



Çıkış Bilgileri	Gideceği Yer:	☐ Ev	☐ Huzurevi	☐ Başka bir hastane	☐
	Çıkış Şekli:	☐ Tekerekli Sandalye	☐ Yürüyerek	☐ Sedyeye	☐
	Evde Bakım Şekli:	☐ Aile Yardımı	☐ Yalnız/yardımsız	☐ Özel hemşire	☐

Kullanacağı İlaçlar	Kullanılan İlaçın Adı	Günde kaç kez	Kaç adet alacak	Aç	Tok	Alış Saatleri	Uyarılar
				☐	☐		
				☐	☐		
				☐	☐		
				☐	☐		
				☐	☐		
				☐	☐		
				☐	☐		
				☐	☐		
				☐	☐		
				☐	☐		
				☐	☐		

Hastanın dışarıdan getirdiği ilaçları var mıydı? Varsa ilaçları hastaya teslim edildi mi? ☐ Evet

Bkz. Hastanın Dışarıdan Getirdiği İlaçları Teslim ve İade Formu

İlaç - ilaç / besin etkileşimi yönünden değerlendirme yapıldı mı? ☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı; nedeni.....

Beslenme	☐ Normal Gıda	☐ Az tuzlu normal	☐ Tuzsuz normal	☐ Özel Diyet:.....
	Uyarı ve önlemler:.....			

Bakıma Yönelik Özel Eğitim İhtiyacı	☐ Ağrı yönetimi (Açıklayınız).....
	☐ Beslenme NG/GST (Açıklayınız).....
	☐ İnvaziv Girişimler (Açıklayınız).....
	☐ Kataterler (IV, hemovak vb) (Açıklayınız).....
	☐ Düşmeyi önleme eğitimi (Açıklayınız).....
	☐ Yara bakımı (Bası yarası, kolostomi, ileostomi, ürostomi, trakeostomi) (Açıklayınız).....
	
	☐ Cerrahi yara enfeksiyonu bulguları (akıntı, ateş, kızamıklık, lokal ısı artışı) (Oluşursa.....arayınız)
	☐ Üriner katater (Açıklayınız).....
	☐ Bebek bakımı / hijyen (Açıklayınız).....
	☐ Aktivite / pozisyon (Açıklayınız).....
	☐ Solunum egzersizi/asp./O ₂ kullanımı (Açıklayınız).....
	☐ Egzersiz eğitimi (Açıklayınız).....
	☐ Kalıcı pace (Açıklayınız).....
☐ Diğer (Açıklayınız).....	

Yardımcı Cihaz ve Ekipman Eğitimi	☐ Yürümeye yardımcı cihaz	☐ O ₂ tüpü / O ₂ konsantratör	☐ Aspiratör	☐ Nebulizatör
	☐ İşitme cihazı	☐ Konuşma valfi	☐ Ev ventilatörü	☐ Havalı yatak
	☐ Diğer	☐ Uyarı ve önlemler:.....		

Kontrol Randevusu	☐ Verildi	Verildi ise Randevu Kartı / Hekimin kartvizitini hastaya veriniz.
	☐ Verilmedi	Nedenini belirtiniz:.....

Taburculuk Bilgisi Veren;	Bu formdaki bilgileri anladım, sorularıma yanıt aldım, formun bir kopyasını aldım.
Hemşirenin Adı-Soyadı, İmzası:	Hasta / Hastanın Bakımından Sorumlu Kişinin;
Dr. Adı-Soyadı, İmzası:	Adı-Soyadı, İmzası:
Tarih ve Saat:	Yakınlık Derecesi: Tel. No: