



HASTANIN

■Adı,Soyadı:	■HastaIDNo:	■Tarih:					
■Cinsiyeti: ☐ K ☐ E	■Tanı:	■Evre:					
■DoğumTarihi:...../...../.....	■Yaş:	■KanGrubu:					
■KemoterapiProtokol :							
■Kilo:■Boy:■VücutYüzeyAlanı:	■MedeniHali: ☐ Evli ☐ Bekar						
■Eğitimi:	■Mesleği:						
■SosyalGüvencesi: ☐ ÜcretliHasta ☐ DevletSevкли ☐ ÖzelSigorta ☐ SGK							
■GerektiğindeİletişimKurulabilecekKişiveTelefonu:							
■BirimeGelişŞekli: ☐ Yürüyerek ☐ TekerlekliSandalye ☐ Sedye ☐ Diğer:.....							
■BilinçDurumu: ☐ Açık ☐ Bulanık/Konfüze ☐ Kapalı ☐ Diğer:.....							
■YaşamBulguları:							
▶ VücutIsısı:___°C ▶ Nabız:___dk ▶ Solunum:___dk ▶ KanBasıncı:___mmHg ▶ SPO2:___							
▶ Ağrı ☐ Yok ☐ Var ☐ Yeri-Niteliği:_____ ☐ Ağrıpuanı*_____							
■HASTANIN-HİKÂYESİ:							
■GeçirdiğiHastalıklar: ☐ Yok ☐ Var(belirtiniz):							
■GeçirdiğiAmeliyatlar: ☐ Yok ☐ Var(Ameliyat-Tarihbelirtiniz):							
■Kantransfüzyonuuygulandı mı? ☐ Hayır ☐ Evet							
■BilinenAlerjiler: ☐ Yok ☐ Var(belirtiniz):							
■BilinenAlışkanlıklar: ☐ Yok ☐ Var(Süreyesıklıkla beraberbelirtiniz):							
☐ Sigara:_____ ☐ Madde:_____ ☐ Alkol:_____ ☐ Diğer:_____							
■Soygeçmiştekanseröyküsü: ☐ Yok ☐ Var(belirtiniz):							
■Dahaöncehiçkemoterapi/Radyoterapialdımı? ☐ Hayır ☐ Evetise ;(sıklık/zaman)							
■Port takıldımı ? ☐ Hayır ☐ Evetise ;(zamanıbelirtiniz)							
■SürekliKullandığıİlaç: ☐ Yok ☐ Var(belirtiniz);							
İlacınAdı	Dozu	Kullanım Şekli	SonKullanımS aati	İlacınAdı	Dozu	KullanımŞekli	SonKullanımSaati
1				4			
2				5			
3				6			
■BitkiselTedaviAlıyormu? ☐ Hayır ☐ Evet(belirtiniz):_____							
■Hastalığınedeniyleözelbirdiyetalmasıgerekliyormu? ☐ Evet ☐ Hayır							
■Oralyollabeslenmesineengelbirdurumvar mı? ☐ Evet ☐ Hayır							
■Son6aydaistemdişikilokaybıvar mı? ☐ Evet(____kg) ☐ Hayır							
*Yukarıdakisorularınherhangibirine"Evet"cevabıveriliyorsa hastanınDiyetisyentarafındandegerlendirilmesigerekir.							



SİSTEMSORGULAMASI*

•Kardiyovasküler	☐ SorunYok	☐ Var:_____	•Ağız/Dil	☐ SorunYok	☐ Var:_____
•Solunum	☐ SorunYok	☐ Var:_____	•Görme	☐ SorunYok	☐ Var:_____
•Üriner	☐ SorunYok	☐ Var:_____	•UykuDüzeni	☐ SorunYok	☐ Var:_____
•Nöroloji	☐ SorunYok	☐ Var:_____	•İşitme/Konuşma	☐ SorunYok	☐ Var:_____
•Cilt	☐ SorunYok	☐ Var:_____	•Protezleri	☐ Yok	☐ Var:_____
•Gastrointestinal	☐ SorunYok	☐ Var:_____	•Diğer :_____		
•Kasiskeletsistemi	☐ SorunYok	☐ Var:_____			

*SistemSorgulanmasınailişkinbiryadadahafazlasorunsaptanmışisedoktorahaberveriniz.
Dr._____haberverildi.

Mensturasyon* ☐ Yok ☐ Var ☒ Sıklık:_____ ☒ SonAdetTarihi:_____

*:Menarjsonrasıkadınhastalardadeğerlendirilir.

GÜNLÜKYAŞAMAKTİVİTELERİveFONKSİYONELDEĞERLENDİRME*

AKTİVİTE	Yapabiliyor	YardımlileYapabiliyor	Yapamıyor	AKTİVİTE	Yapabiliyor	YardımlileYapabiliyor	Yapamıyor
Yeme/içme	☐	☐	☐	YataktanKalkma&YatağınaDönme	☐	☐	☐
KişiselHijyen	☐	☐	☐	TuvaletİhtiyaçınıKarşılama	☐	☐	☐
DengeliYürüme	☐	☐	☐	Diğer:_____			

*:65yaşüstühastadasistemsorgulamarehberikullanılarakdetaylıdeğerlendirilmelidir.

DÜŞMERİSKİDEĞERLENDİRMESİ

☐ Riskyok ☐ YüksekRisk ☐ 65Yaş↑

BİLGİVERENKİŞİ ☐ Hasta ☐ HastaYakını
☐ Diğer(belirtiniz):_____

FORMUDOLDURANHEMŞİRE Tar
ih:
Saat:

Adı,Soyadı:

Adı,Soyadı:İmza: