

 FIRAT ÜNİVERSİTESİ TS EN ISO 9001:2015	T.C. FIRAT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ	
	İç Hastalıkları Hemşireliği Dersi Bakım Planı Formu	Dok. No: FÜ-FRM-SABF-HEM-084
		İlk Yayın Tar.: 10.03.2022
		Rev. No/Tar.: 26.01.2026
		Sayfa 1 / 1

Görüşmeyi yapan öğrencinin ADI-SOYADI:

Görüşmenin yapıldığı tarih:

Hastanın yatış tarihi:

Görüşmenin yapıldığı yer: Klinik: Oda no: Yatak no:

Görüşmenin yapıldığı kişi (hasta birey, yakını):

Hastanın TIBBİ TANISI:

I- BİREYE ÖZEL TANITICI BİLGİLER

Hasta Adı Soyadı: Yaşı:		Yaşadığı Yer: Cinsiyet: ☐ E ☐ K
Eğitim durumu: Meslek (memur, işçi, ev hanımı): Çocuk sayısı:		Medeni Durumu (evli, bekar):
Sosyal güvence:	☐ Var	☐ Yok

Başvuru şekli: ☐ Poliklinik/isteyerek ☐ Başka bir klinik ☐ Başka bir hastane ☐ Acil

Geliş şekli: ☐ Ayaktan ☐ Sedye ☐ Tekerlekli sandalye

Evden getirdiği/kullandığı tıbbi araç-gereçler:

☐ İlaç ☐ İşitme cihazı ☐ Takma diş ☐ Gözlük ☐ Diğer.....

BAKIM PLANI DEĞERLENDİRMESİ (Bu kısım öğretim elemanı tarafından doldurulur.)

Öğrenci Adı-Soyadı:											
Çok iyi bir plan				☐	Amaç yazımında problemler var				☐		
Geneli itibari ile iyi				☐	Girişimler yetersiz				☐		
Veriler yeterince iyi				☐	Girişimler somut yazılmamış				☐		
Süreç basamakları doğru anlaşılmış				☐	Girişimlerin yazımında hata				☐		
Küçük hatalar düzeldiğinde iyi bir bakım planı olur				☐	Uygulama basamağı anlaşılmamış				☐		
Veri toplamada yetersizlik var				☐	Değerlendirme anlaşılmamış				☐		
Verilerin analizi yapılmamış				☐	Özensizlik var				☐		
Genel olarak bakım planı dilinde hata				☐	İlaçlar yeterince incelenmemiş				☐		
Tanılar eksik				☐					☐		
Tanı yazımında hatalar var				☐					☐		
Anlaşılmayan kısımlar ile ilgili dersin öğretim üyesi ile görüşme gerekli ☐ Görüşmeye geldi ☐ Gelmedi ☐											
NOTU	☐ A+	☐ A	☐ B+	☐ B	☐ C+	☐ C	☐ D+	☐ D	☐ E	☐ F	
Değerlendirmeyi Yapan Öğretim Elemanı:											

II- BİREYİN SAĞLIK/HASTALIK ÖYKÜSÜ

a) SAĞLIĞIN ALGILANMASI VE SAĞLIĞIN YÖNETİMİ:

Başlıca yakınması:.....
Geçmiş hastalık hikayesi:.....
Geçmiş cerrahi hikayesi (tarih):
Daha önce hastaneye yatmış mı?.....
Evet ise yatış sayısı:.....
Yatış nedeni:.....

Risk Faktörleri:

Sigara/Alkol/ Madde bağımlılığı (miktar/gün olarak belirtiniz):

Allerjileri (ilaç, besin, flaster, boya vb.):

b) BESLENME VE METABOLİK DURUM:

Beslenme şekli: ☐ Normal ☐ Yardımla besleniyor ☐ Parenteral
☐ Enteral ☐ Gastrostomi
Diyeti var mı? ☐ Hayır ☐ Evet.....
İştah durumu nasıl? ☐ Normal ☐ Artmış ☐ Azalmış ☐ Bulantı ☐ Kusma
Yeme/yutma güçlüğü var mı? ☐ Yok ☐ Katı besin ☐ Sıvı besin
Ağız mukozasının durumu: ☐ Normal ☐ Stomatit ☐ Hiperemik
☐ Kanama ☐ Moniliazis
Ağız kokusu var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Tırnaklar: Renk.....Şekil.....Durum.....Diğer

Cilt durumu: ☐ Ilık ☐ Soğuk ☐ Kuru ☐ Terli /Soğuk ve Nemli ☐ Tam ☐ Diğer.....

Kilo:..... **Boy:**.....

Son 1 yılda kilo alma/ kilo kaybı var mı?.....Varsa ne kadar?.....

Genel görünüm: ☐ Bakımlı ☐ Bakımsız

Drenaj: ☐ Var ☐ Yok
☐ Nazogastrik ☐ Foley ☐ Hemovak ☐ Nelaton ☐ Göğüs Tüpü ☐ Penrose ☐ Diğer:-----

IV / IA Kateter: ☐ Var ☐ Yok

Yara Bakımı: ☐ Var ☐ Yok

ALDIĞI	Saat/ Tarih	Saat/ Tarih	ÇIKARDIĞI	Saat/ Tarih	Saat/ Tarih
ORAL			İDRAR		
TÜPLE BESLENME			NG/DREN		
IV			KUSMA		
			DIŞKI		
DİĞER			DİĞER		
8 /24 SAAT TOPLAM			8 / 24 SAAT TOPLAM		
DEĞERLENDİRME					

Örnek Hemşirelik Tanıları: 1) Risk/Sıvı Volüm Defisiti; 2) Risk/Sıvı Volüm Fazlalığı; 3) Risk/Sıvı Volüm Dengesiz Risk/Kusma; 4) Risk/Beslenme: Gereksinimden Az; 5) Risk/Beslenme: Gereksinimden Çok; 6) Risk/Yutma Güçlüğü; 7) Risk/Oral Mukoz Membranlarda Bozulma; 8) Risk/Doku Bütünlüğünde Bozulma; 9) Risk/Cilt Bütünlüğünde Bozulma; 10) Diğer:.....

c) **BOŞALTIM ŞEKLİ:**

Son defekasyon tarihi:

Defekasyon durumu:

☐ Normal ☐ Konstipasyon ☐ Diyare ☐ İnkontinans ☐ Ostomi ☐ Enkoprezis

Defekasyon gereksinimini karşılama biçimi: ☐ Normal ☐ Sürgü ☐ Alt bezi **Laksatif kullanma durumu:**

Mesane Alışkanlıkları: ☐ Normal ise sıklığı:.....

Üriner inkontinans: ☐ Yok ☐ Var

Üriner inkontinans var ise:

☐ Gündüz ☐ Gece ☐ Nadiren ☐ İşemeyi ertelemede güçlük ☐ Tuvalete ulaşmada güçlük

Yardımcı Araç: ☐ Gereksinimi yok ☐ Aralıklı kateterizasyon

☐ Kalıcı kateter ☐ Eksternal kateter

İdrar yapma gereksinimini karşılama şekli:

☐ Normal ☐ Sürgü/ördek ☐ Üriner kateter ☐ Alt bezi

Terleme /koku sorunu var mı?.....

Ostomi: ☐ Var ☐ Yok

Ostomi var ise: ☐ Kolostomi ☐ Ileostomi ☐ Ürostomi

Örnek Hemşirelik Tanıları: 1) Risk/Konstipasyon; 2) Risk/Diyare; 3) Risk/Gaita inkontinansı; 4) Risk/İdrar inkontinansı; 5) Risk/Üriner boşaltım yetmezliği; 6) Risk/Üriner retansiyon; 7) Diğer;.....

d) UYKU /İSTİRAHAT SEKLİ:

Normalde gecede kaç saat uyuyor?

Uykuyu kesintiye uğratan bir durum var mı? ☐ Yok ☐ Var.....

Uykuya başlamada bir problem var mı? ☐ Yok ☐ Var

Rahat uyumak/gevşemek için kullandığı bir yöntem var mı? ☐ Yok ☐ Var.....

Gündüz uyuma/şekerleme alışkanlığı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

Uykudan dinlenmiş olarak kalkıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Örnek Hemşirelik Tanıları: 1) Risk/Uyku Düzeni Bozukluğu; 2) Diğer:

e) AKTİVİTE/EGZERSİZ:

Oksijen Kullanımı: ☐ Yok ☐ Var

Oksijen kullanımı var ise: ☐ Nazal Kanül /L/min, ☐ Maske O2

Solunum: ☐ Düzenli ☐ Güçlkle

Solunumda Zorluk: ☐ Hayır ☐ Evet

Solunumda zorluk var ise: ☐ Dinlenmekle ☐ Diğer

Çabayla Öksürük: ☐ Hayır ☐ Evet

Öksürük var ise: ☐ Balgamsız ☐ Balgam → Renk, Yoğunluk....., Miktar.....

Spirometri: Ulaştığı Seviye.....hangi sıklıkla kullanıldığı.....

Aspirasyon: ☐ Hayır ☐ Evet → Hangi sıklıkta.....,Renk/Miktar.....

Yapay Havayolu: ☐ Hayır ☐ Evet → Tipi....., Yeri.....

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİ YERİNE GETİRME DURUMU	0 (Kendi kendine tam bakıyor)	1 (Araç gerece gereksinim duyuyor)	2 (Bir başka kişinin denetiminde yapıyor)	3 (Bağımlı)
Giyinme, kendine çeki düzen verme Giysisini giyme Düğmelerini ilikleyebilme Saçını tarayabilme / yıkayabilme Benzer aktiviteler				
Yerinden Kalkma Sandalyeden ayağa kalkma Yatağa girip çıkma Benzer aktiviteler				
Yemek yeme Çatal- kaşık kullanabilme Bardağı kaldırıp ağzına götürebilme Benzer aktiviteler				
Yürüme Düz yolda yürüyebilme Merdiven inip çıkabilme Benzer aktiviteler				
Hijyen Vücudunu yıkayıp kurulama Tuvalete oturup kalkabilme Diş fırçalayabilme Tırnak bakımı Benzer aktiviteler				

Vital Bulgular

Tarih	Saat	Ateş	Nabız	Solunum	Kan basıncı
	Sabah				
	Öğleden sonra				
	Diğer				
	Sabah				
	Öğleden sonra				
	Diğer				
	Sabah				
	Öğleden sonra				
	Diğer				

Örnek Hemşirelik Tanıları: 1) Risk/Aktivite intoleransı; 2) Risk/Güçsüzlük; 3) Risk/Fiziksel harekette bozulma; 4) Risk/Öz-bakım defisiti: banyo, hijyen, giyinme/beslenme, tuvalet; 5) Düşme riski; 6) Risk/Hava yolu açıklığında yetersizlik; 7) Risk/Doku perfüzyonunda bozulma; 8) Risk/Gaz değişiminde bozulma; 9) Risk/Kardiyak out-putta bozulma; 10) Diğer:.....

f) BİLİŞSEL ALGILAMA BİÇİMİ:

İşitme güçlüğü:

☐ Var

☐ Yok

İşitme cihazı kullanıyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

Görme bozukluğu var mı?

☐ Var

☐ Yok

Gözlük/lens kullanıyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

Dokunma/hissetme kaybı var mı?

☐ Var

☐ Yok

Koku alma yetisi:

☐ Normal

☐ Normal değil

Tat alma yetisi: ☐ Normal ☐ Normal değil **Hallüsinasyon/İllüzyon:** ☐ Yok ☐ Var.....

Konsantre olma/dikkatini toplama yeteneği:.....

Son zamanlarda hatırlamada sorun yaşıyor mu? (yakın ve uzak zamana ilişkin olayları hatırlıyor mu?).....

Örnek Hemşirelik Tanıları: 1) Risk/Akut Konfüzyon; 2) Risk/Kronik Konfüzyon; 3) Risk/Duyusal Algılamada Bozulma; 4) Risk/Düşünce Sürecinde-Hatırlamada Bozulma; 5) Diğer:.....

g) KENDİNİ ALGILAMA/ KAVRAMA BİÇİMİ:

Algıladığı herhangi bir tehlike/korku var mı? ☐ Yok ☐ Var.....

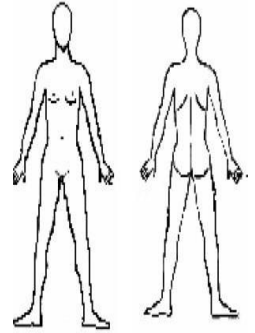
Endişe /Gerginlik /Huzursuzluk var mı? ☐ Yok ☐ Var.....

Yapılan cerrahi uygulamanın bedeninde yarattığı değişim: ☐ Var ☐ Yok

Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendine saygı, güven duyma ve kendine değer verme duygularında bir değişim var mı?

☐ Yok ☐ Var.....

Ağrı Değerlendirme/Yönetimi: ☐ Ağrı var ☐ Ağrı yok



Ağrı Değerlendirme	Tarih /Saat				
Ağrı skoru (0-10)					
Ağrı niteliği					
Farmakolojik tedavi					
Nonfarmakolojik tedavi					
Yan etkiler					

Nitelik	Farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik tedavi	Yan etkiler
1. İğneleyici 2. Yanıcı 3. Kramp 4. Kesici 5. Yanıcı 6. Batıcı 7. Spazm kasılma 8. Zonklayıcı 9. Diğer...	1. IV Non-Steroid AntiEnflamatuar (NSAID) 2. Oral Non-Steroid AntiEnflamatuar 3. IM İlaç 4. Hasta Kontrollü Analjezi (PCA) 5. Opidler 6. Diğer	1. Masaj 2. Dikkati dağıtma 3. Müzik 4. Pozisyon 5. Sıcak/soğuk uygulama 6. Diğer	1. Sedasyon 2. Konstipasyon 3. Hipotansiyon 4. Bulantı - Kusma 5. Kaşıntı 6. Üriner retansiyon 7. Uyuşukluk/karınca lanma 8. Diğer

Ağrıyı Arttıran Faktörler:

Ağrıyı Azaltan Faktörler:

Örnek Hemşirelik Tanıları: 1) Risk/Akut Konfüzyon; 2) Risk/Kronik Konfüzyon; 3) Risk/Akut Ağrı; 4) Risk/Kronik Ağrı; 5) Risk/Sağlığın Sürdürülmesinde Değişim; 6) Risk/Anksiyete; 7) Risk/Benlik Saygısında Bozulma; 8) Diğer:.....

h) ROL İLİŞKİ ŞEKLİ:

Yakın çevre ve arkadaşlarıyla ilişkilerinde bir zorluk yaşıyor mu? ☐ Hayır ☐ Evet.....

Sağlık personeli ile iletişimde bulunuyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Diğer hastalarla iletişimde bulunuyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Konuşma biçimi: ☐ Normal (Düzenli, mantıklı) ☐ Bozuk (hızlı, yavaş, küfürlü, alaycı gibi)

Sözlü ve sözsüz iletişimi arasında uyumsuzluk var mı? ☐ Yok ☐ Var

Dinlemede güçlük çekiyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Bilinç Düzeyini Değerlendirme(Glasgow Koma Skalası)

Glasgow Koma Skalası		
	Yanıt Düzeyi	Puan
Göz Açma	Yok	1
	Ağrılı uyarılara yanıt olarak	2
	Konuşmaya yanıt olarak	3
	Kendiliğinden	4
Motor Yanıt	Yok	1
	Ektensör yanıt	2
	Fleksör	3
	Geri çekme şeklinde	4
	Lokalize edici	5
	İstemli	6
Sözel Yanıt	Yok	1
	Anlaşılmaz sesler	2
	Uygun olmayan yanıt	3
	Dağınık, konfüze yanıt	4
	Orayante yanıt	5
Bireyin/ hastanın toplam Puanı		

Örnek Hemşirelik Tanıları: 1) Risk/Sosyal İlişkilerde Bozulma; 2) Risk/Aile Süreçlerinde Değişim; 3) Risk/Sözel İletişimde Bozulma; 4) Risk/Sosyal İzolasyon; 5) Risk/Kederlenme; 6) Risk/Etkisiz Rol Performansı; 7) Diğer:.....

h) CİNSELLİK VE ÜREME:

Cinsel yaşamında değişiklik var mı? ☐ Yok ☐ Var.....

Örnek Hemşirelik Tanıları: 1) Risk/Seksüel Disfonksiyon; 2) Risk/Etkisiz Seksüel Kalıplar; 3) Risk/Etkisiz Sağlık Yönetimi; 4) Diğer:

i) STRES İLE BAŞETME/ TOLERE ETME DURUMU:

Yaşadığı güçlük, sıkıntı ve engeller var mı? ☐ Yok ☐ Var.....

Bu güçlük ve engellerle nasıl baş edebiliyor?.....

Yaşadığı sıkıntılı durumlarla baş etmede ailesinin verdiği desteği yeterli buluyor mu?

☐ Yeterli ☐ Kısmen yeterli ☐ Yetersiz

Son bir yıl içinde yaşadığı önemli yaşam değişiklikleri var mı? ☐ Yok ☐ Var...

Örnek Hemşirelik Tanıları: 1) Risk/Adaptasyonda Bozulma; 2) Risk/Etkisiz Başetme; 3) Risk/Etkisiz İnkâr; 4) Diğer:.....

LABORATUVAR BULGULARI

KAN BİYOKİMYASI			
Testler	Referans aralığı	Tarih	1.Bu test bu hasta için neden istenmiş açıklayın 2.Anormal bulguların hastanın durumuyla ilişkisi
WBC (Lökosit)	4,800-10,800 bin/mm ³		
RBC (Eritrosit)	4- 6 milyon/mm ³		
PLT (Trombosit)	150-450 bin/μl		
Hemoglobin	12-16 g/dL		
Hematokrit	35-52 %		
AKŞ	74-106 mg/Dl		
TKŞ	80-140 mg/dL		
Na+	136 -145 mEq/L		
K+	3,5-5,1 mEq/L		
Ca	8,4- 10,2 mg/dL		
SGPT (ALT)	0-41 U/L		
SGOT (AST)	0-40 U/L		
ALP	20-130 IU/L		
GGT	0-45 U/L Kadın 0-55 U/L Erkek		
T.Bil	0.1-1.2 mg/dL		
D.Bil	0-0.2 mg/dL		
Albumin	3,97- 4,94 g/dL		
BUN	6-20 mg/dL		
KREATİN	0,7-1,2 mg/dL		
HDL	35-75 mg/dL		
LDL	60-130 mg/dL		
Total kolesterol	40-129 U/L		
Trigliserid	50-200 mg/dL		
T3 T4	2,5-3,9 pg/ml		
TSH	6,1-11,2 pg/ml 0,34-5,6 mU/L		
ANA	<1/40		
ASO	<200 IU/mL		
RF	<200 U/mL		
CRP ESH	<3,0 mg/L 0-15 mm/saat Erkek 0-20 mm/saat Kadın		

Troponin	0,00-0,04 mg/L		
CPK	22-200 IU/L		
CK-MB	0-4,94 ng/mL		
LDH	135-214 U/L		
PT	10,4-14 sn		
INR	0,85-1,15		
İDRAR BİYOKİMYASI			
İdrar dansitesi	1.001-1.035		
PH	4.5-7.5		
Keton	0-15		
Glikoz	0-50		
Bilirubin	Negatif		
Lökosit	1-2		
Eritrosit	0-1		
Kültür			
ARTERİYEL KAN GAZLARI			
PH	7.35-7.45		
PaO2	90-100 mm/Hg 35-45		
PaCO2	mm/Hg		
SpO2	95-97 %		
HCO3	22-26 mEq/L		
Diğer			

KULLANILAN İLAÇLAR VE IV SIVILAR

İlacın Adı	İlacın dozu	İlacın kullanım sıklığı	İlacın kullanılma nedeni

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

HASTALIĞIN ADI:	
HASTALIĞIN TANIMI:	
HASTALIĞIN ETİYOLOJİ/PATOFİZYOLOJİ:	
HASTALIK SÜRECİ	HASTAYA İLİŞKİN HASTALIK SÜRECİ
HASTALIKTA KULLANILAN TANI YÖNTEMLERİ	SİZİN HASTAYA YAPILAN TANI YÖNTEMLERİ
HASTALIĞIN KLİNİK BELİRTİ VE BULGULARI	SİZİN HASTADA GÖRÜLEN KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR
HASTALIĞIN TIBBİ ve HEMŞİRELİK YÖNETİMİ	SİZİN HASTAYA YAPILAN TIBBİ ve HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

HASTA TABURCU VE EĞİTİM FORMU (Gerekli ise kullanınız ve ekleyiniz)	
Hastanın Mevcut Yaşam Koşulları	☐ Yalnız yaşıyor
	☐ Eşi ile yaşıyor
	☐ Diğer (Açıklayınız)
Evde Bakımına Yardımcı Kimse Var Mı?	☐ Hayır
	☐ Evet Evet ise kim?
Hastanın Taburculuktan Sonra Gideceği Yer	
Hasta/Yakınına Taburcu Olacağının Bildirilmesi	<u>Tarih/ Saat</u> <u>Hemşire /İmza</u>
☐ Hastanın hazırlanmasına yardım edilmesi ☐ Varsa eşyasının teslimi	

TABURCULUK PLANINDA ELE ALINACAK KONULAR

İlaç:

Diyet:

Egzersiz:

Öz bakımının Desteklenmesi (banyo yapma, yemek yeme, giyinme, merdiven çıkma, araba kullanma gibi):

Sağlık Kontrolü:

Yardımcı Araç Gereçler:

Yara Bakımı:

Hastalığın Komplikasyonlarına Yönelik Eğitim:

HEMŞİRELİK BAKIM SÜRECİ

Hastanın Adı-Soyadı:

Hastanın Tıbbi Tanısı:

TARİH	TANILAMA		PLANLAMA	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
	HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ		

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME

Bakım planı hazırlanırken dikkat edilecek 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 yer verilmelidir.
3. Laboratuvar verilerinin normal olanları da dâhil olmak üzere hepsi yazılmalı, değerler analiz edilerek gerekli tanılar oluşturulmalıdır.
4. Hastanın ilaçları 7 ve daha az ise tamamı daha fazla ise en önemli 7 tanesi ayrıntılı olarak incelenmelidir.
5. Hemşirelik tanılarını, NANDA da ifade edilen şekliyle ve mutlaka nedeni ile birlikte yazınız.
6. Hastanın tıbbi tanısını hemşirelik tanısına “neden” olarak yazmayınız.
7. Bakım planlarında ortak bir dil kullanılması gerektiğinden, AMAÇ bölümünde mek-mak eklerini kullanınız. Amacınızı yazarken, genel olarak tanıda belirtilen problemi ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek anlamına gelen basit ve net ifadeler kullanınız.
8. Beklenen hasta sonuçları, siz planladığınız uygulamaları gerçekleştirdiğinizde hastanızda ne tür gelişmeler olmasını bekliyorsunuz? Sorusuna vereceğiniz yanıtları içerir. Yine ortak dil kullanılması açısından mesiması eki ile biten net ifadeler kullanınız. Örneğin kanama riski tanısı ile ilgili olarak, BHS: kanama belirtilerinin gözlenmemesi, hastanın vital bulgularının normal olması vb. gibi.
9. 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. 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.

FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU

Klinik Adı:

Öğrencinin Adı-Soyadı:

Tarih:

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	Puan	Öğrenci Puanı
KİŞİSEL NİTELİKLER	9	
1. Zamanında uygulama alanında bulunma ve ayrılma	3	
2. Uygulama süresince uygulamaya devam durumu	3	
3. Forma bütünlüğünü sağlama	3	
İLETİŞİM BECERİLERİ	16	
4. Hasta ve ailesi ile iletişim	4	
5. Hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleriyle iletişim	4	
6. Öğretim üyesi/elemanı ile iletişim	4	
7. Grup arkadaşları ile iletişim	4	
PROFESYONELLİK	16	
8. Kendine olan güveni	4	
9. Sorumluluk alarak uygulamaya katılma durumu	4	
10. Öğrenme ve araştırmaya istekli olma	4	
11. Mesleki ilkelere uyma	4	
BAKIM PLANI	59	
12. Verileri eksiksiz toplama	5	
13. Laboratuvar bulgularını yazabilme, tanımlayabilme ve yorumlayabilme	5	
14. Hastalık hakkında yeterli bilgi yazabilme ve anlatabilme	5	
15. Hastaya yönelik uygun hemşirelik tanısını belirleyebilme	5	
16. Bakımı için gerekli hemşirelik girişimlerini planlayabilme ve anlatabilme	5	
17. Bakım için gerekli hemşirelik girişimlerini uygulayabilme	5	
18. Bakımın sonuçlarını değerlendirebilme	5	
19. Verileri eksiksiz toplama	5	
20. Vizite katılma, vizitte hastasını tanıtabilme ve vaka tartışmalarına katılma	9	
21. Ödevlerini yapma, etkili hazırlama, anlatabilme ve soruları yanıtlayabilme	10	
TOPLAM	100	

Sorumlu Öğretim elemanı
Ad-Soyad\İmza

Öğrenci
Ad- Soyad\İmza