



# İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ HASTA TANILAMA FORMU

Protokol No:

Yatış Tarihi/ Saati:

Form, erişkin ve çocuk hastaların birime kabulünden itibaren 8 saat içinde, hemşire tarafından doldurulur.

Hasta Adı Soyadı:

Yaşı:

Ulaşılabilecek Telefon:

Tıbbi Tanı:

Cinsiyeti :  Kadın  Erkek

Medeni Durumu (Erişkin hasta için):  Evli  Bekar

Çocuk Sayısı :

Eğitim Durumu:

Kan Grubu :

Geliş Şekli	Geldiği Yer	Bilinç Durumu	İletişim
<input type="checkbox"/> Ambulans <input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye <input type="checkbox"/> Refakatçi ile <input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Diğer .....	<input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Diğer .....	<input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Konfüze <input type="checkbox"/> Kapalı <input type="checkbox"/> Diğer .....	<input type="checkbox"/> Sorun Yok <input type="checkbox"/> Türkçe Bilmiyor <input type="checkbox"/> Konuşma Güçlüğü <input type="checkbox"/> Diğer: .....
Bulaşıcı Hastalıkları	Alerjileri	Protezleri	Dişkılama Alışkanlıkları
<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Hepatit C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Diğer: .....	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Besin Alerjisi: ..... <input type="checkbox"/> Transfüzyon Reaksiyonu <input type="checkbox"/> İlaç Alerjisi: ..... <input type="checkbox"/> Diğer: .....	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Kontak Lens <input type="checkbox"/> Diş Protezi <input type="checkbox"/> İşitme Cihazı <input type="checkbox"/> Kardiyak İmplant <input type="checkbox"/> Kalıcı Pace <input type="checkbox"/> Eklem Protezi <input type="checkbox"/> Total Kalça Protezi <input type="checkbox"/> Diğer: .....	<input type="checkbox"/> Günde 1 kez <input type="checkbox"/> Günde 2 kez <input type="checkbox"/> Günde 2 den fazla <input type="checkbox"/> 2 günde 1 kez <input type="checkbox"/> Kabızlık <input type="checkbox"/> Diğer .....
Oral Mukozit Risk Değerlendirme	Bası Yarası Risk Değerlendirme		
<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Risk Puanı:.....	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Risk Puanı:.....		
Alışkanlıkları	Uyku Düzeni	Fiziksel Bağımsızlık Durumu	Bilgilendirme / Oryantasyon
<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Sigara <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> İlaç Bağımlılığı <input type="checkbox"/> Diğer .....	<input type="checkbox"/> 8 saatten az <input type="checkbox"/> 8 saat <input type="checkbox"/> 8 saatten fazla <input type="checkbox"/> Diğer .....	<input type="checkbox"/> Bağımlı <input type="checkbox"/> Yarı Bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Sağlık Ekibi ve Servis İşleyişi <input type="checkbox"/> Hasta Yatağı Kullanımı <input type="checkbox"/> Kahvaltı ve Yemek Saatleri <input type="checkbox"/> Telefon Kullanımı <input type="checkbox"/> Hemşire Çağrı sistemi <input type="checkbox"/> Hasta ve Yakınının uyması Gerekten Kurallar <input type="checkbox"/> Ziyaret Saatleri ve Kuralları <input type="checkbox"/> Tuvalet Banyo <input type="checkbox"/> Acil Durum Planı
Beslenme			
Beslenme Risk Puanı:..... <input type="checkbox"/> Boy- kilosu ölçülebilen hastalarda (NRS-2002) <input type="checkbox"/> Boy- kilosu ölçülemeyen hastalarda (NRS-2002)			

HASTANIN ŞİKÂYESİ / HİKAYESİ :

HASTANIN ÖZGEÇMİŞİ : (Kronik/Konjenital Hastalıkları/ Geçirilmiş Ameliyatları/psikiyatrik hastalık öyküsü, geçmişte intihar girişimi var mı ?)

HASTANIN SOYGEÇMİŞİ :

Anne :  DM  Hipertansiyon  Kanser/Tümör  Psikiyatrik Hastalık  Diğer.....

Baba :  DM  Hipertansiyon  Kanser/Tümör  Psikiyatrik Hastalık  Diğer.....

KULLANDIĞI İLAÇLAR VE DOZU:

Kullanılan İlacın Adı	Günde Kaç Kez/ Kaç Adet Alacak	Alış saatleri	İlaç Hastanın Yanında	Kullanılan İlacın Adı	Günde Kaç Kez/ Kaç Adet Alacak	Alış saatleri	İlaç Hastanın Yanında
			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

YAŞAM BULGULARI:	TA:..... mmHg	Nabız:...../dk	Beden Sıcaklığı: ..... °C	Solunum: ...../dk
ÖLÇÜMLER:	Boy:	Kilo:	Diğer:	Ağrı :

DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN HEMŞİRE:

TARİH / SAAT:

“Geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar girişimi düşüncesi veya öyküsü olan hastalar için psikiyatriden konsültasyon istenir.”