



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

Doküman Kodu:HB.FR.03

Yayın Tarihi : 22.07.2016

Revizyon Tarihi:

Revizyon No : 00

### HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

Adı Soyadı:		Yatış Tarihi:	...../...../20....	Cinsiyeti:	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	Eğitimi:		Medeni Durumu	
Protk. No:		Yatış Saati:	.....	Yaş:		Boy:		Kilo:	
Birime Geliş Şekli:	<input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Sedyeye <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye								

Allerjisi:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Belirtiniz .....								
Kronik Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Diğer:.....								

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR	YANINDA GETİRDİĞİ İLAÇLAR

Ailesel Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (belirtiniz).....								
----------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Geçirilmiş Hastalıklar/Operasyonlar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Belirtiniz.....								
-------------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Sürekli Kullandığı	<input type="checkbox"/> Diş Protezi <input type="checkbox"/> Kalp Pili <input type="checkbox"/> Kalp Kapakçığı <input type="checkbox"/> Diğer:.....								
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kan Grubu:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Rh (+) <input type="checkbox"/> Rh (-)								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> Hasta bilekliği takıldı	<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> sistemi <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Yatak kenarlıkları yukarıda	Pencereler <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Yatak başı düzeni sağlandı	Yatak frenleri <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı
	Refakatçi gereksinimi <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok

Beslenme	<input type="checkbox"/> Kendisi Besleniyor	<input type="checkbox"/> Yardıma ihtiyacı var	<input type="checkbox"/> Diğer(Belirtiniz).....
----------	---	---	---

#### FİZİKSEL,RUHSAL VE SOSYAL DEĞERLENDİRME

Fiziksel Durum	Puan	Mental Durum	Puan	Aktivite	Puan	Mobilite	Puan	İnkontinans	Puan	TOPLAM
İyi	4	Açık	4	Yürüyor	4	Tam	4	Yok	4	
Orta	3	Apatik	3	Yardımla yürüyor	3	Hafif kısıtlı	3	Bazen	3	
Zayıf	2	Konfüze	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok kısıtlı	2	Genellikle/idrar	2	
Çok kötü	1	Stupor	1	Stupor	1	İmmobil	1	İdrar ve Gaita	1	

RISK ÖLÇÜMÜ	<input type="checkbox"/> Risk yok(12 ve ↑ ) <input type="checkbox"/> Yüksek Risk(1-11)								
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

KISITLAMA İHTİYACI										
Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali varmı?				<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet			Evet ise ilgili formu doldurunuz.			

AĞRI SKALASI					
1	2	3	4	5	6
0 YOK	1-2 ÇOK AZ	3-4 BİRAZ FAZLA	5-6 ÇOK	7-8FAZLA	9-10DAYANILMAZ

İlk değerlendirme	Post op Dönem	Taburculuk
-------------------	---------------	------------