**HASTA TANILAMA FORMU**

**Servis: Formun Doldurulduğu Tarih:**

Adı Soyadı: …………………………………. Yatış Tarihi: …………….. Yatış süresi:….gün ( )Taburcu

Cinsiyeti: …………………………………… Yatak No: …………....Protokol No: ……………………..

Yaşı: ……………………………………….. Geliş Şekli: ( ) Sedye ( )Tekerlekli Sandalye

Medeni Durumu: …………………………... ( ) Yürüyerek ( )Diğer

Eğitim Düzeyi: …………………………….. Geldiği Yer: ( ) Ev ( )Hastane ( ) Diğer………………

Mesleği: ……………………………………. Sosyal Güvencesi: ( ) Yok ( ) Var……………………

Çocuk Sayısı: ………………………………. Kan Grubu:……………

Adres ve Tel: ……………………………….. Alerjisi: ( ) Yok ( ) Var……………………...............

……………………………………………… Bulaşıcı Hastalık: ( ) Yok ( ) Var……………………

Bilgi Kaynağı: ……………………………... Tıbbi Tanı:………………………………………...............

Yatış Nedeni, şikayetleri:………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………..

Şikayetlerin Başladığı Zaman ve Süresi:…………………………………………………………………………

Özgeçmiş: Hastalık (Diabetüs Mellitüs, Miyokart Enferktüsü, Hipertansiyon, Kanser ve diğer), ameliyat, kaza vb. gibi sağlık sorunları:

 Türü Zamanı Sonucu

……………………………… ……………………………… ………………………………

……………………………… ……………………………… ………………………………

……………………………… ……………………………… ………………………………

Daha önce hastaneye yattı mı? ( ) Hayır ( ) Evet Nedeni:………………………………….

Hastalığını kabul etme durumu:

( ) Kabul ediyor ( ) Kısmen kabul ediyor ( ) Kabul etmiyor

Tedavi ve bakımı kabul etme durumu:

 ( ) Kabul ediyor ( ) Kısmen kabul ediyor ( ) Kabul etmiyor

**Sürekli kullandığı ilaçlar:**

 İlacın Adı İlacın Dozu (Sıklık) Kullanım Nedeni Kullanım Süresi

……………………… ……………………… ……………………… ……………………….

 ……………………… ……………………… ……………………… ………………………

……………………… ……………………… ……………………… ……………………….

Alışkanlıkları:

( ) Sigara………. paket/gün ( ) Kullanmıyor

( ) Alkol…………..miktar/gün/hafta ( ) Kullanmıyor ( ) Diğer…………………

Soy geçmişi:

Anne……………………………………… Kardeş…………………………………………..

Baba……………………………………… Yakın akraba………………………………………

**HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ**

**LABORATUAR BULGULARI**

**Tarih:**

Eritrosit: Lökosit: Trombosit: Pıhtılaşma zamanı:

Kan glikoz düzeyi: İdrar: Diğer önemli bulgular (varsa):

**Yapılan tanı testleri:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hastanın Adı Soyadı:**  | **Yaş:**  |
| **Klinik:** | **Hastanın Yatış Tarihi:** |
| **Oda No:**  | **Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:** |

**ÖĞRENCİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TARİH**  |  | **YAŞAM BULGULARI** | **TEDAVİ** |
| **Saat** |  |  |  |  |  | **İlacın adı, şekli, dozu, uygulama yolu ve uygulama sıklığı** | **Saatler** |
| TAmmHg |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nabızdk |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| V.ısısı°C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sol. dk |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O2 Sat% |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AKŞmg/dl |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ (YAŞAM MODELİ)**

1. **GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE SÜRDÜRME AKTİVİTESİ**

Mental Durumu:Bilinci: ( ) Açık ( ) Bulanık ( ) Kapalı

 Duyu Organları:

|  |
| --- |
| - Görme: |
| - Duyma: |
| - Dokunma: |
| - Koklama: - Tat alma: |

Enfeksiyon riski:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

IV tedavi/tüp/dren: Hayır ( ) Evet ( )

Tespit edici gereksinimi: ( ) Var ( ) Yok

**Hemşirelik Tanısı:**

**Ağrı:** Hayır……. Evet…… Başlangıcı……………………..…….…. Süresi ……………………………………..………

|  |
| --- |
| **Ağrının şiddeti** |
|  |
| **Ağrının niteliği** |
| **Sızlama**  | **( )** | **Gerilme**  | **( )** | **Keskin**  | **( )** |
| **Künt**  | **( )** | **Zonklama**  | **( )** | **Sıkıştırma**  | **( )** |
| **Yanma**  | **( )** | **Acıma**  | **( )** |  |  |

Ağrının lokalizasyonu: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ağrı ile eşlik eden şikayetler:…………..………….......................................................................................................................

Ağrıyı azaltan faktörler:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ağrıyı arttıran faktörler:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Hemşirelik Tanısı:**

**İzolasyon:** ( ) Temas ( ) Sıkı temas ( ) Damlacık ( ) Solunum ( ) Diğer……………………..

|  |
| --- |
| **DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (HENDRİCH II)** |
| **Konfüzyon / Dezoryantasyon/ Oryantasyon Bozukluğu** | **xx**  | **4 puan**  |
| **Semptomatik / Depresyon** | xx | **2 puan** |
| **Boşaltım İhtiyacında Sorun** |  **X**  | **1 puan** |
| **Baş Dönmesi** |  | **1 puan** |
| **Cinsiyet (erkek)** |  | **1 puan** |
| **Sandalyeden kalkma testi\* (tek seçenek işaretlenecek)** |  |
| * Kollarını kullanmadan kalkabiliyor
 |  | **0 puan** |
| * Kalmak için sandalye kolluğunu kullanıyor ve tek denemede kalkabiliyor
 |  | **1 puan** |
| * Kalmak için sandalye kolluğunu kullanıyor ancak birden fazla deneme ile kalkabiliyor
 |  | **3 puan** |
| * Yardım almadan kalkamıyor
 |  | **4 puan** |
| **Antiepileptik Grubu İlaç Kullanımı**(Karbamezepin, Tegretol, Phenytoin, Eptantoin,Valporik Asit, Depakin, Pimidon, Mysoline, Lamotrigin ,Lamictal, Phenobarbital, Luminal, Exhosuximid, Petimid) |  | **2 puan** |
| **Benzodiazepin Grubu İlaç Kullanımı** (Alprazolam, Xanax, Buspiran, Buston, Chlordiazepoxid, Librium, Clonazepam, Rivotril, Clorazepatdipotasyum, Tranxilane, Diazepam, Diazem, Lorazepam, Rivotril, Midazolam, Dormicum, Oxazepam, Serapax) |  | **1 puan**  |
| **TOPLAM PUAN** |  |
| **RİSK ÖLÇÜMÜ** | **PUANLAMA** | **YAPILMASI GEREKEN FAALİYETLER** |
| **Risk yok** | 0-4 | Haftada bir kez düşme riskini yeniden değerlendirin. |
| **Yüksek Risk** | 5 ve üzeri | Her gün düşme riskini yeniden değerlendirin. Düşme olaylarını önlemeye yönelik hemşirelik girişimlerini uygulayın. |

**Hemşirelik Tanısı:**

**2. İLETİŞİM**

Hasta yalnız mı yaşıyor? ………………… Refakatçi gereksinimi var mı?.............................. Yanında refakatçisi var mı?...........................

Hastalığını kabul etme durumu…………………………………………………………………

Hastaneye yatma hastanın dini inançlarını, aktivitelerini etkiliyor mu? …………………………………………………………………………

İletişim şekline göre birey: İçe dönük ( ) Dışa dönük ( ) İyimser ( ) Karamsar ( ) Kendisi ile barışık ( )

Kullandığı dil (Lisanı): **..**……………

Birey sorulan sorulara uygun yanıtlar veriyor mu? :………………………………………………………..……………………………………………..

Birey iletişim sırasında göz teması kuruyor mu? Hayır….... Evet.......

İletişime engel olacak duyusal/nörolojik kusurlar (İşitme protezi, ses ptotezi, vb.): …………..........................................

Konuşmayı engelleyecek bir sorunu var mı ya da bir girişim, tedavi uygulanmış mı? (disfazi, yüz travması, endotrekeal entübasyon, antideprasan ilaçlar vb.) ……………………………………………………………………………………………………………………

Ağrı, dispne, güçsüzlük gibi bireyin iletişimini etkileyen fiziksel yakınmaları var mı? ………………………………………………

Kaygı, kızgınlık, umutsuzluk, öfori gibi iletişimi etkileyen emosyonel bir durumu var mı? ………………………………………

**Hemşirelik Tanısı:**

**3. SOLUNUM**

Solunum sıkıntısı var mı? …………………………………………

Solunum Hızı:………./Dk. Abdominal………. Diyafragmatik…… Eforlu…… Eforsuz……. Özel pozisyon……

Solunum Derinliği:……………………………… Solunum ritmi:………………………………

Solunum sesleri:

 Aktivite esnasında dispne durumu:

Öksürük: …………………..

Balgam çıkarıyor mu? …………………..……….. Özelliklerini tanımlayınız:……….…………………………........

Göğüs ağrısı: …………………………………. Tanımlayınız…………………………………………………………

Siyanoz: Yok ……… Var………… Tanımlayınız………………………………………………………………….........................................

Tırnak rengi:

Hemoptizi: Yok ………. Var……… Tanımlayınız……………………………………………………....................................................

Solunum türü: Apne ( ) Bradipne ( ) Takipne ( ) Hiperpne ( ) Hipopne( ) Hiperventilasyon ( )

 Hipoventilasyon ( ) Kusmual Solunum ( ) Cheyne-Stokes Solunum ( ) Dispne( ) Hipoksi( ) Anoksi ( )

Nabız Hızı: Radyal: ………. Apikal………../dk.

Nabız ritmi: Düzenli……….. Düzensiz………....

Nabız volümü: Zayıf ……… Dolgun…………………

Kan Basıncı: Sol Kol…………………..mmHg Sağ kol……….....…………..mmHg

 Pozisyon: ( )Ayakta…………….mmHg ( )Otururken…………….mmHg ( )Yatarken…………mmHg

**Hemşirelik Tanısı:**

**4. BESLENME**

Günlük öğün sayısı:

Kendini besleme durumu: ( ) bağımlı ( ) yarı bağımlı ( ) Bağımsız

Beslenme Şekli: ( ) Oral ( ) Enteral ( ) Parenteral …………………………………

Son altı ayda kilo aldı mı? ……………………………….. Son altı ayda kilo verdi mi? ………………………………………

İştahını nasıl tanımlıyor?

Hastanın diyet sınırlaması var mı?

Bir günde ortalama ne kadar sıvı alıyor? …………………. Su Diğer…………………………………………………………

Beslenme aktivitesini etkileyen/etkileyebilecek bir inancı var mı?

Aşağıdaki durumlarla ilgili bir sorunu var mı?

Bulantı: Hayır ……. Evet…... Tanımlayınız……….................……………………………………………………………………………………

Kusma: Hayır ……. Evet…… Tanımlayınız………..............................................................................................................

 Yutma: Hayır ……. Evet….. Tanımlayınız.............………………………………………………………………………………………………..

Çiğneme: Hayır ……. Evet….. Tanımlayınız……………………………………………………………………………………………………………

 Sindirme: Hayır ……. Evet….. Tanımlayınız…………………………………………………………………………………………………………..

Boy:…………cm. Kilo:…………kg. Beden Kitle İndeksi:………………………

 ( ) Kaşektik ( ) Zayıf ( )Normal ( ) Aşırı Kilolu ( ) Obez ( ) Morbid obez

Aşırı zayıf <16 Zayıf <16 -18.5 Normal 18.5-24.9 Aşırı kilolu 25-29.9 Obez 30.0-39.9 Morbid obez >40

 Beslenmeyi Engelleyen Faktörler: ( ) Oral Lezyonlar ( ) Ameliyat ( ) Yutma Güçlüğü

 ( ) Bilinç Durumu ( ) Fiziksel Güçsüzlük

**Hemşirelik Tanısı:**

1. **BOŞALTIM**

**Bağırsak Boşaltımı:**

Sıklık (kez/gün): ………………………. Azalma……………….. Artma……………………… Süre………………..

Dışkının özelliği: Katı………….. Yumuşak……………. Sıvı………..

Renk: Kahverengi………. Siyah……….. Sarı……….

Diğer sorunlar (kan, parazit, sindirilmemiş besin, ağrı)…………………………………………………………………………….

Konstipasyon: ………………………… Sıklık………………. Süre:………..........

Diyare: ……………………………………. Sıklık………………. Süre:…….........

Distansiyon: …………………………….. Sıklık………………. Süre:………...........................................................

Boşaltıma yardımcı araç kullanılıyor mu? (Laksatif, Supp. Lavman, diyet)……………………………………

Batın palpasyonu: Gerginlik: Hayır……….. Evet……..….. Nerede………………………………………............

 Sertlik: Hayır…………. Evet…………. Nerede…………………………………………………

Stoma: Yok………. Var……… Yeri………. Türü…………………………………..

**Hemşirelik Tanısı:**

**İdrar Boşaltımı:**

Sıklık (Kez/Gün)…….......... Azalma…............. Artma…............................. Süre……………………………………………………………….

İdrarın miktarı……………….ml/gün

İdrarın görünümü: Berrak….. Bulanık ….. Açık Sarı…… Koyu sarı………….

İnkontinans: Hayır …….. Evet……. Ne zaman ……………………. Tanımlayınız…………………………………………………………..

Diğer sorunlar (ağrı, yanma, akıntı vb):…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Retansiyon: Hayır……. Evet…... Tanımlayınız……………………………………………………………………

İdrar boşaltımına yardımcı araç kullanıyor mu? (TAK, diüretik vb. ): Hayır….. Evet…… Tanımlayınız………………………

İdrar sondası: Yok……… Var……….. Yeri……………………. Türü…………………………… Süresi……………………………………….

**Hemşirelik Tanısı:**

**6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME AKTİVİTESİ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bağımlı | Bağımsız | Yetersiz düzeyde | Yeterli düzeyde | Bilgi Gereksinimi |
| Ağız temizliği |  |  |  |  |  |
| Göz temizliği |  |  |  |  |  |
| Kulak temizliği  |  |  |  |  |  |
| Burun temizliği |  |  |  |  |  |
| Tırnak temizliği  |  |  |  |  |  |
| Saç temizliği  |  |  |  |  |  |
| Ayak temizliği  |  |  |  |  |  |
| Deri temizliği  |  |  |  |  |  |
| Banyo |  |  |  |  |  |
| Tuvalet temizliği |  |  |  |  |  |
| Mensturasyon hijyeni |  |  |  |  |  |

Giyinme/Kuşanma Alışkanlıkları:

Yara iyileşmesi ile ilgili her hangi bir sorunu var mı?

**Hemşirelik Tanısı:**

**- Deri Muayenesi:**

 Sıcak…. Soğuk…. Nemli …. Kuru……

 Turgor: Normal..…. Dehidrate…....... Diğer.............….

 Renk: Soluk …. Pembe …. Siyanotik…. Sarı…. Diğer..............

 Deride diğer sorunlar (ödem, hematom, ekimoz, peteşi, kızarıklık, yara, dekibütüs, ameliyat yarası vb.):

Yeri:……………………………..………… Büyüklüğü:……………………………………

**- Mukoz Membran:**

 -Ağız: Nemli……… Kuru………. Mukoz membranda bozulma: ( )Var ( )Yok

 Renk: Beyaz:…….…… Soluk:…..…... Pembe:……….… Kırmızı:…..………… Siyanoze:…………

 \* Diş: Sorun var mı? (çürük, dolgu, protez vb? ): .………………………………………………………

 \* Diş Eti: Sorun var mı? (kızarıklık, kanama, çekilme vb.): ………........................................

 \*Dil: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, paslı, çatlak, beyaz vb.): Hayır…….………………………

 \* Dudak: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, çatlak, beyaz vb.): Hayır…………………………………

**Hemşirelik Tanısı:**

|  |
| --- |
| **BASINÇ YARASI RİSK FAKTÖRLERİ** |
|  | Obezite  |  | Ödem  |  | Steroid kullanımı |  | Travma  |
|  | Beslenme bozukluğu |  | Anemi |  | Hipertermi |  | Anoreksia  |
|  | Diyabet  |  | Hipotansiyon  |  | Hipotermi |  | Serabro Vasküler Olay  |
|  | Yaşlılık  |  | Tüp ile beslenme |  | Yatağa bağımlılık |  | Periferik vasküler hastalık |
|  | Zayıflık  |  | Hareket kısıtlığı |  | Büyük ameliyat |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **BASINÇ YARASI RİSKİNİ DEĞERLENDİRME (NORTON SKALASI)** |
| Fiziksel durum | Puan | Mental durum | Puan | Aktivite | Puan | Mobilite | Puan | İnkontinans | Puan | TOPLAM |
| İyi | 4 | Açık/ Uyanık  | 4 | Yürüyor | 4 | Tam | 4 | Yok | 4 |  |
| Orta | 3 | Apatik-İlgisiz | 3 | Yardımla yürüyor | 3 | Sınırlı | 3 | Bazen | 3 |  |
| Kötü | 2 | Konfüze | 2 | Sandalyeye bağımlı | 2 | Çok sınırlı | 2 | Genellikle idrar  | 2 |  |
| Çok kötü  | 1 | Stupor | 1 | Yatağa bağımlı  | 1 | Hareketsiz X | 1 | İdrar ve gaita  | 1 |  |
| **RİSK ÖLÇÜMÜ** | **PUANLAMA** | **YAPILMASI GEREKEN FAALİYETLER** |
| Risk yok | 12 ve üzeri | Haftada bir kez basınç yarası riskini yeniden değerlendirin. Basınç yarasını önlemeye yönelik girişimlere devam edin. |
| Yüksek Risk  | 1-11 | Her gün basınç yarası riskini yeniden değerlendirin. Basınç yarasını önlemeye yönelik girişimlere devam edin. |

**Hemşirelik Tanısı:**

**7. VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ AKTİVİTESİ**

Hastalığının hava olayları ile ilgisi var mı? Hayır……… Evet…………

Sevdiği ısı: Sıcak………………… Normal………………………… Soğuk………………………………..

Isı:…………………… Oral………………… Rektal………………… Aksillar…………………… Timpanik………………………

Hasta ortam ısısına uygun giysiler giyiniyor mu? Evet………………… Hayır……………...……

**Hemşirelik Tanısı:**

**8. HAREKET AKTİVİTESİ**

Genel yaşam tarzının tanımlanması: Aktif………………………………… Sedanter (Sakin)………………………………………………

Düzenli olarak egzersiz/spor yapıyor mu? (yürüyüş, yüzme vb.)

Yorgunluk hali: ……………………………………

Aktiviteyi tolere etme durumu:…………………………………………………………………………..

Ekstremite kaybı:

Hasta kendi kendine kolaylıkla hareket edebiliyor mu?(Dönme, Yürüme) …………………………………………………

Denge: Normal…….. Ayakta duramama…… Sendeleme……. Tanımlayınız………………………………………………………

Postür: Normal……….. Kifoz…… Lordoz………

Şekil bozukluğu (kontraktür, eklem kısıtlılığı, çekilme, kasılma vb):

Kullandığı hareket yardımcıları (Walker, Kolyuk Değneği, vb.):

Tremor: Hayır…………… Evet………………

Paralizi: Hayır…………… Evet ……………… Yeri……………………… Total...........................

**Hemşirelik Tanısı:**

**9. ÇALIŞMA VE EĞLENME AKTİVİTESİ**

Geliri giderini karşılıyor mu?................................. Yaptığı meslek/iş:…………………………………………………………

Çalışma durumu:…..…………..…………saat/gün Hiç çalışmıyor…………………

Boş zamanlarını değerlendirme biçimi:…………………………………………………………

Son bir aydır sağlık sorununa bağlı olarak normal günlük işleri aksadı mı? ……..................................

Son bir aydır fiziksel sağlığı ve ruhsal sorunları sosyal aktivitelerini/hobilerini engelledi mi? …….....................................

Çalışıyorsa, son 6 aydır sağlığı yüzünden işe gidemediği oldu mu? ………………………………………………

**Hemşirelik Tanısı:**

**10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME AKTİVİTESİ**

**Erkek:**

Kendi kendinize testis/Meme muayenesi yapıyor mu? Hayır…….. Evet……… Hangi sıklıkla:……...........................

Normal olmayan kızarıklık, kanama veya akıntı:

 Herhangi bir cinsel sorunu var mı?

Prostat ile ilgili sorun

Beden İmajı: Benlik Saygısı:

|  |
| --- |
| **Kadın:**Kendi kendine meme muayenesi yapıyor mu? Hayır……… Evet……… Hangi sıklıkla:……................................Menstruasyon siklüsü: ( )Düzenli ( )Düzensiz Kullandığı ürünün (ped, bez vb.) gün içindeki sayısı……………………Sorun (ağrı, fazla miktarda kanama) Hayır………………. Evet………… Tanımlayınız……………………………………………..Kaç hamilelik geçirmiş?Menopoza girdi ise ne zaman?Normal olmayan vajinal kanama veya akıntı:Herhangi bir cinsel sorunu var mı? |

Görüşmede sorunları cevaplama durumu:

( ) Girişken……… ( ) Çekingen………….. ( )Utangaç……………( )Saldırgan…………

Beden imajı: Benlik Saygısı:

**Hemşirelik Tanısı:**

**11. UYKU VE DİNLENME**

Genel uyku alışkanlıkları: Gece…………….sa/Gün………… Gündüz………………Sa/Gün.

Şekerleme yapıyor mu? ………………………………

Kendini dinlenmiş hissediyor mu? ……………….……………………… Gün boyunca uyku hali var mı? …………………………………………………

 -Uykuya dalmada güçlük: Hayır………… Evet……….. Nedeni…………………………………………………

 -Gece uyanma: Hayır………… Evet……….. Nedeni…………………………………………………

 -Erken uyanma: Hayır………… Evet……….. Nedeni…………………………………………………

 -Uykusuzluk: Hayır………… Evet……….. Nedeni…………………………………………………

( ) Davranış/Performansta Değişiklikler ( ) İrritabilite ( )Ajitasyon ( ) Laterji

( ) Laterji ( ) Rahat Edememe ( ) Sık Esneme ( ) Göz Çevresinde Morluk

( ) Dikkat Süresinde Azalma ( ) Dinlenmiş Bir Görünüm ( ) Yürürken Yorgunluk Hali

**Hemşirelik Tanısı:**

**12. ÖLÜM**

Terminal dönem:

Bilgi gereksinimi:

Ailenin desteklenmesi:

Spritüel (dinsel/manevi) gereksinimler:

Palyatif bakım:

Ağrı:

Kabullenme:

**Hemşirelik Tanısı:**

**GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ (ÖZET)**

**Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi:**

**İletişim:**

**Solunum:**

**Beslenme:**

**Boşaltım:**

**Kişisel Temizlik Giyinme:**

**Vücut Sıcaklığını Kontrol Etme:**

**Hareket:**

**Çalışma ve Eğlence:**

**Cinselliği İfade Etme:**

**Uyku:**

**Ölüm:**

**HEMŞİRELİK BAKIM PLANI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*GYA** | **TANIMLAYICI ÖZELLİKLER (Semptom)** | **ETYOLOJİ** | **HEMŞİRELİK TANISI** | **AMAÇ/****BEKLENEN HASTA SONUÇLARI** | **HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ**(Planlanan girişimlerden yapılanların başına **X** koyunuz) | **DEĞERLENDİRME** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Not:** Tablo gerektiği kadar uzatılabilir.

**\*GYA:** Roper, Logan ve Tierney **Günlük Yaşam Aktiviteleri** **(GYA)** Modeli

1. Hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama ve sürdürme
2. İletişim
3. Solunum
4. Yeme içme
5. Boşaltım
6. Kişisel temizlik ve giyinme
7. Beden ısısının kontrolü
8. Hareket
9. Çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme
10. Cinselliği ifade
11. Uyku
12. Ölüm