



HASTANIN

■ Adı, Soyadı:	■ Hasta ID No:	■ Tarih:					
■ Cinsiyeti: ☐ K ☐ E	■ Tanı:	■ Evre:					
■ Doğum Tarihi:/...../.....	■ Yaş:	■ Kan Grubu:					
■ Kemoterapi Protokol :							
■ Kilo: ■ Boy: ■ Vücut Yüzey Alanı:	■ Medeni Hali: ☐ Evli ☐ Bekar						
■ Eğitimi:	■ Mesleği:						
■ Sosyal Güvencesi: ☐ Ücretli Hasta ☐ Devlet Sevкли ☐ Özel Sigorta ☐ SGK							
■ Gerekliğinde İletişim Kurulabilecek Kişi ve Telefonu:							
■ Birime Geliş Şekli: ☐ Yürüyerek ☐ Tekerlekli Sandalye ☐ Sedyeye ☐ 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* _____							
■ HASTANIN - HİKÂYESİ:							
■ Geçirdiği Hastalıklar: ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz):							
■ Geçirdiği Ameliyatlar: ☐ Yok ☐ Var (Ameliyat-Tarih belirtiniz):							
■ Kan transfüzyonu uygulandı mı? ☐ Hayır ☐ Evet							
■ Bilinen Alerjiler: ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz):							
■ Bilinen Alışkanlıklar: ☐ Yok ☐ Var (Süre ve sıklıkla beraber belirtiniz):							
☐ Sigara: _____ ☐ Madde: _____ ☐ Alkol : _____ ☐ Diğer : _____							
■ Soy geçmişte kanser öyküsü: ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz):							
■ Daha önce hiç kemoterapi/Radyoterapi aldı mı? ☐ Hayır ☐ Evet ise ; (sıklık/zaman)							
■ Port takıldı mı ? ☐ Hayır ☐ Evet ise ; (zamanı belirtiniz)							
■ Sürekli Kullandığı İlaç: ☐ Yok ☐ Var (belirtiniz);							
İlacın Adı	Dozu	Kullanım Şekli	Son Kullanım Saati	İlacın Adı	Dozu	Kullanım Şekli	Son Kullanım Saati
1				4			
2				5			
3				6			
■ 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 hastanın <u>Diyetisyen</u> tarafından değerlendirilmesi gerekir.							



SİSTEM SORGULAMASI*

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

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

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

*: Menarj sonrası kadın hastalarda değerlendirilir.

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ve FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME *

AKTİVİTE	Yapabiliyor	Yardım ile Yapabiliyor	Yapamıyor	AKTİVİTE	Yapabiliyor	Yardım ile Yapabiliyor	Yapamıyor
Yeme /içme	☐	☐	☐	Yataktan Kalkma & Yatağına Dönme	☐	☐	☐
Kişisel Hijyen	☐	☐	☐	Tuvalet İhtiyacı	☐	☐	☐
Dengeli Yürüme	☐	☐	☐	Diğer: _____			

*:65 yaş üstü hastada sistem sorgulama rehberi kullanılarak detaylı değerlendirilmelidir.

DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRMESİ

☐ Risk yok ☐ Yüksek Risk ☐ 65 Yaş ↑

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

FORMU DOLDURAN HEMŞİRE

Tarih:

Saat:

Adı, Soyadı:

Adı, Soyadı:

İmza: