



T.C.
D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN
DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	AH.FR.12
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2023
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 1/7

Adı Soyadı:			Yatış Tarihi:	/...../20.....
Dosya No:			Yatış Saati:	
Bölüm:			Çıkış Tarihi:	
Cinsiyeti:	☐ Kadın	☐ Erkek	Kullandığı Lisan:	
Yaş:			Eğitimi:	
Kilo:			Mesleği:	
Boy:				
Ön Tıbbi Tanı:				
Alerjisi:	☐ Yok ☐ Var (Varsa Belirtiniz)			
	☐ İlaç ☐ Yiyecek			
	☐ Diğer (Belirtiniz)			
Kronik Hastalıklar:	☐ DM ☐ HT ☐ KOAH ☐ Kalp Yetmezliği ☐ KBY ☐ Diğer			
Ailesel Hastalıklar:	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz)			
Geçirilmiş Hastalıklar/ Operasyonlar:	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz)			
Sürekli Kullandığı	☐ Diş Protezi ☐ Kalp Pili ☐ Kalp Kapakçığı ☐ Diğer			
Kan Grubu:	☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ Rh (+) ☐ Rh (-)			
Daha önce kan transfüzyonu uygulandı mı?	☐ Hayır ☐ Evet			
Evet'se Reaksiyon gelişti mi?:	☐ Hayır ☐ Evet (açıklayınız)			

Gerektiğinde iletişim kurulabilecek kişinin

Adı – Soyadı:		
Yakınlık derecesi:		
Telefon:	Ev:	Cep:
Adres:		



GÜVENLİ ÇEVREYİ SAĞLAMA



T.C.
D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN
DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	AH.FR.12
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2023
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 2/7

TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

☐ Hasta bilekliği takıldı	☐ O2 sistemi	☐ Açık	☐ Kapalı
☐ Hastaya servis tanıtıldı	☐ Pencere	☐ Açık	☐ Kapalı
☐ Hasta odası tanıtıldı	☐ Yatak frenleri	☐ Açık	☐ Kapalı
☐ Yatak kenarlıkları yukarıda	☐ Refakatçi gereksinimi	☐ Yok	☐ Var
☐ Yatak başı düzeni sağlandı			

BASI YARASI RİSKİNİ ÖLÇME (Norton Bası Skalası)

Fiziksel Durum	Puan	Mental Durum	Puan	Aktivite	Puan	Mobilité	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/ıdrar	2	
Çok kötü	1	Stupor	1	Stupor	1	İmmobil	1	İdrar ve gaita	1	

TOPLAM PUAN

RİSK ÖLÇÜMÜ	PUANLAMA	YAPILMASI GEREKEN FAALİYET
RİSK YOK	☐ 12 ve ↑	Haftada bir kez bası yarası riskini yeniden ölçülür
YÜKSEK risk	☐ 1-11	Her gün bası yarası riskini yeniden ölçülür

Bası Yarası Riski Yüksek olan hastaların günlük değerlendirme tablosu.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

KISITLAMA İHTİYACI

Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	☐ Hayır ☐ Evet	(Evet ise Kısıtlama Altındaki Hasta hekimin talimatları doğrultusunda takip edilir.)
--	--	--

İZOLASYON

İhtiyaç var mı?	☐ Yok ☐ Var
Varsa İzolasyon Şekli	☐ Temas ☐ Sıkı Temas ☐ Damlacık ☐ Solunum ☐ Diğer(belirtiniz).....



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN
DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	AH.FR.12
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2023
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 3/7

HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ/ MALZEME

İlaç/ Malzemenin Adı	İlaç/ Malzemenin MİADI	İlaç/ Malzemenin Miktarı	İlaç/ Malzemeyi Teslim Eden imza	İlaç/ Malzemeyi Teslim Alan İmza

HASTAYA İADE EDİLEN İLAÇ/ MALZEME

İlaç/ Malzemenin Adı	İlaç/ Malzemenin MİADI	İlaç/ Malzemenin Miktarı	İlaç/ Malzemeyi Teslim Eden imza	İlaç/ Malzemeyi Teslim Alan İmza

BESLENME

☐ Kendisi besleniyor ☐ Yardıma gereksinimi var ☐ Yemek seçiyor (belirtiniz).....

Beslenme Şekli : ☐ Oral ☐ İ.V ☐ NG ☐ Diğer (belirtiniz)

Son altı ayda istemsiz kilo kaybı var mı?: ☐ Hayır ☐ Evet (Açıklayınız).....

İLETİŞİM

İŞİTME / KONUŞMA	GÖRME	RUHSAL	SOSYAL
☐ Konuşabiliyor	☐ Görüyor	☐ Sorun Yok	☐ Sorun Yok
☐ Konuşamıyor	☐ Görmüyor	☐ Sedasyon	☐ Etrafındakilerle iletişim kurmuyor.
☐ Duyuyor	☐ Kızarıklık	☐ Endişeli	☐ Kendini İfade Edemiyor
☐ Az Duyuyor	☐ Akıntı	☐ Ajite	☐ Okuma Alışkanlığı Yok
☐ Duymuyor	☐ Şaşılık	☐ Diğer(Belirtiniz).....	☐ Radyo, TV Alışkanlığı Yok
☐ İşitme Cihazı	☐ Lens		☐ Diğer.....
☐ Diğer.....	☐ Protez Göz		

KARDİYO VASKÜLER

- ☐ Sorun Yok
- ☐ Siyanoz
- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Göğüs Ağrısı
- ☐ Çarpıntı
- ☐ Diğer.....

SOLUNUM

- ☐ Sorun Yok
- ☐ Hemoptizi
- ☐ Siyanoz
- ☐ Hırıltı
- ☐ Balgam (Belirtiniz).....
- ☐ Öksürme (Belirtiniz).....



T.C.
D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN
DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	AH.FR.12
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2023
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 4/7

BOŞALTIM	
ÜRİNER	GASTROİNTESTİNAL
☐ Sorun Yok ☐ Anüri ☐ İnkontinans ☐ Hematüri ☐ Dizüri ☐ Diğer (Belirtiniz).....	☐ Sorun Yok ☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Melena ☐ Hematemez ☐ İshal:.....günde.....kez ☐ Konstipasyon:.....günde.....kez ☐ Diğer (Belirtiniz):.....
UYKU	HAREKETLİLİK
Günde.....saat uyur. ☐ Düzenli ☐ Düzensiz ☐ Uyuma güçlüğü ☐ Diğer (Belirtiniz).....	☐ Sorun Yok ☐ Dengesizlik/Kuvvetsizlik ☐ Felç ☐ Baston ☐ Yürüteç ☐ Protez
KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME	
CİLT	AĞIZ/DİL
☐ Sorun Yok ☐ Soluk ☐ Nemli ☐ Kuru ☐ Kızarıklık ☐ Kaşıntı ☐ Döküntü	☐ Sorun Yok ☐ Aft ☐ Pashı dil ☐ Diş çürüğü ☐ Diğer(belirtiniz).....

	T.C. D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	AH.FR.12
		Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2023
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	--
		Sayfa No	Sayfa 5/7

İtaki DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ (16 yaş üstü hastalarda uygulanır)

1-İlk Değerlendirme 2-Post-Op Dönem 3-Hasta Düşmesi 4-Bölüm Değişikliği 5.Durum Değişikliği

RİSK FAKTÖRLERİ			DEĞERLENDİRME				
			Değerlendirme Numarası				
							
			TARİH	TARİH	TARİH	TARİH	TARİH
			.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...
Minör Risk Faktörleri	1	65 yaş ve üstü	1	1	1	1	1
	2	Bilinci kapalı	1	1	1	1	1
	3	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1	1	1	1	1
	4	Kronik hastalık öyküsü var.*	1	1	1	1	1
	5	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe(yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	1	1	1	1	1
	6	Üriner/fekal kontinans bozukluğu var.	1	1	1	1	1
	7	Görme durumu zayıf.	1	1	1	1	1
	8	4'den fazla ilaç kullanımı var.	1	1	1	1	1
	9	Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1	1	1	1	1
	10	Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1	1	1	1	1
	11	Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1	1	1	1	1
Majör Risk Faktörleri	12	Bilinci açık koopere değil.	5	5	5	5	5
	13	Ayakta / yürürken denge problemi var.	5	5	5	5	5
	14	Baş dönmesi var.	5	5	5	5	5
	15	Ortostatik hipertansiyonu var.	5	5	5	5	5
	16	Görme engeli var.	5	5	5	5	5
	17	Bedensel engeli var	5	5	5	5	5
	18	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5	5	5	5	5
	19	Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5	5	5	5	5
TOPLAM							



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN
DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	AH.FR.12
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2023
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 6/7

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU

Düşük Risk	Toplam Puanı 5'in altında
Yüksek Risk	Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde (Dört yapraklı yonca figürü kullanılır) (Yatak kenarlarına yastık konulur, Hasta yalnız bırakılmaz, Yemek masası, etejer sandalye, hastanın yatağına yakın yerleştirilir, Islak zemin var ise silinmesi sağlanır, Önlemler yetersizse hekim istemiyle hasta kısıtlanır)



NOT: Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.

DÜŞME RİSK ÖLÇEĞİ BİLGİLENDİRME TABLOSU

*Kronik Hastalıklar	**Hasta Bakım Ekipmanları	***Riskli İlaçlar
➤ Hipertansiyon ➤ Diyabet ➤ Dolaşım Sistemi Hastalıkları ➤ Sindirim Sistemi Hastalıkları ➤ Artrit ➤ Paralizi ➤ Depresyon ➤ Nörolojik Hastalıklar	➤ IV İnfüzyon ➤ Solunum Cihazı ➤ Kalıcı Kateter ➤ Göğüs Tüpü ➤ Dren ➤ Perfüzör ➤ Pacemaker vb.	➤ Psikotropikler ➤ Narkotikler ➤ Benzodiazepinler ➤ Nöroleptikler ➤ Antikoagülanlar ➤ Narkotik Analjezikler ➤ Diüretikler/Laksatifler ➤ Antidiyabetikler ➤ Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) ➤ Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar

HARİZMİ DÜŞME RİSK ÖLÇEĞİ (0-16 yaş grubu hastalarda uygulanır)

1-İlk Değerlendirme 2-Post-Op Dönem 3-Hasta Düşmesi 4-Bölüm Değişikliği 5-Durum Değişikliği

RİSK FAKTÖRLERİ		DEĞERLENDİRME				
		Değerlendirme Numarası				
						
		Tarih	Tarih	Tarih	Tarih	Tarih
1	Nörolojik hastalığı/semptomu var	5	5	5	5	5
2	Oksijenlenme değişikliği var.	5	5	5	5	5
3	Düşme riski açısından özellikli hastalığı / semptomu var	15	15	15	15	15
4	Hasta uygun yatakta yatırılmıyor.	5	5	5	5	5
5	Görme engeli var.	5	5	5	5	5
6	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.	5	5	5	5	5
7	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği) ihtiyaç var.	5	5	5	5	5
8	Hasta post-op ilk 48 saatlik dönem.	5	5	5	5	5
9	Riskli ilaç kullanımı var.	5	5	5	5	5
TOPLAM PUAN						
Değerlendirmeyi Yapan Hemşire						

	T.C. D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	AH.FR.12
		Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2023
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	--
		Sayfa No	Sayfa 7/7

YÜKSEK RİSK: Toplam puanı 15 ve üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilmeli ve bu hastalarda Dört Yapraklı Yonca sembolü kullanılmalı. (Yatak kenarlarına yastık konulur, Hasta yalnız bırakılmaz, Yemek masası, etejer sandalye, hastanın yatağına yakın yerleştirilir, Islak zemin var ise silinmesi sağlanır, Önlemler yetersizse hekim istemiyle hasta kısıtlanır)

HARİZMİ DÜŞME RİSK ÖLÇEĞİ BİLGİLENDİRME TABLOSU

Nörolojik Hastalıklar/Semptomlar	Oksijenlenme Değişiklikleri	Özellikli Hastalıklar/Semptomlar
➤ Epilepsi ➤ Mental Retardasyon ➤ Konvülsiyon ➤ Denge bozukluğu ➤ Kooperasyon bozukluğu vb.	➤ Solunum Hastalıkları ➤ Dehidratasyon ➤ Anemi ➤ Anoreksi ➤ Senkop ➤ Baş Dönmesi ➤ Asidoz ➤ Ödem ➤ Hipotansiyon vb.	➤ Cam Kemik Hastalığı ➤ Hemofili ➤ Trombositopeni ➤ İdiopatik Trombositopenik Purpura
Hastane yönetimi tarafından hastanın yaşına, genel durumuna, boy-kilo vb. özelliklerine göre uygun yatak tanımlaması yapılmalıdır.		
Hasta Bakım Ekipmanları	Riskli İlaçlar	
➤ IV İnfüzyon ➤ Solunum Cihazı ➤ Kalıcı Kateter ➤ Dren ➤ Perfüzör ➤ Pacemaker vb.	➤ Hipnotikler ➤ Barbitüratlar ➤ Nöroleptikler ➤ Antidepresanlar ➤ Laksatifler/Diüretikler ➤ Narkotikler ➤ Kemoterapötikler ➤ Sedatifler ➤ Antihipertansifler ➤ Antidiyabetikler	

TABURCULUK EĞİTİMİ

Taburculuk esnasında yardıma ihtiyacı var mı?	☐ Hayır ☐ Evet (belirtiniz).....
Taburculuk esnasında görüşmesi gereken birim var mı?	☐ Hayır ☐ Evet (belirtiniz).....
Evde Bakım İhtiyacı var mı?	☐ Hayır ☐ Evet (belirtiniz).....
*Gereksinim saptanan konu ile ilgili sosyal servis birimindenkişi iletarih.....saatte görüşüldü.	

GÖRÜŞME YAPILAN KİŞİ

Adı Soyadı:

Tarih:...../...../.....

Saat:

İmza:

GÖRÜŞMEYİ YAPAN HEMŞİRE

Adı Soyadı:

Tarih:...../...../.....

Saat:

İmza: