



HASTANIN

■ Adı, Soyadı:	Tedavinin Planlandığı Başlangıç Tarihi:	 / /
■ Doğum Tarihi: / /	Tedavinin Planlanan Bitiş Tarihi:	 / /
■ Hasta ID No:	Tedavinin Planlanan Gün Sayısı:	
■ Cinsiyeti: ☐ K ☐ E ■ Sosyal Güvencesi: ☐ Ücretli Hasta ☐ Devlet Sevkli ☐ Kurum İndirimli ☐ Özel Sigorta		
■ Yaş: ■ Kilo: ■ Boy:	■ Medeni Hali:	☐ Evli ☐ Bekâr
■ Eğitimi:	■ Mesleği:	
■ İletişim Engeli: ☐ Yok ☐ Var:.....	■ Tercüman Gereksinimi ☐ Yok ☐ Var	
■ Gerektiğinde 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):		
■ Bilinen Alerjiler: ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz):		
■ Daha Önce Radyoterapi Uygulandı Mı? ☐ Hayır ☐ Evet ise (belirtiniz)		
Radyoterapi Tarihi: Uygulama Bölgesi:		
■ Bilinen Alışkanlıklar: ☐ Yok ☐ Var (Süre ve sıklıkla beraber belirtiniz):		
☐ Sigara:_____ ☐ Madde:_____ ☐ Alkol :_____ ☐ Diğer :_____		
■ Soy geçmiş - Özellik: ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz):		



■ Sürekli Kullandığı İlaç: ☐ Yok ☐ Var ise aşağıda belirtiniz.

İlacın Adı	Dozu	Kullanım Şekli	Son Kullanım Saati	İlacın Adı	Dozu	Kullanım Şekli	Son Kullanım Saati
1				7			
2				8			
3				9			
4				10			
5				11			
6				12			

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

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

■ Hastalığı nedeniyle özel bir diyet alması gerekiyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

■ Oral yolla beslenmesine engel bir durum var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

■ Son 6 ayda istem dışı kilo kaybı var mı? ☐ Evet (____ kg) ☐ Hayır

*Yukarıdaki soruların herhangi birine "Evet" cevabı veriliyorsa mutlaka Hekime bilgi verilmesi gerekir.

SİSTEM SORGULAMASI*

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

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

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

*: Menarj sonrası kadın hastalarda değerlendirilir.

HASTA TABURCULUK PLANI

- Hastalığı Hakkında Bilgisi: ☐ Var ☐ Yok ☐ Kısmen Var
- Mevcut Yaşam Koşulları: ☐ Yalnız Yaşıyor ☐ Aile İle ☐ Akrabaları ile
- ☐ Arkadaşları ile ☐ Bakım evi
- Öngörülen Taburcu Desteği: ☐ Kişisel Bakım ☐ Ev Bakıcısı ☐ Ulaşım ☐ Oksijen
- ☐ Diğer _____
- Yardımcı Araç- Gereç gereksinimi ☐ Yok ☐ Var:_____

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

FORMU DOLDURAN HEMŞİRE
Tarih:
Saat:

Adı, Soyadı:

Adı, Soyadı:

İmza: