



TARİH :  
HASTA ADI SOYADI :  
CİNSİYET : KADIN ☐ ERKEK ☐  
DOĞUM TARİHİ :  
BAŞVURU TARİHİ :  
ADRES :  
TELEFON NO :  
İLETİŞİM ENGELİ YOK ☐ VAR ☐

**VİTAL BULGULAR**

VİÜCUT ISISI: NABİZ: SOLUNUM: KAN BASINCI:  
AĞRI : YOK ☐ VAR ☐ YERİ: NİTELİĞİ: PUAN:

**HASTANIN HİKAYESİ**

**HASTANIN GEÇİRMİŞ OLDUĞU AMELİYATLAR:**

ALERJİ YOK ☐ VAR ☐ .....

ALİŞKANLIKLAR YOK ☐ VAR ☐ (SÜRE VE SIKLIKLA BERABER BELİRTİNİZ)

☐ SİGARA ☐ ALKOL ☐ MADDE ☐ DİĞER

KRONİK HASTALIKLAR: YOK ☐ VAR ☐ (BELİRTİNİZ)

1-  
2-  
3-  
4-

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR YOK ☐ VAR ☐ (BELİRTİNİZ)

| İLACIN ADI | DOZU | KULLANIM ŞEKLİ | İLACIN ADI | DOZU | KULLANIM ŞEKLİ |
|------------|------|----------------|------------|------|----------------|
| 1-         |      |                | 5-         |      |                |
| 2-         |      |                | 6-         |      |                |
| 3-         |      |                | 7-         |      |                |
| 4-         |      |                | 8-         |      |                |

**BESLENME ŞEKLİ**

☐ ORAL ☐ IV ☐ DİĞER .....

**GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ**

YATAĞA BAĞIMLILIK : ☐ TAM BAĞIMLI ☐ YARI BAĞIMLI ☐ BAĞIMSIZ

KİŞİSEL BAKIM ☐ KENDİSİ ☐ AİLESİ ☐ BAKICISI ☐ DİĞER .....

**KULLANDIĞI YARDIMCI ARAÇLAR**

☐ TEKERLEKLİ SANDALYE ☐ WC YÜKSELTİCİ ☐ PROTEZ ☐ KOLTUK DEĞNEĞİ /BASTON  
☐ WOLKER ☐ HAVALI YATAK ☐ DİŞ ☐ DİĞER

**BASI YARASI** YOK ☐ VAR ☐ ..... (VAR İSE BASI YARASI DEĞERLENDİRME FORMU DOLDURULUR)

| TARİH | KULLANILAN MALZEMELER | ALINAN TETKİK<br>NUMUNELERİ | İLAÇ UYGULAMALARI | UYGULAMAYI<br>YAPAN |
|-------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|
|       |                       |                             |                   |                     |
|       |                       |                             |                   |                     |
|       |                       |                             |                   |                     |
|       |                       |                             |                   |                     |
|       |                       |                             |                   |                     |
|       |                       |                             |                   |                     |
|       |                       |                             |                   |                     |

Dr. Not ve Önerileri

Dr. Ad Soyad ve İmza

**BİLGİ VEREN KİŞİ**

☐ HASTA

☐ HASTA YAKINI

☐ DİĞER

ADI SOYADI

İMZA

**FORMU DOLDURAN HEMŞİRE**

ADI :

SOYADI :

İMZA :

TARİH :

SAAT :