --- |
| **Değerlendirme****Kriterleri** | **Bulgular** |
| **Yardımcı araç kullanımı** |  VarAraçlar: ……………………………… |  Yok |
| **Kontraktür** |  Var |  Yok |
| **Harekette kısıtlılık** |  Var  |  Yok |
| **Hareket sırasında ağrı** |  Var  |  Yok |
| **Gözlem Notları:** |  |

1. **Çalışma ve Eğlence**

|  |  |
| --- | --- |
| **Değerlendirme****Kriterleri** | **Bulgular** |
| **Çalışma Durumu:** |  |
| **Gelir düzeyi** |  |
| **Sağlık sigortası** |  Var |  Yok |
| **Boş zamanlarını değerlendirme aktiviteleri** |   |
| **Gözlem Notları:** |  |

1. **Cinselliği İfade Etme**

|  |  |
| --- | --- |
| **Değerlendirme****Kriterleri** | **Bulgular** |
| **Cinsiyete uygun giyim** |  Var |  Yok |
| **Perine bakım gereksinimi** |  Var |  Yok |
| **Gözlem Notları:** |  |

1. **Uyku**

|  |  |
| --- | --- |
| **Değerlendirme****Kriterleri** | **Bulgular** |
| **Uyku saatleri:** |   |
| **Uykuya dalmada güçlük** |  Var |  Yok |
| **Gürültüye hassasiyet** |  Var  |  Yok |
| **Işığa hassasiyet** |  Var  |  Yok |
| **Horlama** |  Var  |  Yok |
| **Uyku için yardımcı girişimler** |  Var ………………………………….………………………………… |  Yok |
| **Gözlem Notları:** |  |

1. **Ölüm**

|  |  |
| --- | --- |
| **Değerlendirme****Kriterleri** | **Bulgular** |
| **Terminal dönemde mi?** |  Evet |  Hayır |
| **Sosyal destekleri** |  Var …………………………………………………………………...  |  Yok |
| **Spiritüel gereksinimleri** |  Var………………………………….…………………………………. |  Yok |
| **Kendine zarar verme eğilimi** |  Var  |  Yok |
| **Ölüm hakkındaki düşünceleri** |  |

**AĞRI DEĞERLENDİRMESİ**

**Görsel Ağrı Skalası (VAS)**

****

 Ağrım Yok Dayanılmaz

**Numerik Ağrı Skalası**

****

**Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçek:**

**Ağrı skoru:**

**Ağrının sıklığı: Süresi: Yeri:**

**Ağrı Tipi:** Zonklayıcı Yanıcı Bıçak saplanır Tarzda Kasılma İğneleyici

**Ağrıyı artıran/azaltan faktörler**: ……………………………………………………………………………………….

* **Hasta ve Ailesinin Bilgi Gereksinimleri (Başlıklar halinde yazınız.)**
* **Uygulanan/Gözlemlenen girişimleri maddeler halinde yazınız ve açıklayınız. (Foley sonda, nazogastrik sonda, endotrakeal entübasyon uygulama, saç bakımı, tırnak bakımı vb.)**
* **Hastanın tıbbi tanısının etiyoloji, belirti, bulgu, tedavi ve bakımını açıklayınız.**

|  |
| --- |
| YAŞAM BULGULARI |
| TarihSaat | **Vücut Sıcaklığı** | **Nabız** | **Kan Basıncı** | **O2****Satürasyonu** | **Gözlem Notu** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| LABORATUAR SONUÇLARI |
| TarihSaat | **Parametreler** | **Normal Değerler** | **Hasta Değerleri** |
|  | **Eritrosit** |  |  |
|  | **Lökosit** |  |  |
|  | **Trombosit** |  |  |
|  | **Nötrofil** |  |  |
|  | **Hemoglobin** |  |  |
|  | **Hemotokrit** |  |  |
|  | **Sedimantasyon** |  |  |
|  | **PTZ** |  |  |
|  | **PTT** |  |  |
|  | **aPTT** |  |  |
|  | **INR** |  |  |
|  | **Glukoz** |  |  |
|  | **HbA1C** |  |  |
|  | **TSH** |  |  |
|  | **T3** |  |  |
|  | **T4** |  |  |
|  | **Üre** |  |  |
|  | **Kreatinin** |  |  |
|  | **Albümin** |  |  |
|  | **Total Kolesterol** |  |  |
|  | **HDL** |  |  |
|  | **LDL** |  |  |
|  | **Na** |  |  |
|  | **K** |  |  |
|  | **Ca** |  |  |
|  | **P** |  |  |
|  | **Cl** |  |  |
|  | **Mg** |  |  |
|  | **HIV** |  |  |
|  | **HCV** |  |  |
|  | **HBsAg** |  |  |
|  | **Diğer:** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| KULLANILAN İLAÇ FORMU |
| TarihSaat | **İlaç Adı****Etken Maddesi** | **Veriliş Yolu** **Sıklık** | **Endikasyonları** | **Kontrendikasyonları** | **Yan Etkiler** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ BAKIM PLANI**

 **Tarih:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tespit Edilen Sorun** | **Neden** | **Amaç/Hedef** | **Uygulanan Girişimler** | **Değerlendirme** |
|  |  |  |  |  |

**YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ BAKIM PLANI**

 **Tarih:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tespit Edilen Sorun** | **Neden** | **Amaç/Hedef** | **Uygulanan Girişimler** | **Değerlendirme** |
|  |  |  |  |  |