



**T.C.**  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**DERSİ**  
**HASTA TANILAMA FORMU**

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

Öğrencinin Adı Soyadı: \_\_\_\_\_  
Okul Numarası: \_\_\_\_\_  
Hastanın İzlendiği Zaman Aralığı: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ

HASTA TANILAMA FORMU

**DEMOGRAFİK VERİLER**

Hastanın Adı – Soyadı: \_\_\_\_\_  
Doğum Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cinsiyeti:  Kadın  Erkek  
Medeni Durumu:  Evli  Bekar  Dul  
Eğitim Durumu: \_\_\_\_\_ Çocuk Sayısı: \_\_\_\_\_  
Mesleği: \_\_\_\_\_  
Sosyal Güvencesi:  Ücretli  Emekli Sandığı  
 Bağ-Kur  SSK  
 Yeşil Kart  Özel Sigorta  
Tıbbi Teşhisi: \_\_\_\_\_  
Hekimi: \_\_\_\_\_  
Hemşiresi: \_\_\_\_\_

Yatmakta Olduğu Servis: \_\_\_\_\_  
Yatak Numarası: \_\_\_\_\_ Yatış Tarihi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Adresi: \_\_\_\_\_  
Telefon Numarası: |\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Yakınının Adı – Soyadı: \_\_\_\_\_  
Yakınlık Derecesi: \_\_\_\_\_  
Yakınının Adresi: \_\_\_\_\_  
Yakınının Telefon Numarası: |\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**TIBBİ ANAMNEZ**

**PRE-OPERATİF**

Hastanın Yakınması: \_\_\_\_\_  
Kan Grubu: \_\_\_\_\_  Kayıtlı  Hastanın ifadesi  
Hasta daha önce hastaneye yatmış mı?  Hayır  Evet;  
*Ne Zaman:* \_\_\_\_\_  
*Yatış Sebebi:* \_\_\_\_\_  
*Uygulanan Tedavi:* \_\_\_\_\_  
Alerjisi var mı?  Hayır  Evet;  
*Alerjen:* \_\_\_\_\_  
*Reaksiyon:* \_\_\_\_\_  
Protezi var mı?  Hayır  Evet;  
*Protez Cinsi:* \_\_\_\_\_  
*Çıkabiliyor mu?:* \_\_\_\_\_

Hastanın evde düzenli olarak kullandığı ilacı var mı?  
 Hayır  Evet;

İlacın adı	Dozu	Sıklığı	Saati/Saatleri	Yolu

**Hasta sigara kullanıyor mu?**

- Hayır, hasta hiç sigara kullanmamış.  
 Hasta sigara kullanmayı bırakmış;  
*Kullanım süresi:* \_\_\_\_\_ gündür / aydır / haftadır / yıldır  
*Kullanım miktarı:* \_\_\_\_\_ paket /günde – haftada – ayda  
 Evet, hasta sigara kullanıyor;  
*Kullanım süresi:* \_\_\_\_\_ gündür / aydır / haftadır / yıldır  
*Kullanım miktarı:* \_\_\_\_\_ paket /günde – haftada – ayda

**Hasta alkol kullanıyor mu?**

- Hayır, hasta hiç alkol kullanmamış.  
 Hasta alkol kullanmayı bırakmış;  
*Kullanım süresi:* \_\_\_\_\_ gündür / aydır / haftadır / yıldır  
*Kullanım miktarı:* \_\_\_\_\_ bardak /günde – haftada – ayda  
 Evet, hasta alkol kullanıyor;  
*Kullanım süresi:* \_\_\_\_\_ gündür / aydır / haftadır / yıldır  
*Kullanım miktarı:* \_\_\_\_\_ bardak /günde – haftada – ayda



**T.C.**  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**DERSİ**  
**HASTA TANILAMA FORMU**

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

Hastanın uyguladığı sağlıklı yaşam davranışları:  Yok  Var;

Hastanın tıbbi öz geçmişi: \_\_\_\_\_

Hastanın tıbbi soy geçmişi: \_\_\_\_\_

Hastanın şu anda ağrısı var mı?  Hayır  Evet;

*Ağrının yeri ve kapsadığı alanı resim üzerinde işaretleyiniz.*

*Ağrı nerede?:* \_\_\_\_\_

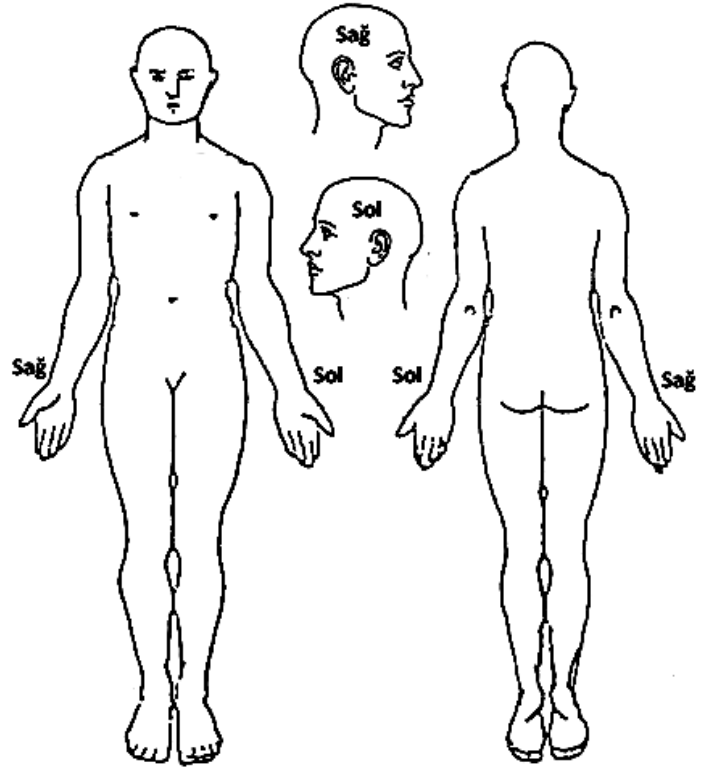
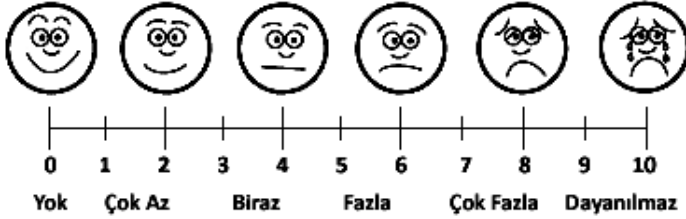
*Ne zaman başladı?:* \_\_\_\_\_

*Niteliği nedir?:* \_\_\_\_\_

*Ağrıyı arttıran faktörler:* \_\_\_\_\_

*Ağrıyı azaltan faktörler:* \_\_\_\_\_

*Şu andaki ağrı şiddetini skala üzerinde işaretleyiniz.*



Hastanın süregelen ağrısı var mı?  Hayır  Evet;

*Ağrı nerede?:* \_\_\_\_\_

*Ne zaman başladı?:* \_\_\_\_\_

*Niteliği nedir?:* \_\_\_\_\_

*Ağrıyı arttıran faktörler:* \_\_\_\_\_

*Ağrıyı azaltan faktörler:* \_\_\_\_\_

**VİTAL BULGULAR**

**PRE-OPERATİF**

*Hastanızı takip ettiğiniz süre boyunca aldığınız vital bulguları yazınız.*

Tarih	Saat	Kan Basıncı (mmHg)	Ateş ( °C)	Nabız ( /dk)	Solunum ( /dk)



**T.C.**  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**DERSİ**  
**HASTA TANILAMA FORMU**

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

**FİZİKİ HEMŞİRELİK DEĞERLENDİRMESİ**

**PRE-OPERATİF**

**Vücut postürü:**  Sağlıklı  Skolyoz  Kifoz  Lordoz

**Hastanın vücut ağırlığı:** \_\_\_\_\_ kg **Hastanın boyu:** \_\_\_\_\_ cm

**Beden Kitle İndeksi (BKİ):** \_\_\_\_\_

- Zayıf  
 Normal  
 Hafif şişman  
 Obez  
 İleri derecede obez

**Son birkaç ayda kilo kaybı var mı?**  Yok  Var \_\_\_\_\_ kg

**Son birkaç ayda kilo artışı var mı?**  Yok  Var \_\_\_\_\_ kg

**Cilt:**  Sağlıklı  Soğuk  Sıcak  Kuru  
 Soluk  Nemli  Sarılık  
 Çatlak **Yeri:** \_\_\_\_\_  
 Ekimoz **Yeri:** \_\_\_\_\_  
 Şişlik **Yeri:** \_\_\_\_\_  
 Döküntü **Yeri:** \_\_\_\_\_

**Saçlar:**  Sağlıklı  Zayıf  Temiz  Kirli

**Tırnaklar:**  Sağlıklı  Zayıf  Sararmış

**Dişler:**  Sağlıklı  Çürük  Eksik

**Gözler:**  Sağlıklı  Kızamık  Akıntılı  Fotofobik  Sarılık

**Ayaklar:**  Sağlıklı  Ödemli  Çatlak

**Eklemler:**  Sağlıklı  Ödemli  Eritem  Kısıtlı hareket

**SİSTEMLERİN HEMŞİRELİK YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**PRE-OPERATİF**

**Kas – İskelet Sistemi:** \_\_\_\_\_

**Kardiyovasküler Sistem:** \_\_\_\_\_

**Pulmoner Sistem:** \_\_\_\_\_

**Gastrointestinal Sistem:** \_\_\_\_\_

**Endokrin Sistem:** \_\_\_\_\_



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
DERSİ  
HASTA TANILAMA FORMU

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

Genitoüriner Sistem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sinir Sistemi ve Duyular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mental Durum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_







**T.C.**  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**DERSİ**  
**HASTA TANILAMA FORMU**

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

**AMELİYAT ÖNCESİ UYGULAMALAR**

Tarih	Saat	Hemşirelik Uygulamaları / Girişimleri / Gözlemleri
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**AMELİYAT ÖNCESİ DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

<input type="radio"/> Düşük Risk	<input type="radio"/> Orta Risk	<input type="radio"/> Yüksek Risk
<input type="checkbox"/> İştihya bozukluğu <input type="checkbox"/> IV bağlantı, laksatifler ve lavmanlar <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalyeye bağımlılık <input type="checkbox"/> 65 yaş ve üzeri olmak <input type="checkbox"/> 2 yaş ve altı olmak	<input type="checkbox"/> Bir kez düşme hikayesi <input type="checkbox"/> Görme bozukluğu, denge bozukluğu, hissizlik <input type="checkbox"/> Nöbetli hastalıklar <input type="checkbox"/> Algılama bozukluğu <input type="checkbox"/> Diüretik, kardiyovasküler sistem ilaçları, narkotik/analjezikler, sedatifler, psikotrop ilaç kullanımı <input type="checkbox"/> Eliminasyon ihtiyacı için yardım, inkontinans <input type="checkbox"/> Mobilizasyon ve transferde yardımcı ihtiyacı <input type="checkbox"/> Ajitasyon	<input type="checkbox"/> Birden fazla düşme hikayesi <input type="checkbox"/> Baş dönmesi, bayılma, ortostatik hipotansiyon <input type="checkbox"/> Yürüme güçlüğü ve denge bozukluğu <input type="checkbox"/> Bilinç bulanıklığı, karar verememe, artan anksiyete <input type="checkbox"/> Genel uyuşukluk, güçsüzlük, kas zayıflığı ve felç



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
DERSİ  
HASTA TANILAMA FORMU

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

AMELİYAT SONRASI HASTA İZLEMİ

Hastanın servise geliş saati: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Ağrının yeri ve kapsadığı alanı resim üzerinde gösteriniz.

Hastanın şu anda ağrısı var mı?  Hayır  Evet;

Ağrı nerede?: \_\_\_\_\_

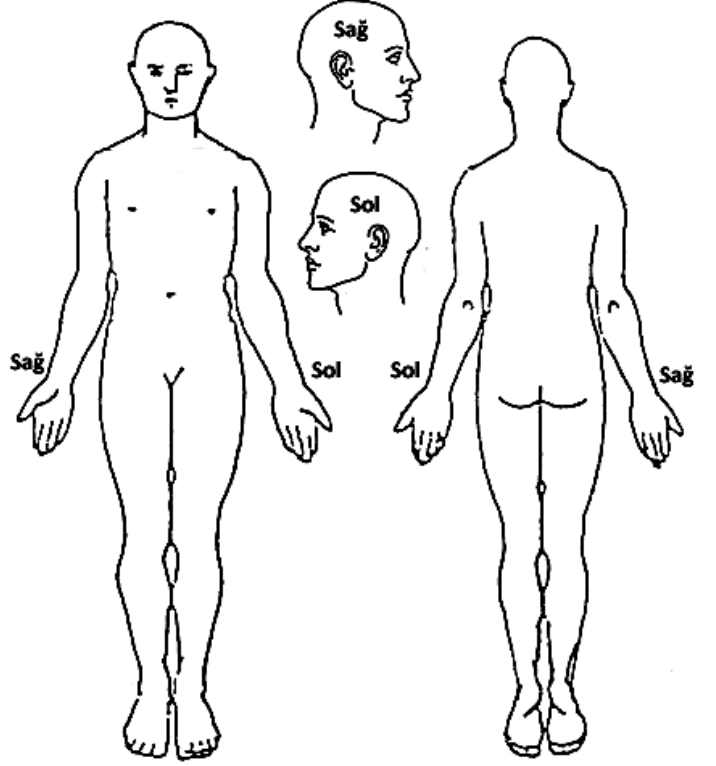
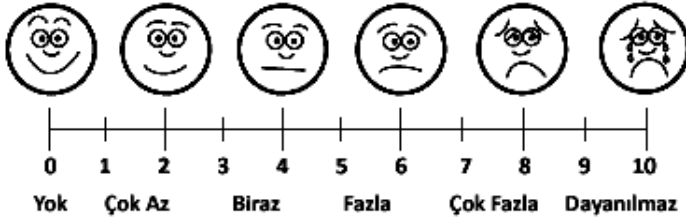
Ne zaman başladı?: \_\_\_\_\_

Niteliği nedir?: \_\_\_\_\_

Ağrıyı arttıran faktörler: \_\_\_\_\_

Ağrıyı azaltan faktörler: \_\_\_\_\_

Şu andaki ağrı şiddetini skala üzerinde işaretleyiniz.



Hastanızın ağrısı için ilaç yapıldıysa not düşününüz.

Tarih	Saat	İlacın Adı	Dozu	Yolu

Ağrının izlemi: Hastanızın ağrısı varsa ve bir girişimde (ilaç uygulama, sıcak uygulama vb.) bulunulduysa ağrının seyrini not düşününüz.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hastanızın post-operatif vital bulgularını takip edip, not alınız.

Tarih	Saat	Kan Basıncı (mmHg)	Ateş ( °C)	Nabız ( /dk)	Solunum ( /dk)





T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
DERSİ  
HASTA TANILAMA FORMU

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

**Aşağıdaki takipleri yaptığınızdan emin olunuz ve bu takiplerle ilgili uygulamaları bir sonraki uygulama / girişim / gözlem formunda belirtiniz**

1. Hava yolu açık mı?  Evet  Hayır
2. Damar yolu açık mı / düzgün çalışıyor mu?  Evet  Hayır;  Değiştirildi
3. Sondası var mı? Varsa geldiğindeki ve 1 saat sonraki seviyesi kaçtır?  Evet; Geldiğinde \_\_\_\_ cc 1 saat sonra \_\_\_\_ cc  Hayır
4. Ameliyat pansumanı temiz mi?  Evet  Hayır;  Değiştirildi
5. Nazogastrik sondası var mı? Varsa geldiğindeki seviyesi kaçtır?  Evet; Geldiğinde \_\_\_\_ cc  Hayır
6. Hastanın bulantısı / kusması var mı?  Evet (Bulantı)  Hayır  Evet (Kusma)  Hayır
6. Hasta mobilize edildi mi? Edildiyse kaç saat sonra?  Evet; \_\_\_\_ saat sonra mobilize edildi  Hayır
7. Hasta ameliyat sonrası yemek yedi mi? Yediyse kaç saat sonra?  Evet \_\_\_\_ saat sonra yemek yedi  Hayır

**AMELİYAT SONRASI UYGULAMALAR**

Tarih	Saat	Hemşirelik Uygulamaları / Girişimleri / Gözlemleri
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



**T.C.**  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**DERSİ**  
**HASTA TANILAMA FORMU**

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

**AMELİYAT SONRASI DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

<input type="radio"/> Düşük Risk	<input type="radio"/> Orta Risk	<input type="radio"/> Yüksek Risk
<input type="checkbox"/> İşitme bozukluğu <input type="checkbox"/> IV bağlantı, laksatifler ve lavmanlar <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalyeye bağımlılık <input type="checkbox"/> 65 yaş ve üzeri olmak <input type="checkbox"/> 2 yaş ve altı olmak	<input type="checkbox"/> Bir kez düşme hikayesi <input type="checkbox"/> Görme bozukluğu, denge bozukluğu, hissizlik <input type="checkbox"/> Nöbetli hastalıklar <input type="checkbox"/> Algılama bozukluğu <input type="checkbox"/> Diüretik, kardiyovasküler sistem ilaçları, narkotik/analjezikler, sedatifler, psikotrop ilaç kullanımı <input type="checkbox"/> Eliminasyon ihtiyacı için yardım, inkontinans <input type="checkbox"/> Mobilizasyon ve transferde yardımcı ihtiyacı <input type="checkbox"/> Ajitasyon	<input type="checkbox"/> Birden fazla düşme hikayesi <input type="checkbox"/> Baş dönmesi, bayılma, ortostatik hipotansiyon <input type="checkbox"/> Yürüme güçlüğü ve denge bozukluğu <input type="checkbox"/> Bilinç bulanıklığı, karar verememe, artan anksiyete <input type="checkbox"/> Genel uyuşukluk, güçsüzlük, kas zayıflığı ve felç



**T.C.**  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**DERSİ**  
**HASTA TANILAMA FORMU**

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

**GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hem *pre-operatif hem de post-operatif* dönemde hastanızın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumunu, buna bağlı saptadığınız problemleri **NANDA'nın hemşirelik tanıları formatına uygun** yazınız. *Hemşirelik Bakım Planı'nı oluştururken buradaki problemlerden mevcut olanlarla ilgili hemşirelik tanısı oluştururken tanının başına (M), potansiyel risk olanlara ise (P/R) koymayı unutmayınız.*

Günlük Yaşam Aktivitesi	Bağımsızlık Düzeyi *	Saptanan / Belirtilen Problemler
Hastanın ve çevresinin güvenliğinin sağlanması	_____	_____
İletişim	_____	_____
Solunum	_____	_____
Yeme – İçme	_____	_____
Boşaltım	_____	_____
Kişisel temizlik ve hijyen	_____	_____
Beden sıcaklığının kontrolü	_____	_____
Hareket	_____	_____
Çalışma ve eğlence	_____	_____
Cinselliğini ifade etme	_____	_____
Uyku	_____	_____
Ölüm	_____	_____

*Kaynak: Sabuncu, N.: Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar, Editör: Necmiye Sabuncu. Alter Yayıncılık, Kalkan Matbaası, Ankara, 2008, s: 87.*

\* Bağımsızlık Düzeyi:

0 – Tam bağımsız

1 – Bir aletin yardımına ihtiyacı var

2 – Bir başkasının yardımına ihtiyacı var

3 – Tam bağımlı, kendisi yapamıyor



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ  
HASTA TANILAMA FORMU

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

HASTANIN ALDIĞI – ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ

TARİH	SAAT	HASTANIN ALDIĞI SIVI				HASTANIN ÇIKARDIĞI SIVI					DENGE	
		IV Sıvı			Oral Sıvı	Toplam	İdrar Miktarı	Dren Seviyesi	Kusma Miktarı	NGS Miktarı		Toplam
		Sıvı Cinsi	Seviye	Giden Miktar								

- Hastanın klinik takibidir
- Hastanın klinik takibi olmadığı için, tablodaki takibi kendim oluşturudum.



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ  
HASTA TANILAMA FORMU

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI	PLANLAMA		UYGULAMA / GİŞİRİM	İMZA	DEĞERLENDİRME
		Amaç	Beklenen Sonuçlar			



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
DERSİ  
HASTA TANILAMA FORMU**

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

**LİTERATÜR BİLGİSİ**



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
DERSİ  
HASTA TANILAMA FORMU**

Doküman No :  
Yayın Tarihi : 24/12/2017  
Revizyon No : 01  
Revizyon Tarihi : 09/08/2022  
Sayfa: 15

**Kaynakça:**

---

---

---