



İÜ  
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ  
NÖTROPENİ HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Hasta Adı Soyadı :

BARKOD

HEMŞİRELİK TANISI: Nötropeni

Servis- Ünite :

TANIM: Nötrofil sayısının 500/mm<sup>3</sup>'ün altına düşmesi durumuna "Nötropeni/lökopeni" denir.. Bir başka deyişle kemoterapide lökopeni, akyuvar sayısının azlığıdır.

NEDEN	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	HEDEF	UYGULAMA NUMARASI	ULAŞILDI	KİSMEN ULAŞILDI	DEVAM EDİYOR	TARİH	SAAT	İSİM SOYİSİM
1.Kemoterapi 2.Radyoterapi 3.Kemik iliği baskılanması 4.Bağışıklık sistemini baskılayan hastalıklar(lösemi vb.). 5.Alkol bağımlılığı 6.Vitamin eksikliği	1.İlk olarak hastanın başlangıç değerlendirmesi yapılır. 2.Birey enfeksiyona yatkın olduğu için, enfeksiyon oluşmasını önlemeye ilişkin önlemler alınır. 3.Sürekli olarak enfeksiyon kontrolü yapılarak enfeksiyon oluşumunun erken teşhisi sağlanır. 4.Gerekli tıbbi girişimler uygulanır. 5.Hasta ve ailesine gerekli konularda açık ve net bir şekilde eğitim verilir. 6.Hasta ve ailesinin duygu, düşünce ve endişeleri paylaşılarak destek olunur. 7.Çevrenin Düzenlemesi yapılır. (Hasta tek kişilik odaya alınır, ziyaretçiler kısıtlanır, nebülizatör sıvıları günlük değiştirilir vb.) 8.Deri Bütünlüğünün Sağlanmasına destek verilir. 10.Düzenli ağız bakımı yapılır. 11.Yeterli ve Dengeli Beslenmesi sağlanır.	Nötropeni belirti ve bulgularının görülmemesi. Nötropeni belirti ve bulgularının en aza indirilmesi.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		