



**İÜ**  
**ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**HASTA BİLGİLENDİRME VE ÇIKIŞ FORMU**

Hasta Adı, Soyadı:

Protokol No:

Tanı:

**Çıkış Bilgileri**

**Gideceği Yer** :  Ev  Huzurevi  Başka bir hastane   
**Çıkış Şekli** :  Tekerlekli sandalye  Yürüyerek  Sedyeye   
**Evde Bakım Şekli** :  Aile yardımı  Yalnız/yardımsız  Özel hemşire

**Kullanılacak ilaçlar**

	Kullanılan İlacın Adı	Günde kaç kez	Kaç Adet Alacak	Aç	Tok	Alış saatleri	Uyarılar ve önlemler
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Hastanın dışarıdan getirdiği ilacı var mıydı?  Varsa ilaçları hastaya teslim edildi mi?  Evet  
(Bkz. Hastanın Dışarıdan Getirdiği İlaçlar Teslim Formu)

**Beslenme**

Onkoloji Hastalarının Beslenme Desteği broşürü verildi mi?  Evet  Hayır (Hayır ise Nedeni:.....)  
 Normal gıda  Özel Diyet

**Bakıma Yönelik Eğitim Gereksinimi**

- Ağrı yönetimi (Açıklayınız)
- Beslenme NG/GST - Sıvı Alımı (Açıklayınız)
- İnvaziv girişimler (Açıklayınız)
- Kateterler (IV,port, hemovak vb) (Açıklayınız)
- Üriner katater (Açıklayınız)
- Yara bakımı (bası yarası - kolostomi, ileostomi, ürostomi - trakeostomi) (Açıklayınız)
- Cerrahi yara enfeksiyon bulguları (akıntı, ateş, kızarıklık, lokal ısı artışı) (Oluşursa ..... arayınız.)
- Febril nötrojeni bulguları ( 38°C ve üzeri ateş) (Oluşursa ..... arayınız.)(Hasta **çocuk** ise hafta içi 16:00'a kadar 7. Polikliniğe başvurması gerekmektedir. Hafta içi 16:00'dan sonra ve haftasonu **Cerrahpaşa Çocuk Acil'e** başvurunuz.)
- Düşmeyi önleme eğitimi (Açıklayınız)
- Hijyen (Açıklayınız)
- Aktivite / pozisyon (Açıklayınız)
- Kemoterapi (yan etkileri) eğitimi (Açıklayınız)
- Solunum egzersizi/asp./O<sub>2</sub> kullanımı (Açıklayınız)
- Egzersiz eğitimi (Açıklayınız)
- Diğer (Açıklayınız)

**Yardımcı Cihaz ve Ekipman Eğitimi**

Aspiratör  Nebulizatör  Havalı Yatak  Yürümeye Yardımcı Cihaz  
 Diğer..... Uyarı ve Önlemler:.....

**Kontrol Randevusu**

Verildi  Verildi ise Randevu/Kontrol Kartına yazılmış mı ?  Evet  Verilmedi  Nedenini belirtiniz:  
Kontrol randevusuna gelirken yaptırması gereken laboratuvar tahlillerinin istekleri hastaya verildi mi ?  Evet

**Taburcu eden;**

Hekimin Adı Soyadı/İmzası

Hemşirenin Adı Soyadı/İmzası

Tarih/Saat

Formdaki bilgileri anladım, sorularına cevap aldım, formun bir nüshasını aldım.

**Hasta/Hastanın bakımından sorumlu kişi**

Adı Soyadı/İmzası

Tel No:

Yakınlık derecesi

Adres