



Adı soyadı :
Yaşı :
Cinsiyeti :
Kilosu :
Boyu :
Eğitim durumu :
Meslek :
Medeni hali :
Sosyal güvencesi :
Kim/lerle yaşadığı :
Telefon :
Adres :

Protokol no:
Tıbbi tanısı:
Alerji: Var (Belirtiniz.....) Yok
Kronik hastalıkları:

Kullandığı ilaçlar: :

Geçirdiği ameliyatlar:

Yatış tarihi:

Alışkanlıkları: Sigara Alkol Diğer

PREOPERATİF DEĞERLENDİRME:

ÖZEL DURUMLAR	EVET (Belirtiniz)	HAYIR
Kemoterapi/radyoterapi alma durumu		
Hastanın stoması ve ameliyatı hakkında bilgilendirilme durumu		
Stoma bölgesinin işaretlenmesi		
Hastanın stoma bakımını yapmasına engel olan durum/durumlar		

Tarih:

Stoma Bakım Hemşiresi

POSTOPERATİF İLK DEĞERLENDİRME:

Ameliyatın yapıldığı kurum			
Ameliyat şekli	Acil ☐	Planlı ☐	
Yapılan ameliyat			
Ameliyat tarihi			
Ameliyattan önce kemoterapi/radyoterapialma durumu	Evet (kür ve süresini belirtiniz) Hayır ☐		
Stoma tipi	End ileostomi ☐ Loop kolostomi ☐ Ürostomi ☐ Kontinent ileostomi ☐ Endkolostomi ☐ Turnbull-Cutait işlemi ☐ Loop ileostomi ☐ End jejunostomi ☐ Müköz fistül ☐ Diğer (Belirtiniz.....)		
Stomanın süresi	Kalıcı ☐ Geçici ☐		
Stoma bölgesi	Sol alt kadrant ☐ Sol üst kadrant ☐ Diğer (Açıklayınız) Sağ alt kadrant ☐ Sağ üst kadrant ☐		
Stomanın rengi	Soluk pembe ☐ Kırmızımsı pembe ☐ Siyanotik ☐ Nekrotik ☐		
Stomanın nemi	Nemli ☐ Kuru ☐		
Stomanın yüksekliği	Tomurcuk ☐ Ciltle aynı seviyede ☐ Retrakte ☐ Prolapsus ☐		
Stomanın şekli	Yuvarlak ☐ Oval ☐ Şekilsiz ☐		
Parastomal cilt	Sert ☐ Yumuşak ☐ Çok yumuşak ☐		
Stomanın çapı	 mm		
Bagetin varlığı	Var ☐ Yok ☐		
Kanama	Var ☐ Yok ☐		
Mukokütanöz ayrılma	Yok ☐ Derin (Belirtiniz.....) ☐ Yüzeysel (Belirtiniz) ☐		
Önerilen ürünler	Tek parçalı düz adaptör ☐ Altan boşaltılabilir Tek ☐ parçalı konveks adaptör ☐ Kapalı torba ☐ Çift parçalı düz adaptör ☐ Çift parçalı konveks adaptör ☐		
Yan ürünler	Pasta Pudra Yara örtüsü Cilt bariyeri Kemer Korse Stoma kepTıpa Boşaltılabilir torba Diğer(Belirtiniz)		

Tarih:

Stoma Bakım Hemşiresi