



# HEM REL K H ZMETLER HASTA TANILAMA / ÖNDE ERLEND RME FORMU

DOKÜMAN NO	HB.FR.01
YAYIN TAR H	10.08.2015
REV ZYON NO	01
REV ZYON TAR.	22.02.2016
SAYFA	1/2

Adı Soyadı :	Ya :	Kilo :	Boy:
Mesle i :	E itim :	BARKOD	
Cinsiyeti : <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Protokol No:		
Yatı Tarihi :	Saati :		
Bölüm :	Tamı :		

## Gerekti inde leti im Kurulabilecek Ki inin

Adı Soyadı :	Ev Telefonu :	Cep Telefonu :
Yakınlık Derecesi :		

Kan Grubu (kartı varsa yazınız)	Daha önce kan transfüzyonu yapıldı mı?	Daha önce kan transfüzyonu yapıldıysa reaksiyon geli ti mi?	Geldi i Yer
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Poliklinik
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Acil
<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> Bilmiyor	<input type="checkbox"/> Bilmiyor	<input type="checkbox"/> Yo un Bakım
<input type="checkbox"/> O			<input type="checkbox"/> .....Klini i
<input type="checkbox"/> Rh (+) pozitif			<input type="checkbox"/> Ev
<input type="checkbox"/> Rh (-) negatif			<input type="checkbox"/> Di er

Birime Geli ekli	Ya am Bulguları	Alerjisi (varsa kırmızı kimlik tanımlayıcısı takınız)	Kronik Hastahklar
<input type="checkbox"/> Yürüyerek	Ate :	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> DM
<input type="checkbox"/> Sedyeye	Nabız :	<input type="checkbox"/> laç	<input type="checkbox"/> HT
<input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye	Solunum :	<input type="checkbox"/> Besin	<input type="checkbox"/> KOAH
<input type="checkbox"/> Kendisi	TA:	<input type="checkbox"/> Flaster	<input type="checkbox"/> KY
<input type="checkbox"/> Hasta yakını ile	Ailesel Hast.:	<input type="checkbox"/> Di er	<input type="checkbox"/> KBY
<input type="checkbox"/> Personel e li inde			<input type="checkbox"/> Di er

Bula ıcı Hastahklar	Kullandı ı Protezler	Alı kanlıkları	zolasyon
<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
<input type="checkbox"/> Tbc	<input type="checkbox"/> Di Protez	<input type="checkbox"/> Sigara	<input type="checkbox"/> Damlacık
<input type="checkbox"/> Hbs	<input type="checkbox"/> Kalp pili	<input type="checkbox"/> Alkol	<input type="checkbox"/> Solunum
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Gözlük	<input type="checkbox"/> Madde	<input type="checkbox"/> Temas
<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> Lens	<input type="checkbox"/> laç	<input type="checkbox"/> Sıkı Temas
<input type="checkbox"/> Di er	<input type="checkbox"/> itme Cihazı		
	<input type="checkbox"/> Ekstremitte Protezi		

Daha önce hastaneye yattı mı?	Daha önce ameliyat oldu mu? Evet ise belirtiniz.	Bilinç durumu	Fiziksel Gereksinimler
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Evet .....	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Ba ımlı
<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Konfüze	<input type="checkbox"/> Yarı Ba ımlı
<b>Kendine ve çevresine zarar verme var mı?</b>		<input type="checkbox"/> Kapalı	<input type="checkbox"/> Ba ımsız
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		<input type="checkbox"/> Di er	

## Hastanın Servise Kabulünde Açıklama Yapılan Maddeler

<input type="checkbox"/> Kahvaltı - yemek saatleri	<input type="checkbox"/> Tuvalet banyo kullanımı	<input type="checkbox"/> Sigara yasa ı	<input type="checkbox"/> Hasta Hakları
<input type="checkbox"/> Telefon kullanımı	<input type="checkbox"/> Hasta ve refakatçi kuralları	<input type="checkbox"/> Servis - oda tanıtımı	<input type="checkbox"/> Hasta yata ı kullanımı
<input type="checkbox"/> Ziyaret saati ve kuralları	<input type="checkbox"/> Hem ire ça rı sistemi kullanımı	<input type="checkbox"/> Vizit saati	<input type="checkbox"/> Acil durum planı

## Güvenli Çevreyi Sa lama (Temel Güvenlik Önlemleri)

<input type="checkbox"/> Hasta Bilekli i Takıldı	02 Sistemi	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Hasta Odası Tanıtıldı	Pencereler	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Yatak Ba ı Düzeni Sa landı	Yatak Frenleri	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı
<input type="checkbox"/> Yatak Kenarları Yukarıda	Refakatçi Gereksinimi	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok

