

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ESASLARI UYGULAMALARI DERSİ HASTA
TANILAMA FORMU

Tarih:

A. DEMOGRAFİK VERİLER			
Klinik:			
Hastanın Adı Soyadı:		Hastaneye Kabul Tarihi:	
Doğum Tarihi:	Yaşı:	Medeni Hali:	Çocuk Sayısı:
Eğitim Durumu:		Mesleği:	
Adres:			
Birinci Dereceden Yakınının Adı Soyadı:		Tel No:	
Yakınlık Derecesi:		Adresi:	
Hastaneye Kabul Şekli: ☐ Acil ☐ Tetkik ☐ Tıbbi Tedavi ☐ Cerrahi Tedavi ☐ Rehabilitasyon			
Tıbbi Tanısı:			
B. TIBBİ ANAMNEZİ			
Hastanın Yakınması:			
Kronik Hastalıklar: ☐ DM ☐ HT ☐ KOAH ☐ Kalp Yetmezliği ☐ KBY ☐ Diğer.....			
Sürekli Kullandığı İlaçlar:			
Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? Nereye?			
Geçirilmiş Hastalık / Operasyon:			
Hasta kimlik bilekliği: Var ☐ Yok ☐			
Protezler: ☐ Diş ☐ Gözlük ☐ Lens ☐ İşitme Cihazı ☐ Diğer.....			
Alerjisi: ☐ Var ☐ Yok ☐ İlaç ☐ Yiyecek ☐ Diğer.....		Alerji bilekliği: Var ☐ Yok ☐	
Alışkanlıkları ☐ Var ☐ Yok ☐ Var ☐ Yok			
☐ Düzenli Egzersiz Yapma ☐ Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma ☐ Düzenli ve Dengeli Beslenme ☐ Stresle Baş edebilme ☐ Olumlu Kişiler Arası İlişkiler ☐ Diğer		☐ Sigara..... adet/paket/günyıl ☐ Alkoladet/paket/günyıl ☐ Madde adet/paket/günyıl ☐ Diğer.....	
C. HASTANIN SERVİSE ORYANTASYONU			
☐ Yemek Saati ☐ Hemşire-		☐ Tuvalet	
☐ Telefon ☐ Refakatçi			
D. YAŞAM BULGULARI			
A:°C N:/dk. Ritmi: S:/dk. TA:mmHg.			
Kan Grubu:			
Daha Önce Kan Verdimiz mi : ☐ Evet ☐ Hayır Reaksiyon: ☐ Evet ☐ Hayır			

Bilgi Alınan Kaynak:

Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:

YAPILAN TETKİKLER-LABORATUAR -TANI YÖNTEMLERİ VE SONUÇLARI

HEMATOLOJİ					BİYOKİMYA			
Tarih	Tetkik	Sonuç	Normal Değer Aralığı	Birim	Tetkik	Sonuç	Normal Değer Aralığı	Birim
	WBC		4.6-10.2	Bin/mm ³	Glukoz		70-110	mg/dL
	NEU%		37-80	%	Ürik Asit		2.6 – 6.0	mg/dl
	NEU		2-6.9	K/uL	BUN		7-20	mg/dL
	LYM%		10-50	%	Kreatinin		0.6-1.3	mg/dL
	LYM		0.6-3.4	K/uL	Kolesterol		0-200	mg/dL
	MONO%		0-12	%	HDL		35-60	mg/dL
	MONO		0-0.9	K/uL	LDL		35-165	mg/dl
	EOS%		0-7	%	Trigliserid		30-150	mg/dL
	EOS		0-0,7	K/uL	A. Fosfataz		50-136	U/L
	BASO%		0-2.5	%	AST		0-37	U/L
	BASO		0-0.2	K/uL	ALT		0-65	U/L
	RBC		4.04-548	Milyon/mm ³	LDH		100-190	U/L
	HGB		12.2-16.2	g/dl	GGT		5-85	U/L
	HCT		42-52 (erkek); 36-46 (kadın)	%	T. Protein		6.4-8.2	g/dL
	MCV		80-97	fL	Albumin		3.4-5	g/dL
	MCH		27-31.2	pg	Total Bil.		0-1.1	mg/dL
	MCHC		31.8-35.4	g/dL	Direkt Bil.		0-0.3	mg/dL
	RDW		11.6-30	%	İndirekt Bil.		0-0.7	mg/dL
	PLT		142-424	K/uL	CK		0-232	U/L
	MPV		7-11.1	fL	CKMB		0-20	U/L
	PCT		0.10-0.41	-	Kalsiyum		8.5-10.3	mg/dL
	PDW		10-30	-	Fosfor		2.5-4.9	mg/dL
	HbA1c		% 4-6	g/dl	Ürik Asit		2.6-7.2	mg/dL
	CRP		0.00 – 8.20	mg/L	Sodyum		136-145	mmol/L
	ASO		0.00 – 200.00	IU/ml	Potasyum		3.5-5.1	mmol/L
DİĞER					Klor		98-107	mmol/L
DİĞER					DİĞER			

Hastaya ait olan verileri yanlarına ↓, N veya ↑ işaretlerini kullanmak suretiyle değerlendiriniz.

İDRAR						
Tarih	Tetkik	Sonuç	N. Değer	Tetkik	Sonuç	N. Değer
	Dansite		1010-1020	Eritrosit		1-2
	Glikoz		Negatif	Lökosit		1-2
	Albumin		Negatif	Epitel		3-4
	Mikro. O. Üreme		Negatif	pH		5-7
	Renk		Kehribar	Protein		Negatif
DİĞER						

TEDAVISI

...../... .. / **20...**

[illegible]**Hastanızın Tedavisinde Kullanılan İlaçlar İle ilgili Bilgileri Yazınız**[illegible]

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE TANILAMA

1. Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması

- ☐ Düşme Öyküsü Var ☐ Yardımla Yürüme ☐ 65 Yaş Üzeri ☐ Görme Problemi
☐ Ortostatik Hipotansiyon ☐ Hipotansiyon ☐ Hipertansiyon ☐ Sedatif Kullanımı
☐ Kas Zayıflığı/Dengesizliği ☐ Baş Dönmesi/baygınlık ☐ Konfüzyon ☐ Desoryantasyon
☐ Halsizlik ☐ IV Kateter ☐ Cavafix/santral kateter ☐ Kortikosteroid kullanımı
☐ Aspirin/Antikoagülan kullanımı ☐ Yatak kenarlıklarının kullanımı

2. İletişim

- ☐ Yer, zaman, kişiye oryante, yanıtlar uygun ve iletişim yeterli ☐ Laterjik ☐ Konfüze
☐ Disoryante ☐ Afazik ☐ Konuşma Güçlüğü ☐ Ajite ☐ Depresif ☐ Anksiyete
☐ İçer Dönük ☐ İşitme Sorunu
☐ Korku ☐ Yalnızlık ☐ Stres/Stresle Başetme

Birlikte yaşama durumu: Yalnız ☐ Aile ☐ Arkadaş ☐ Diğer.....

Bakmakla yükümlü olduğu kişiler: Var ☐ Yok ☐ Açıklayınız:

Evde hastanın bakımından sorumlu olan kişi:

Destek sistemleri (aile, arkadaş, ekonomik, sosyal, kültürel ruhsal): Var ☐ Yok ☐

Açıklayınız:.....

Yöntemleri:.....

3. Solunum

Solunum Hızı:..... Derinliği:..... Trakeostomi: Var ☐ Yok ☐

Solunum Niteliği: Düzenli ☐ Düzensiz ☐ Dispne ☐ Paroksizmal Noktürnal Dispne ☐ Ortopne ☐

Siyanoz ☐ Hipoventilasyon ☐ Hiperventilasyon ☐ Öksürük ☐ Balgam ☐ Hemoptizi ☐

Solunum Sesleri: Normal ☐ Anormal ☐

Solunum Örüntüsü: Apne ☐ Taşipne ☐ Bradipne ☐ Cheynes-Stokes solunum ☐

Kussmaul solunum ☐ Wheezing ☐ Raller ☐

Solunumla Ağrı: Var ☐ Yok ☐

4. Beslenme

Boy:..... Kilo:..... BKİ:

Genel Beslenme Alışkanlıkları:.....

Hoşlanmadığı Besinler: **Oral Sıvı Alımı/24h:**

Oral Alımı (sıvıdan katıya R1, R2, R3 (N),Diyet):.....

Oral mukozayı tanılama (0 Normal - 3 çok kötü). ☐ Diş ve Diş Eti Problemleri

- ☐ Ağız Kokusu(halitazis) ☐ Anorexia(yememe) ☐ Yutma Güçlüğü(disfaji) ☐ Bulantı Kusma
☐ NGTüp ☐ Kilo Kaybı ☐ Total Parenteral Beslenme(TPN) ☐ Distansiyon(şişkinlik)

☐ Kaşeksi ☐ Obesite ☐ Hematemez ☐ Gaz Çıkımı

Bağırsak sesleri:...../dk Diğer:.....

5. Boşaltım

Önceki Defekasyon Alışkanlığı:.....En Son Defekasyona Çıktığı Gün:.....

☐ Hemoroid ☐ Parazit ☐ Fekal İnkontinans ☐ Ostomi ☐ Melena

☐ Konstipasyon ☐ Diyare ☐ Diğer:.....

İdrar yapma alışkanlığı 24 saat/ kaç kez:..... Yaklaşık miktarı:.....

İdrar Rengi:..... ☐ İdrar Retansiyonu ☐ Dizüri ☐ Noktüri ☐ Anüri ☐ Oligüri

☐ Pollaküri ☐ Poliüri ☐ Hematüri ☐ İdrar İnkontinası ☐ Foley Kateter

Diyaliz: Hemodiyaliz ☐ Periton Diyalizi ☐ Diyaliz giriş yeri:.....

Diğer:.....

6. Kişisel Temizlik ve Giyim

Kişisel hijyen ve giyinmede bağımsızlığı:..... Vücut ve Giyim Hijyeni

Saçlı deri (dökülme vb.):..... Banyo Yapma Durumu:.....

(Göz, Kulak, Burun, Ağız, Boyun) Akıntı:..... Kirlilik:..... Kanama:.....

☐ Ter kokusu ☐ Ciltte Ülserasyon ☐ Dekibütüs(BasıYarası) ☐ Kızarıklık

☐ Deskuamasyon ☐ Extravazasyon ☐ Varis ☐ Ödem (+, ++, +++, +++)

Periferel Nabızlar:.....

Cilt: Normal ☐ Kuru ☐ Nemli/Terli ☐ Kızarık ☐ Siyanotik ☐ Soğuk ☐ Soluk ☐ Sıcak ☐

Sarılık ☐ Peteşi ☐ Purpura ☐ Ekimoz ☐ Hematom ☐ Kaşıntı ☐ Lezyon ☐ Diğer:.....

Saç/saçlı deri: Temiz ☐ Yağlı ☐ Kuru ☐ Kepeklenme ☐ Dökülme ☐ Kitle ☐

Skar ☐ Şekil bozukluğu ☐

Deri Turgoru: Normal ☐ Azalmış ☐ Artmış ☐

Kapiller Dolum: Normal ☐ Gecikmiş ☐

Nabız: Normal ☐ Taşikardi ☐ Bradikardi ☐ Çarpıntı ☐ Filiform (ipliksi) nabız ☐

Günlük Yaşam Aktivitesi / Kendine Bakabilme Yeteneği (Bağımlı: 1, Yarı Bağımlı: 2, Bağımsız: 3)			
Beslenme		Pozisyon Değiştirme/ Hareket	
Tuvalete gitme		Güvenliği için riskleri değerlendirme	
Giyinme		Çevredeki tehlikelerden kaçınma	
Banyo yapma		İletişim kurma	
Bedenini temiz tutma		İlaç yönetimi	

7. Beden Isısının Kontrolü

☐ Çevre Isısına uygun Giyim ☐ Hipotermi ☐ Hipertermi ☐ Soğuğa İntolerans

☐ Sıcağa İntolerans ☐ Terleme ☐ Titreme

8. Hareket

Kas Gücü ve gelişimi: İmmobilite ☐

Genel Görünüş: Normal ☐ Kifoz ☐ Skolyoz ☐ Lordoz ☐ Spinal Deformite ☐ Tremor ☐

Yürüyüş bozulmuş ☐ Postür bozulmuş ☐ Amputasyon ☐ ☐ Kırık

Kaslar: ☐ Kaslarda Zayıflık ☐ Paralizi ☐ Parapleji ☐ Hemipleji

Eklemler: Normal ☐ Kızarıklık ☐ Eklemde şişlik ☐ Hareket kısıtlılığı ☐ Kontraktür ☐
Deformite ☐

Yardımcı Araç Kullanımı: Yok ☐ Var ☐ Açıklayınız

9. Çalışma ve Eğlence

Çalışma Durumu..... Gelir Durumu.....

Hastalığa bağlı çalışma durumunda etkilenme: Var ☐ Yok ☐

Boş Zamanlarını Değerlendirme..... İş Ortamı ve Koşulları.....

Hobileri.....Diğer.....

10. Cinselliği İfade Etme

Beden İmajı..... Cinsiyete Uygun Giyim.....

Perineal Hijyen Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu):

Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi: Yok ☐ Var ☐

11. Uyku

Uyku Saatleri:.....İstirahat Süresi.....☐ Uykuya Dalmada Güçlük

Uyku İçin Yardımcı Girişimler:.....

☐ Uykuya Eğilim ☐ Horlama ☐ Uyku İlacına

Bağımlılık Diğer:.....

12. Ölüm

Yaşam ve Ölüm İle İlgili İnançlar:.....

Bireyin sağlığını algılama durumu: İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐

Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi: İnkâr ☐ Öfke ☐ Pazarlık ☐ Depresyon ☐ Kabullenme ☐

Diğer:

Birey Ve Ailesinin/Yakınlarının/Arkadaşlarının Bilgi Gereksinimleri:.....

Spiritüel Gereksinim:..... Ailenin Desteklenmesi:.....

Diğer:.....

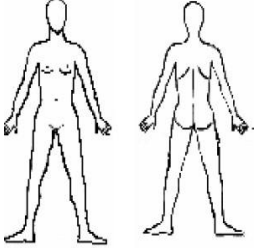
Hastanın ve Ailenin Bilgi Gereksinimleri: (Başlıklar Halinde)

-
-
-
-

Ağrı Değerlendirme

6 aydan daha uzun süren ağrı mı? Hayır ☐ Evet ☐

Ağrı yok 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Dayanılmaz Ağrı**

Nitelik	Farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik Tedavi	Ağrıya karşı tepkiler	Ağrının Lokalizasyonu
1. Kramp 2. Yanıcı 3. Batıcı 4. Spazm 5. Zonklayıcı 6. Baskı verici 7. Ezici/sıkıştırıcı	1. Non-Steroid Antienflamatuarlar 2. Narkotik analjezikler 3. Adjuvan tedavi 4. Diğer	1. Masaj 2. Dikkati dağıtma 3. Müzik 4. Pozisyon değişikliği 5. Sıcak/soğuk uygulama 6. Diğer.....	1. Kızgınlık/Ağlama 2. Aktivitede azalma 3. İştahta azalma 4. Uyku problemleri 5. Konsantrasyon bozukluğu 6. Analjezi isteme 7. Terleme/çarpıntı 8. Diğer	

BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16'dan az olması basınç ülseri riskini gösterir)

Duyu / algı	Nem	Aktivite	Hareketlilik	Beslenme	Sürtünme	Toplam
Tamamen sınırlı 1	Sürekli nemli 1	Yatağa Bağımlı 1	İmmobil 1	Çok kötü 1	Problem 1	
Çok sınırlı 2	Çok nemli 2	Sandalye 2	Çok Sınırlı 2	Yetersiz 2	Olası problem 2	
Hafif Sınırlı 3	Arasıra nemli 3	Ara sıra yürüyor 3	Hafif Sınırlı 3	Yeterli 3	Problem yok 3	
Bozulma yok 4	Nadiren nemli 4	Sık sık yürüyor 4	Sınırlama yok 4	Çok iyi 4	Bozulma yok 4	

Basınç yarası ☐ Varsa Yeri:.....Evresi: Evre I ☐ Evre II ☐ Evre III ☐ Evre IV ☐

Bası Yarası Sınıflaması

EVRE I	Bölge kızarıklık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir.	EVRE III	Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir.
EVRE II	Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir.	EVRE IV	Kas yada kemikleri de tutan ülserdir.

GLASGOW KOMA SKALASI					
Göz Açma		Motor Yanıt		Sözel Yanıt	
Yok	1	Yok	1	Yok	1
Ağrılı uyarılara yanıt olarak	2	Ektensör yanıt	2	Anlaşılmaz sesler	2
Konuşmaya yanıt olarak	3	Fleksör	3	Uygun olmayan yanıt	3
Kendiliğinden	4	Geri çekme şeklinde	4	Dağınık, konfüze yanıt	4
		Lokalize edici	5	Oryante yanıt	
		İstemli	6		
Bilinç düzeyi (Toplam puan üzerinden): 3-8 puan Koma ☐ 8-9 puan Stupor ☐ 10-11 puan Laterji ☐ 12-13 puan Konfüzyon ☐ 13-14 puan Deliryum ve Hafif Nörolojik Hasar ☐ 15 puan Bilinçli ☐					

Düşme öyküsü : Hayır ☐ Evet ☐ Açıklayınız.....

İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

		Değerlendirme	Bilgilendirme Tablosu
Minör Risk Faktörleri	1. 65 yaş ve üstü.	1	*Kronik hastalıklar: Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hast., Sindirim Sistemi Hast., Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar **Hasta Bakım Ekipmanları: IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren Perfüzator, Pacemaker vb ***Riskli İlaçlar: Psikotropikler, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiyabetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar
	2. Bilinci kapalı.	1	
	3. Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1	
	4. Kronik hastalık öyküsü var.*	1	
	5. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var	1	
	6. Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	1	
	7. Görme durumu zayıf	1	
	8. 4'den fazla ilaç kullanımı var.	1	
	9. Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1	
	10. Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1	
	11. Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1	
Majör Risk Faktörleri	12. Bilinç açık, koopere değil.	5	
	13. Ayakta/ürürken denge problemi var.	5	
	14. Baş dönmesi var.	5	
	15. Ortostatik hipotansiyonu var.	5	
	16. Görme engeli var.	5	
	17. Bedensel engeli var.	5	
	18. Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5	
	19. Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5	
TOPLAM PUAN			
☐ Düşük Risk: Toplam Puanı 5'in altında ☐ Yüksek Risk: Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde			

HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
ÖĞRENCİ SIVI İZLEM FORMU

[illegible]

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
ÖĞRENCİ ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ FORMU

ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ	Adı Soyadı :
	Bölümü :
	Oda No :

TARİH										
SAAT	ALDIĞI			ÇIKARDIĞI						
	DAMAR YOLU	ORAL	NGT	İDRAR	NGT	GÖĞÜS T	DREN	KUSMA	DIŞKI	İMZA
08 - 16 : 00										
16:00-24:00										
24 : 00 - 08										
TOPLAM										

TARİH										
SAAT	ALDIĞI			ÇIKARDIĞI						
	DAMAR YOLU	ORAL	NGT	İDRAR	NGT	GÖĞÜS T	DREN	KUSMA	DIŞKI	
08 - 16 : 00										
16:00-24:00										
24 : 00 - 08										
TOPLAM										

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
ÖĞRENCİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU

Hastanın Adı Soyadı:
Klinik:
Oda No:

Yaş:
Tanı:
Öğrenci Hemşire Adı Soyadı:

TARİH	YAŞAM BULGULARI				TEDAVİ				
	SAAT				İlacın adı, şekli, dozu, uygulama yolu ve uygulama sıklığı	SAATLER			
	TA (mmHg)								
	NABİZ (dk)								
	V.İSİSİ (°C)								
	SOL. (dk)								
	O ₂ SAT.								
	AKŞ (mg/dl)								

TIBBİ TANİ BİLGİ FORMU

HASTANIN TIBBİ TANISI:

Etiyoloji:

Patofizyoloji:

Tanı Yöntemleri:

Klinik Belirti - Bulgular:

Tıbbi Tedavi ve Hemşirelik Yönetimi:

TABURCULUK PLANINDA ELE ALINACAK KONULAR

İlaç:

Diyet:

Egzersiz:

Öz bakımın desteklenmesi/ özel sağlık gereksinimi:

Sağlık kontrolü:

Hastalığın komplikasyonlarına yönelik eğitim:

Hastanın AdıSoyadı:

Klinik:

OdaNo:

HEMŞİRELİK TANILARI : MEVCUT (M), POTANSİYEL (P)

GYA	/...../.....			/...../.....		
	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER (Belirti ve Bulgular)	ETYOLOJİ (Sebep)	HEMŞİRELİK TANISI	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER (Belirti ve Bulgular)	ETYOLOJİ (Sebep)	HEMŞİRELİK TANISI
GÜVENLİ ÇEVRE NİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ						
İLETİŞİM						
SOLUNUM						
BESLENME						
BOŞALTIM						
KİŞİSEL HİJYEN VE GİYİM						
BEDEN SICAKLIĞININ KONTROLÜ						
HAREKET						
ÇALIŞMA VE EĞLENCE						
CİNSELLİĞİ İFADE ETME						
UYKU						
ÖLÜM						

Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:

BAKIM PLANI HAZIRLANIRKEN DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

1. Veri toplama aşamasında dikkatli olunmalı hastanın tüm problemlerini kapsayan ayrıntılı veri toplama yapılmalıdır.
2. Veriler toplanırken belirlenen problemlerin tamamına bakım planının “hemşirelik tanıları” bölümünde mutlaka yerverilmelidir.
3. Laboratuvar verilerinin normal olanları da dahil olmak üzere hepsi yazılmalı, değerler analiz edilerek gerekli tanımlar oluşturulmalıdır.
4. Hastanın ilaçlarının tümü ayrıntılı olarak incelenmelidir.
5. Hemşirelik tanılarını, NANDA da ifade edilen şekliyle ve mutlaka semptom ve etiyolojisi ile birlikte yazınız.
6. Bakım planlarında ortak bir dil kullanılması gerektiğinden, AMAÇ bölümünde mek-mak eklerini kullanınız.
7. Amacınızı yazarken, genel olarak tanıda belirtilen problemi ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek anlamına gelen basit ve net ifadeler kullanınız.
8. Planlanan hemşirelik girişimleri bölümüne henüz plan aşamasındaki bilgilerinizi yazmanız gerektiğinden ifadeler ecek-acak eki ile bitirilmelidir. Bu bölüm hastaya özel olarak bireyselleştirilmelidir. Kitaplarda yer alan bakım planı örneklerinden faydalanılmalı ancak sadece bakım verdiğiniz hastada var olan gerçek durumlara yönelik çözüm önerilerine yer verilmelidir. Bu bölüm mümkün olduğunca ayrıntılı olarak hazırlanmalıdır.
9. İfadeler somut olmalı öneriler açıkça yazılmalıdır. Örneğin bol sıvı alınması ifadesinde “bol” un ne kadar olduğu açıkça belirtilmelidir. Sık sık ağız bakımı verilecek ifadesinde ne kadar sık olduğu belli değildir. 2x1 denilebilir. Uygun pozisyon verilecek ifadesinde hangi pozisyonun uygun olduğu bilinmemektedir. Diğer bir örnekte “hastaya lifli gıdalar önerilecek” ifadesinde bunların neler olduğu belli değildir. Hastalara yapılacak önerilerde herkesin anlayabileceği ifadelerden yararlanılmalıdır. Örneğin “2000 cc sıvı alımı önerilecek” ifadesinde “cc” herkesçe anlaşılamayabilir. En iyisi bardak hesabı ile belirtilmesidir.
10. Uygulama basamağında; planlanan uygulama yapılabilir ise +, yapılamadı ise – işareti her madde için işaretlenmelidir.
11. Değerlendirme basamağında “Tanı ile ilgili son durum nedir? Hastanın son durumunu ortaya koyan objektif veriler nelerdir? Sorularına yanıt verilmelidir.

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (Sebebi)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
		Alan: Sınıf:		Amaç: Beklenen hasta sonuçları: 			

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
		Alan: Sınıf:		Amaç: - - - Beklenen hasta sonuçları: - - - -			

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
		Alan: Sınıf:		Amaç: - - - Beklenen hasta sonuçları: - - - -			

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (Sebebi)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
		Alan: Sınıf:		Amaç: - - - Beklenen hasta sonuçları: - - - -			

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (Sebebi)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
		Alan: Sınıf:		Amaç: - - - Beklenen hasta sonuçları: - - - -			

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (Sebebi)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
		Alan: Sınıf:		Amaç: - - - Beklenen hasta sonuçları: - - - -			

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (Sebebi)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
		Alan: Sınıf:		Amaç: - - - Beklenen hasta sonuçları: - - - -			

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (Sebebi)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
		Alan: Sınıf:		Amaç: - - - Beklenen hasta sonuçları: - - - -			

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (Sebebi)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
		Alan: Sınıf:		Amaç: - - - Beklenen hasta sonuçları: - - - -			

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
		Alan: Sınıf:		Amaç: - - - Beklenen hasta sonuçları: - - - -			

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADISOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
		Alan: Sınıf:		Amaç: - - - Beklenen hasta sonuçları: - - -			