



ÇOCUK YATAN HASTA İLK DEĞERLENDİRME FORMU

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 Sevkli ☐ Kurum İndirimli ☐ Özel Sigorta		
■ Yaş: _____	■ Kilo: _____ kg	■ Boy: _____ cm
■ Baş Çevresi : _____ cm		
■ Eğitimi:	☐ Okul öncesi ☐ Anaokulu ☐ İlköğretim ☐ Lise	
■ Hasta Kol Bandı:	☐ Var (Bilgileri kontrol edildi) ☐ Yok (Açıklayınız) : _____	
■ İletişim Engeli:	☐ Yok ☐ Var	■ Tercüman gereksinimi : ☐ Yok ☐ Var
■ Anne Adı Soyadı:	■ Öğrenim Durumu/ Mesleği:	
■ Baba Adı Soyadı:	■ Öğrenim Durumu/ Mesleği:	
■ Ebeveynlerin Durumu:	☐ Birlikte ☐ Ayrı	_____
■ Annenin Medeni Durumu:	☐ Bekar ☐ Evli	_____
■ Babanın Medeni Durumu:	☐ Bekar ☐ Evli	_____
■ Gerektiğinde İletişim Kurulabilecek Kişi ve Telefonu:		
■ Birime Geldiği Yer:	☐ Ev ☐ Yoğun bakım ☐ Acil ☐ Diğer: _____	
■ Birime Geliş Şekli:	☐ Yürüyerek ☐ Tekerlekli ☐ Sandalye ☐ Sedyeye ☐ Diğer: _____	
■ Bilinç Durumu:	☐ Açık ☐ Bulanık/Konfüze ☐ Kapalı ☐ Diğer: _____	
■ ÖN TANI / TANI:		
■ Vital Bulgular: Vücut Isısı: _____ °C Nabız: _____ dk Solunum: _____ dk Kan Basıncı: _____ mmHg SPO2: _____		
■ Ağrı Puanı: _____ ■ Ağrı Yeri ve Niteliği: _____		
■ HİKAYESİ:		

ÖZ ve SOY GEÇMİŞİ

■ Geçirdiği Hastalıklar:	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz):
■ Geçirdiği Ameliyatlar:	☐ Yok ☐ Var (Ameliyat-Tarih belirtiniz):
■ Kan transfüzyonu uygulandı mı?	☐ Hayır ☐ Evet
■ Ailesel Hastalıklar:	
■ Bilinen Alerjiler:	☐ Yok ☐ Var (belirtiniz): _____
■ Bilinen Alışkanlıklar:	☐ Yok ☐ Var
☐ Sigara: _____	☐ Madde: _____ ☐ Alkol: _____ ☐ Diğer : _____



SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR ☐ Yok

İLAÇ ADI	DOZU	KULLANIM ŞEKLİ	SON KULLANDIĞI SAAT	İLAÇ ADI	DOZU	KULLANIM ŞEKLİ	SON KULLANDIĞI SAAT
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

■ 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

BESLENME

■ Beslenme Şekli: ☐ Anne Sütü ☐ Mama ☐ Ek Besin
☐ Oral ☐ NG ☐ I.V.
☐ Diğer: _____

■ Bitkisel tedavi alıyor mu?
☐ Hayır ☐ Evet

*Aşağıdaki Soruların Herhangi Birine "Evet" cevabı veriliyorsa hastanın diyetisyen tarafından değerlendirilmesi gerekir.

■ Hastalığı nedeniyle özel bir diyet alması gerekiyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır
■ Oral yolla beslenmesine engel bir durum var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
■ Boya göre vücut ağırlığı standart değer %90 altında veya % 120 üstünde mi? ☐ Evet ☐ Hayır

SİSTEMLERİN SORGULANMASI

KARDİYOVASKÜLER

■ Siyanoz ☐ Yok ☐ Var
■ Hipertansiyon ☐ Yok ☐ Var
■ Göğüs Ağrısı ☐ Yok ☐ Var
■ Pretibial Ödem ☐ Yok ☐ Var
■ Taşikardi ☐ Yok ☐ Var
■ Bradikardi ☐ Yok ☐ Var
■ Aritmi ☐ Yok ☐ Var

■ Diğer(belirtiniz): _____

■ Sorun Saptanmadı ☐

SOLUNUM

■ Solunum Güçlüğü ☐ Yok ☐ Var
■ Burun Akıntısı ☐ Yok ☐ Var
■ Hırıltı ☐ Yok ☐ Var
■ Wheezing ☐ Yok ☐ Var
■ Çekilme ☐ Yok ☐ Var

■ Solunum Hızı: _____

■ Öksürük (belirtiniz): _____

■ Balgam (belirtiniz): _____

■ Yardımcı Solunum Araçları (belirtiniz): _____

■ Diğer(belirtiniz): _____

■ Sorun Saptanmadı ☐

ÜRİNER

■ Az idrar çıkarma ☐ Yok ☐ Var
■ Çok İdrar Çıkarma ☐ Yok ☐ Var
■ Hematüri ☐ Yok ☐ Var
■ Dizüri ☐ Yok ☐ Var
■ İnkontinans ☐ Yok ☐ Var
■ Üretral Katater ☐ Yok ☐ Var

Takılış Tarihi: _____

■ Diğer (belirtiniz): _____

■ Sorun Saptanmadı ☐

AĞIZ/DİL

■ Aft ☐ Yok ☐ Var
■ Monilya ☐ Yok ☐ Var
■ Diş çürüğü ☐ Yok ☐ Var

■ Diğer (belirtiniz): _____

■ Sorun Saptanmadı ☐

GÖRME

■ Görme Kaybı: ☐ Yok ☐ Var
■ Kızarıklık ☐ Yok ☐ Var
■ Akıntı ☐ Yok ☐ Var
■ Periorbital Ödem ☐ Yok ☐ Var

■ Diğer (belirtiniz): _____

■ Sorun Saptanmadı ☐

İŞİTME/KONUŞMA

■ Konuşma Engeli ☐ Yok ☐ Var
■ İşitme Engeli ☐ Yok ☐ Var

■ Diğer (belirtiniz): _____

■ Sorun Saptanmadı ☐



NÖROLOJİ

■ Oryantasyon

- ☐ Oryante
☐ Oryante Değil

■ Bilinç

- ☐ Açık
☐ Bulanık
☐ Kapalı

■ Duygusal/Psikolojik

- ☐ Endişeli
☐ Ajite

■ Diğer (belirtiniz): _____

■ Sorun Saptanmadı ☐

CİLT

- | | | |
|---------------|------------------------------|------------------------------|
| ■ Soluk | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Peteşi | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Ekimoz | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Sarılık | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Kuru | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Kızarıklık | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Döküntü | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Kaşıntı | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Nemli | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Ödemli | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Yara | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Dekübit | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Konak | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Enfestasyon | ☐ Yok | ☐ Var |
- (Böcek/haşere sokması)

■ Diğer (belirtiniz): _____

■ Sorun Saptanmadı ☐

GASTROİNTESTİNAL

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ■ Bulantı | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Kusma | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Karın Ağrısı | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ Melena | ☐ Yok | ☐ Var |
| ■ İshal: günde _____ kez | | |
| ■ Konstipasyon: günde _____ kez | | |
| ■ Hematemez | ☐ Yok | ☐ Var |

■ Diğer (belirtiniz): _____

■ Sorun Saptanmadı ☐

*Sistemlerin sorgulanmasına ilişkin bir ya da daha fazla sorun saptanmış ise doktora haber veriniz.
Dr. _____ haber verildi.

PROTEZLERİ

☐ Yok

UYKU DÜZENİ

- | | |
|--|--|
| ☐ Gözlük | ☐ Kalp Pili |
| ☐ İşitme Cihazı | ☐ Ekstremitte protezi |
| ☐ Diğer (belirtiniz): _____ | |

- | |
|--|
| ☐ Düzenli |
| ☐ Düzensiz |
| ☐ Uyuma Güçlüğü |

☐ Uyumayı kolaylaştıran uygulamalar: _____

ÇOCUĞUN GELİŞİMSEL ÖZELLİKLERİ

■ Gülümseme	6 haftada	☐ Yapabildi	☐ Yapamadı: _____
■ Eşya yakalama	5. ayda	☐ Yapabildi	☐ Yapamadı: _____
■ Desteksiz oturma	7. ayda	☐ Yapabildi	☐ Yapamadı: _____
■ Kelime söyleme	11. ayda	☐ Yapabildi	☐ Yapamadı: _____
■ Kısa Cümle Kurma	22. ayda	☐ Yapabildi	☐ Yapamadı: _____
■ Kendini Besleme	18. ayda	☐ Yapabildi	☐ Yapamadı: _____
■ Kendi Kendine Giyinme	4 yaşında	☐ Yapabildi	☐ Yapamadı: _____
■ Mesane Kontrolü	Gündüz	2 yaşında	☐ Yapabildi ☐ Yapamadı: _____
	Gece	3 yaşında	☐ Yapabildi ☐ Yapamadı: _____
■ Yürüme	13. ayında	☐ Yapabildi	☐ Yapamadı: _____

■ Menstruasyon ☐ Yok ☐ Var ■ Sıklık: _____ ■ Son Adet Tarihi: _____



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

ÇOCUK YATAN HASTA İLK DEĞERLENDİRME FORMU

DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRMESİ

- Puan: 6 Yaş ↓ ☐
■ Risk Yok ☐ ■ Yüksek Risk ☐
■ Kısıtlama İhtiyacı ☐ Var ☐ Yok

DEKÜBİT RİSK DEĞERLENDİRMESİ

- Puan:
■ > 5 yaş risk ☐ Yok ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek
■ < 5yaş risk ☐ Yok ☐ Var

HASTA ve YAKINLARININ EĞİTİMİ/TABURCULUK EĞİTİMİ/ PLANI

- Hastalığı Hakkında Bilgisi: ☐ Var ☐ Yok ☐ Kısmen Var
■ Mevcut Yaşam Şekli : ☐ Aile ile birlikte ☐ Akrabalarla ☐ Bakımevinde
■ Evde Bakıma İhtiyacı var mı: ☐ Var ☐ Yok Var ise Kim: _____
■ Öngörülen Taburcu Desteği: ☐ Psikolojik destek ☐ Ulaşım ☐ Solunum ☐ Oksijen
☐ Beslenme ☐ Diğer (belirtiniz): _____
■ Yardımcı Araç- Gereçlere İhtiyaç ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz): _____

- Aile İçi Dinamiklerle İlgili Sorun ☐ Saptandı ☐ Saptanamadı
■ Bakım ve Tedaviyi Etkileyecek Dini/Kültürel Değerler ☐ Saptandı ☐ Saptanamadı
(Sorun saptanmış ise doktora haber veriniz. Dr. _____ haber verildi).
■ Bakım ve Tedavi Sürecini Etkileyecek Ekonomik Güçlüğü ☐ Var ☐ Yok ☐ Bilinmiyor
(Güçlüğü Var ise hasta hizmetleri birimi'ne Yönlendiriniz)

BİLGİ VEREN KİŞİ

FORMU DOLDURAN HEMŞİRENİN

- ☐ Hasta ☐ Hasta Yakını
☐ Diğer (belirtiniz): _____

- Tarih:
■ Saat:

- Adı, Soyadı:
İmza:

- Adı, Soyadı:
İmza: