|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ERİŞKİN** | | | | | | | | | | **PEDİATRİK** | | | | | | | |
| **TARİH:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **ADI SOYADI :** | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | **HEMŞİRELİK BAKIMLARI** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **VARDİYA** | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | |
|  | El- yüz bakımı | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | |
|  | Ağız bakımı | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | |
|  | Ο2 ‘li SPO **2 /** Ο2 ‘siz SPO 2 | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | |
|  | Aile eğitimi | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | |
|  | Sıcak uygulama | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | |
|  | Dudak bakımı ( thiocilline vb.….) | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | |
|  | Dudak bakımı (prednol-a krem vb.…. ) | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | |
|  | Soğuk uygulama (buz) | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | |
|  | Ödem kontrolü | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | |
|  | Dren ve yeri | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | |
|  | İntraket ve yeri | | | | |  |  | | | | | |  | | |  | |
| **AĞRI SKALASI** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEVCUT AĞRI DURUMU SAYISAL ( yetişkin için )** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **0**  **ağrı yok** | |  | **1 -2**  **hafif** |  | **3 – 4**  **orta şiddetli** |  | | **5 – 6**  **şiddetli** | | |  | **7 – 8**  **çok şiddetli** | |  | **9- 10**  **Dayanılmaz** | |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
| **Değerlendirme yapılacak zamanlar: 1**.İlk Değerlendirme(Hastanın kliniğe ilk yatışında) **2.**Post-Operatif Dönem **3**.Hasta Düşmesi **4.**Bölüm Değişikliği **5.**Durum Değişikliğinde değerlendirme yapılmalıdır. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hazırlayan  Kalite Birim Sorumlusu | | | | | | | | | Onaylayan  Merkez Müdürü | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ**  **AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI**  **UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ HASTA DÜŞME RİSKİ VE BAKIM PLANI FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-290 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | **DEĞERLENDİRMELER** | | | | | | |  |
| **Değerlendirme Zamanı** | | | | | | |
|  | | **RİSK FAKTÖRLERİ** | | | **İlk Değer** | | **Post-Operatif Dönem** | **Hasta Düşmesi** | | **Bölüm Değişikliği** | **Durum** |  |
| **PUAN** | | **PUAN** | **PUAN** | | **PUAN** | **PUAN** |  |
| **1** | | Nörolojik hastalığı/ semptomu var. | | |  | |  |  | |  |  |  |
| **2** | | Oksijenlenme değişikliği var. | | |  | |  |  | |  |  |  |
| **3** | | Düşme riski açısından özellikli hastalığı/ semptomu var. | | |  | |  |  | |  |  |  |
| **4** | | Hasta uygun yatakta yatırılmıyor. | | |  | |  |  | |  |  |  |
| **5** | | Görme engeli var. | | |  | |  |  | |  |  |  |
| **6** | | Hastaya bağlı 3 ve üstünde bakım ekipmanı var. | | |  | |  |  | |  |  |  |
| **7** | | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk  değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var. | | |  | |  |  | |  |  |  |
| **8** | | Hasta post-op. İlk 48 saatlik dönemde. | | |  | |  |  | |  |  |  |
| **9** | | Riskli ilaç kullanımı var. | | |  | |  |  | |  |  |  |
|  | | **TOPLAM PUAN** | | |  | |  |  | |  |  |  |
| **Risk Değerlendirme Tarihi** | | | | |  | |  |  | |  |  |  |
| **Değerlendirmeyi yapan**  **Hemşirenin Adı-Soyadı ve imza** | | | | |  | |  |  | |  |  |  |
| **YÜKSEK RİSK:** Toplam puanı 15 ve üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilir ve bu hastalarda Dört Yapraklı Yonca sembolü kullanılmalıdır.  **NOT:** Değerlendirme sonucunda, Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler, hastanın risk düzeyine ve hastada var olan  risk faktörlerine göre belirlenmelidir.Düşme Riskini Önleme Prosedürü ‘ne göre yapılır.  Yüksek düşme riski olan hastalar, oda kapısına dört yapraklı yeşil yonca figürü ile tanımlanır ve bu tanımlayıcı hasta odasının giriş kapısında bulunmalıdır.  Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda yatan; yüksek düşme riski olan hastayı, tanımlamak için dört yapraklı yeşil yonca figürü hastanın bulunduğu odada yatak başına asılır. | | | | | | | | | | | |
|  |  | | **HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ**  **( 0-16 Yaş Yatan Hastalarda**  **Kullanılır.)** | | | Hastanın Adı soyadı: | | | Hasta Barkotu | | |
| Hastanın Yaşı | | |  | | |
| Yattığı Bölüm | | |  | | |
| Protokol No | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **HARİZMİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ BİLGİLENDİRME TABLOSU** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Hazırlayan  Kalite Birim Sorumlusu | | | | Onaylayan  Merkez Müdürü | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nörolojik Hastalıklar/Semptomlar** | | * Epilepsi * Mental Retardasyon * Konvülsiyon | | | * Denge bozukluğu * Kooperasyon bozukluğu vb | |
| **Oksijenlenme Değişiklikleri** | | * Solunum Hastalıkları * Dehidratasyon * Anemi * Anoreksi * Senkop | | | * Baş Dönmesi * Asidoz * Ödem * Hipotansiyon vb. | |
| **Özellikli Hastalıklar/Semptomlar** | | * Cam Kemik Hastalığı * Hemofili | | | * Trombositopeni * İdiopatik Trombositopenik Purpura | |
| Hastane yönetimi tarafından hastanın yaşına, genel durumuna, boy-kilo vb. özelliklerine göre uygun yatak tanımlaması yapılmalıdır. | | | | | | |
| **Hasta Bakım Ekipmanları** | | * IV İnfüzyon * Solunum Cihazı * Kalıcı Kateter | | | * Dren * Perfüzatör * Pacemaker vb. | |
| Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyaç durumu yürüme kabiliyetini edinmiş hastalarda değerlendirilir. | | | | | | |
| **Riskli İlaçlar** | | * Hipnotikler * Barbitüratlar * Nöroleptikler * Antidepresanlar * Laksatifler/Diüretikler * Narkotikler * Kemoterapötikler * Sedatifler * Antihipertansifler * Antidiyabetikler | | | | |
|  | **İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ**  **(16 Yaş Üzeri Yetişkin Yatan Hastalarda**  **Kullanılır)** | | | Hastanın Adı soyadı: | | Hasta Barkotu |
| Yattığı Bölüm | |  |
| Protokol No: | |  |
| **Değerlendirme yapılacak zamanlar:**   1. İlk Değerlendirme(Hastanın kliniğe ilk yatışında) 2. Post-Operatif Dönem 3. Hasta Düşmesi 4. Bölüm Değişikliği 5. Durum Değişikliğinde değerlendirme yapılmalıdır. | | | | | | |
| Hazirlayan  Kalite Birim Sorumlusu | | | Onaylayan  Merkez Müdürü | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | **RİSK FAKTÖRLERİ** | | | | | **Değerlendirme Zamanı** | | | | | |  |
| **İlk Değer lendirme** | | **Post-operatif Dönem** | **Hasta Düşmesi** | **Bölüm Değişikl iği** | **Durum Değişik liği** |  |
| **PUAN** | | **PUAN** | **PUAN** | **PUAN** | **PUAN** |  |
| **1** | **Minör Risk Faktörleri** | 65 yaş ve üstü. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **2** | Bilinci kapalı. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **3** | Son 1 ay içinde düşme öyküsü var. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **4** | Kronik hastalık öyküsü var.\* | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **5** | Ayakta/yürürken fiziksel desteği (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.)ihtiyacı var. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **6** | Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **7** | Görme durumu zayıf. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **8** | 4’den fazla ilaç kullanımı var. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **9** | Hastaya bağlı 3’ün altında bakım ekipmanı var.  \*\* | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **10** | Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **11** | Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **12** | **Majör Risk Faktörleri** | Bilinç açık, koopere değil. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **13** | Ayakta/yürürken denge problemi var. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **14** | Baş dönmesi var. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **15** | Ortostatik hipotansiyonu var. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **16** | Görme engeli var. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **17** | Bedensel engeli var. | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **18** | Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var. \*\* | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **19** | Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var . \*\*\* | | | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | **TOPLAM PUAN** | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **Risk Değerlendirme Tarihi** | | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| **Değerlendirmeyi yapan**  **Hemşirenin Adı-Soyadı ve imza** | | | | | | | | | | | |  |
| **Düşük Risk** | | | | Toplam Puanı 5’in altında | | | | | | | |  |
| **Yüksek Risk** | | | | Toplam Puanı 5 ve 5’in üstünde(Dört yapraklı yonca figürü kullanılır) | | | | | | | |  |
| **NOT:** Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir. | | | | | | | | | | | | |
| **İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ BİLGİLENDİRME TABLOSU** | | | | | | | | | | | | |
| **\*Kronik Hastalıklar** | | | * Hipertansiyon * Diyabet * Dolaşım Sistemi Hastalıkları * Sindirim Sistemi Hastalıkları | | | | * Artrit * Paralizi * Depresyon * Nörolojik hastalıklar | | | | | |
| **\*\*Hasta Bakım Ekipmanları** | | | * IV İnfüzyon * Solunum Cihazı * Kalıcı Kateter * Göğüs Tüpü | | | | * Dren * Perfüzatör * Pacemaker vb. | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Hazirlayan  Kalite Birim Sorumlusu | | | | | Onaylayan  Merkez Müdürü | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*\*\*Riskli İlaçlar** | * Psikotroplar * Narkotikler * Benzodiazepinler * Nöroleptikler * Antikoagülanlar * Narkotik Analjezikler * Diüretikler/Laksatifler * Antidiayebetikler * Santral Venöz Sistem İlaçları(Digoksin vb.) * Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar | | | |
| **Değerlendirme sonucunda, düşme riski tespit edilen(var olan) risk faktörlerine ve risk düzeyine göre önlem alınır.** | | | | |
| **ŞUUR DÜZEYİ** | | Uyanık ve oryante | |  |
| Hafif dokunuşla uyarıbiliyor | |  |
| Sadece taktil uyarıya cevap verebiliyor | |  |
|  | | | | |
| **FİZİKSEL AKTİVİTE** | | Emirle tüm ekstremiteleri oynatabiliyor | |  |
| Ekstremite hareketlerinde güçsüzlük | |  |
| Ekstremiteleri hareket ettirememe | |  |
| **TABURCULUK KRİTERLERİ (FAST – TRACKİNG )** | | | | |
| **HEMODİNAMİK STABİLİTE** | | TA < % 15 bazal OAB | |  |
| TA < % 15 - % 30 bazal OAB | |  |
| TA> % 3 0 b a z a l O A B ’ n ı n a l t ı n d a | |  |
|  | |  | | |
| **SOLUNUMSAL FONKSİYONLAR** | | Derin soluyabiliyor | |  |
| Yeterli öksürükle takipne | |  |
| Öksürükle dispne | |  |
|  | | | | |
| **O2 Saturasyonu** | | Oda havasında > % 90 | |  |
| Nazal oksijen desteği | |  |
| O2 desteği ile < % 90 | |  |
| **POSTOPERATİF AĞRI KONTROLÜ** | | Yok veya hafif | |  |
| Analjezik ile kontrol edilen orta –şiddetli ağrı | |  |
| İnatçı şiddetli ağrı | |  |
| **POSTOPERATİF KUSMA SEMPTOMLARI** | | Bulantı yok veya hafif ,aktif kusma yok | |  |
| Geçici kusma | |  |
| Orta dirençli bulantı – kusma | |  |
| **TOPLAM SKOR 14 ÜST SINIR TOPLAM SKOR 9 > HASTA TABURCU** | | | | |
| Hazirlayan  Kalite Birim Sorumlusu | | | Onaylayan  Merkez Müdürü | |