



HASTANIN

■ Adı, Soyadı:	■ Hasta ID No:	■ Kan Grubu:
■ Cinsiyeti: ☐ K ☐ E	■ Bölüm:	■ Oda No:
■ Doğum Tarihi:/...../.....	■ Servise Kabul tarihi:	■ Saati:
■ Sosyal Güvencesi: ☐ Ücretli Hasta ☐ Devlet Sevki ☐ Kurum İndirimli ☐ Özel Sigorta ☐ SGK		
■ Yaş:	■ Kilo:	■ Boy:
■ Medeni Hali: ☐ Evli ☐ Bekar		
■ Eğitimi:		■ Mesleği:
■ İletişim Engeli: ☐ Yok ☐ Var:		■ Tercüman Gerekсинimi ☐ Yok ☐ Var

■ Gerekliğinde İletişim Kurulabilecek Kişi ve Telefonu:

■ Birime Geldiği Yer:	☐ Ev	☐ Yoğun bakım	☐ Acil	☐ Diğer:
■ Birime Geliş Şekli:	☐ Yürüyerek	☐ Tekerlekli Sandalye	☐ Sedye	☐ Diğer:
■ Bilinç Durumu:	☐ Açık	☐ Bulanık/Konfüze	☐ Kapalı	☐ Diğer:

■ Yaşam Bulguları:

► Vücut Isısı: ____°C ► Nabız: ____dk ► Solunum: ____dk ► Kan Basıncı: ____mmHg ► SPO2 : ____

► Ağrı ☐ Yok ☐ Var ► Yeri- Niteliği: ► Ağrı puanı*

* : Hastanın ağrısı protokol doğrultusunda uygun skala kullanılarak puanlanır.

■ ÖN TANI/TANI:

■ HASTANIN - HİKÂYESİ:

■ Geçirdiği Hastalıklar: ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz):

■ Geçirdiği Ameliyatlar: ☐ Yok ☐ Var (Ameliyat-Tarih belirtiniz):

■ Kan transfüzyonu uygulandı mı? ☐ Hayır ☐ Evet

■ Bilinen Alerjiler: ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz):

■ Bilinen Alışkanlıklar: ☐ Yok ☐ Var (Süre ve sıklıkla beraber belirtiniz):

☐ Sigara: ☐ Madde: ☐ Alkol : ☐ Diğer :

■ Soy geçmiş - Özellik: ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz):

■ Sürekli Kullandığı İlaç: ☐ Yok

İlacın Adı	Dozu	Kullanım Şekli	Son Kullanım Saati	İlacın Adı	Dozu	Kullanım Şekli	Son Kullanım Saati
1				4			
2				5			
3				6			

■ İlaçları yanında mı: ☐ Hayır ☐ Evet ► **Evet ise:**

☐ Hemşire tarafından teslim alındı **Hastanın Dışarıdan Getirdiği İlaçların Teslim Ve İade Formu'na** kayıt edildi.

☐ Hekime bilgi verildi

■ İlaçlarını almayı unuttuğu oluyor mu? ☐ Hayır ☐ Evet(nedeni):

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

■ Bitkisel Tedavi Alıyor mu? ☐ Hayır ☐ Evet (belirtiniz):

NUTRİSYONEL RİSK DEĞERLENDİRMESİ (NRS-2002 NUTRİSYONEL RİSK SKORU)

ÖN DEĞERLENDİRME * sorulardan biri "evet" ise esas değerlendirme yapılır.

Vücut Kitle endeksi (VKİ) <20,5 kg7m ²	☐ Evet ☐ Hayır	Hasta Son 3 ayda kilo kaybetti mi?	☐ Evet ☐ Hayır
Geçen hafta gıda alımında azalma oldu mu?	☐ Evet ☐ Hayır	Hasta ileri derecede hasta mı?	☐ Evet ☐ Hayır

ESAS DEĞERLENDİRME

BESLENME DURUMUNDAKİ BOZULMA	PUAN	HASTALIK ŞİDDETİ	PUAN
Normal beslenme durumu	0 (yok)	Normal beslenme durumu	0 (yok)
3 ayda >%5 kilo kaybı veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %50-75'inin altında	1 (hafif)	Kalça fraktürü, özellikle akut komplikasyonları olan kronik hastalar:siroz, KOAH, kronik hemodiyaliz, diyabet, onkoloji	1 (hafif)
2 ay içinde kilo kaybı >%5 veya VKİ 18,5-20,5 +genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %25-50'si	2 (orta)	Majör abdominal cerrahi, inme, şiddetli pnömoni, hemorajik malignite	2 (orta)
1 ay içinde kilo kaybı > %5 (3 ayda >%15) veya VKİ <18,5 + genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal ihtiyacının %0-25'i	3 (şiddetli)	Kafa travması, kemik iliği transplantasyonu, yoğun bakım hastaları (APACHE >10)	3 (şiddetli)
TOPLAM SKOR	+1, yaşı ≥70	TOPLAM SKOR	



Total Skorun Hesaplanması: İlk önce **Beslenme Durumundaki Bozulma** bölümünün puanı bulunur. Sonra **Hastalık Şiddeti** puanı bulunur. Toplanır. En son olarak da hastanın yaşı 70 yaş ve üstü ise 1 puan daha eklenir. Böylece hastanın **NRS** bulunur.

Puan ≥ 3 : Beslenme riski mevcut, beslenme planı başlatılır. Diyetisyene haber verilir.

Puan < 3 : Haftada bir NRS 2002 değerlendirmesi yapılması gerekir. Eğer büyük bir cerrahi müdahale yapılması planlanıyorsa, olası risklere karşı önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanmalıdır.

SİSTEM SORGULAMASI*

• Kardiyovasküler	☐ Sorun Yok	☐ Var: _____	• Ağız/Dil	☐ Sorun Yok	☐ Var: _____
• Solunum	☐ Sorun Yok	☐ Var: _____	• Görme	☐ Sorun Yok	☐ Var: _____
• Üriner	☐ Sorun Yok	☐ Var: _____	• Uyku Düzeni	☐ Sorun Yok	☐ Var: _____
• Nöroloji	☐ Sorun Yok	☐ Var: _____	• İşitme/Konuşma	☐ Sorun Yok	☐ Var: _____
• Cilt	☐ Sorun Yok	☐ Var: _____	• Protezleri	☐ Yok	☐ Var: _____
• Gastrointestinal	☐ Sorun Yok	☐ Var: _____	• Diğer	: _____	
• Kas iskelet sistemi	☐ Sorun Yok	☐ Var: _____			

* Sistem Sorgulanmasına ilişkin bir ya da daha fazla sorun saptanmış ise doktora haber veriniz.

Dr. _____

haber verildi.

Menstrasyon* ☐ Yok ☐ Var ☐ Sıklık: _____ ☐ Son Adet Tarihi : _____

*: Menarj sonrası kadın hastalarda değerlendirilir.

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ve FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME *

AKTİVİTE	Yapabiliyor	Yardım ile Yapabiliyor	Yapamıyor	AKTİVİTE	Yapabiliyor	Yardım ile Yapabiliyor	Yapamıyor
Yeme /içme	☐	☐	☐	Yataktan Kalkma & Yatağına Dönme	☐	☐	☐
Kişisel Hijyen	☐	☐	☐	Tuvalet İhtiyacını Karşılama	☐	☐	☐
Dengeli Yürüme	☐	☐	☐	Diğer: _____			

*: 65 yaş üstü hastada sistem sorgulama rehberi kullanılarak detaylı değerlendirilmelidir.

DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRMESİ

DEKÜBİT RİSKİ DEĞERLENDİRMESİ

☐ Risk yok ☐ Yüksek Risk ☐ 65 Yaş ↑ ☐ Risk Yok ☐ Düşük Risk ☐ Orta Risk ☐ Yüksek Risk

■ Kısıtlama İhtiyacı ☐ Var ☐ Yok
■ Hasta Kimlik bandı ☐ Var ☐ Yok: _____

■ İhmal- istismar düşündürecek bulgu ☐ Saptanamadı ☐ Saptandı
■ Bakım ve Tedaviyi Etkileyecek Dini/Kültürel Değerler ☐ Saptanamadı ☐ Saptandı
(Sorun saptanmış ise doktora haber veriniz)

■ Bakım ve Tedavi Sürecini Etkileyecek Ekonomik Güçlüğü ☐ Saptanamadı ☐ Saptandı
(Güçlüğü Var ise hasta hizmetleri birimine yönlendiriniz)

HASTA TABURCULUK PLANI

■ Hastalığı Hakkında Bilgisi: ☐ Var ☐ Yok ☐ Kısmen Var
■ Mevcut Yaşam Koşulları: ☐ Yalnız Yaşıyor ☐ Aile ile ☐ Akrabaları ile
☐ Arkadaşları ile ☐ Bakım evi
■ Taburculuktan sonra Gideceği Yer: _____ Basamak sayısı: _____ ☐ Bilinmiyor
■ Öngörülen Taburcu Desteği: ☐ Kişisel Bakım ☐ Ev Bakıcısı ☐ Ulaşım ☐ Oksijen
☐ Diğer: _____
■ Yardımcı Araç- Gereç gereksinimi ☐ Yok ☐ Var: _____

■ Temel Güvenlik Önlemleri Alındı* ☐ Servis Oryantasyonu Sağlandı* ☐

■ Hasta ve yakınlarının hakları ve sorumlulukları kitapçığı verildi, hasta bilgilendirildi ☐

*: Servis Tanıtım Rehberi Doğrultusunda yapılacaktır.

BİLGİ VEREN KİŞİ ☐ Hasta ☐ Hasta Yakını
☐ Diğer (belirtiniz): _____

FORMU DOLDURAN HEMŞİRE

Tarih:

Saat:

Adı, Soyadı:

Adı, Soyadı:

İmza: