|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ADI SOYADI : | | | | YATIŞ TARİHİ ..../..../20.. CİNSİYETİ : K **O** E **O** | | | | | |
| T.C. NO: | | | | YATIŞ SAATİ : : | | | | | |
| PROTOKOL NO : |  |  |  | YAŞ : BOY : KİLO : EĞİTİMİ : | | | | |  |
| SERVİSE GELİŞ ŞEKLİ : YÜRÜYEREK **O** SEDYE İLE **O** TEKERLEKLİ SANDALYE İLE **O** | | | | | | | | | |
| BİLİNEN ALERJİSİ: YOK **O** VAR **O** VAR İSE BELİRTİNİZ : | | | | | | |  |  |  |
| KRONİK HASTALIKLAR: YOK **O** DM **O** HT **O** KOAH **O** KALP YETMEZLİĞİ **O** KBY **O** | | | | | | | | | |
| DİĞER **O** | | | | | | | | | |
| AİLESEL HASTALIKLAR: YOK **O** VAR **O** İSE BELİRTİNİZ : ……………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
|
| GEÇİRİLMİŞ HASTALIKLAR/OPERASYONLAR: YOK **O** VAR İSE BELİRTİNİZ.......................................................................................................... | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ALIŞKANLIKLARI SİGARA **O** ALKOL **O** MİKTAR DİĞER........................................................................................ | | | | | | | | | |
| SÜREKLİ KULLANDIĞI: DİŞ PROTEZİ O KALP PİLİ VEYA KAPAKCIĞI O DİĞER | | | | | | | | | |
| KAN GRUBU : |  | A **O** | B **O** | AB **O** | 0 **O** | RH + **O** | RH - **O** | | |
| **HASTA VE HASTA YAKINI GÜVENLİ ÇEVREYİ SAĞLAMA EĞİTİMİ** | | | | | | | | | |
| HASTA BİLEKLİĞİ TAKILDI **O** | | | | | | O2 SİSTEMİ AÇIK **O**  KAPALI **O** | | | |
| YATAK KENARLIKLARI YUKARIDA **O** | | | | | | PENCERELER AÇIK **O** KAPALI **O** | | | |
| YATAK BAŞI DÜZENİ SAĞLANDI **O** | | | | | | YATAK FRENİ AÇIK **O** KAPALI **O** | | | |
|  | | | | | | REFAKATÇİ İHTİYACI VAR **O** YOK **O** |  |  |  |
| BESLENME İHTİYACI: KENDİ BESLENİYOR **O** YARDIMA İHTİYACI VAR **O** DİĞER:................................. | | | | | | | | | |
| İZOLASYON İHTİYACI VAR **O**  YOK **O** | | | | | | | | | |
| **FİZİKSEL, RUHSAL VE SOSYAL DEĞERLENDİRME** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| RİSK ÖLÇÜMÜ  **O** RİSK YOK (12 VE ↑ ) **O**  RİSK VAR ( 1- 11 ) **O** | | | | | | | | | |
| **KISITLAMA İHTİYACI** | | | | | | | | | |
| HASTANIN KENDİSİNE VE ETRAFINA EVET **O** EVET İSE, KISITLAMA ALTINDAKİ HASTA | | | | | | | | | |
| ZARAR VERME İHTİMALİ VARMI ? HAYIR **O** TALİMATI UYGULANIR ! | | | | | | | | | |
| **GEREKTİĞİNDE İLETİŞİM KURULACAK KİŞİLER** | | | | | | | | | |
| ADI SOYADI: YAKINLIĞI: TEL. NO : | | | | | | | | | |
| ADI SOYADI: YAKINLIĞI: TEL. NO : | | | | | | | | | |
| **SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR** | | | | | | | | | |
| 1) 3) | | | | | | | | | |
| 2) 4) | | | | | | | | | |
| **HASTANIN SÜREKLİ KULLADIĞI İLAÇLARDAN TESLİM ALINANLAR** | | | | | | | | | |
| 1) 3) | | | | | | | | | |
| 2) 4) | | | | | | | | | |
| TESLİM EDEN ADI SOYADI: | | | | | TESLİM ALAN ADI SOYADI: | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| **TABURCU OLURKEN HASTAYA İADE EDİLEN İLAÇLAR** | | | | | | | | | |
| 1) 3) | | | | | | | | | |
| 2) 4) | | | | | | | | | |
| TESLİM EDEN ADI SOYADI: | | | | | TESLİM ALAN ADI SOYADI: | | | | |
| İMZA |  | | | | İMZA |  | | | |
| İLK TAKİP : | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| KABUL EDEN HEMŞİRE: | | |  |  |  |  |  |  |  |