

## BİREY VERİ TOPLAMA FORMU

Görüşmenin yapıldığı tarih: .....  
Görüşmenin yapıldığı yer:  Klinik  Huzurevi Oda no:..... Yatak no:.....  
Görüşmeyi yapan kişi: .....  
Görüşmenin yapıldığı kişi (birey, yakını): .....  
Yatış tarihi: .....  
Ön Tanı: .....

### I- BİREYE ÖZEL TANITICI BİLGİLER

Adı Soyadı: ----- Doğum Yeri:-----  
Yaşı: ----- Cinsiyet:-----  
Eğitim durumu: ----- Medeni Durumu:-----  
Meslek:----- Çocuk sayısı:-----  
Adres: .....  
Telefon:-----  
Sosyal güvence:  Yok  Var

Başvuru şekli:  Poliklinik/isteyerek  Başka bir klinik  
 Başka bir hastane  Acil  
Geliş şekli:  Ayaktan  Sedyeye  Sandalye  
Evden getirdiği/kullandığı tıbbi araç gereçler:  
 İlaç  İşitme cihazı  Takma diş  
 Gözlük  Diğer.....

### II- BİREYİN SAĞLIK/HASTALIK ÖYKÜSÜ

#### 1- Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri:

##### a- Sağlığın Algılanması ve Sağlığın Yönetimi:

Başlıca yakınması:.....  
Genellikle sağlığını nasıl değerlendiriyor?:.....  
Önceden geçirdiği hastalık ya da ameliyatlar:.....  
Daha önce hastaneye yatmış mı?.....  
Evet ise yatış sayısı:.....  
Yatış nedeni:.....  
Yatış süresi:.....  
Daha önce kullandığı ilaçlar:.....  
Önerilen tedavileri düzenli olarak uyguluyor mu?.....

Şu anda kullandığı ilaçlar	Dozu	P.O.	P.E.	Saati	Kullanma nedeni

İlaçlarıyla ilgili herhangi bir problem var mı?

Evet  Hayır

Evet ise ne tür bir problem var?.....

**Risk Faktörleri:**

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

Aylık kendi kendine testis/meme muayenesi yapıyor mu?

Evet  Hayır

**Alerjileri** (ilaç, besin, flaster, boya..):-----

**b. Beslenme ve metabolik durum:**

Beslenme şekli:  Normal  Yardımla besleniyor  Parenteral

Enteral  Gastrostomi

Diyeti var mı?  Hayır  Evet -----

İştah durumu nasıl?  Normal  Artmış  Azalmış  Bulantı  Kusma

Yeme/yutma gücüğü var mı?  Yok  Katı besin  Sıvı besin

Günlük sıvı alımı:-----

Ağız mukozasının durumu:

Normal  Stomatit  Hiperemik

Kanama  Monoliazis

Ağız kokusu var mı?  Evet  Hayır

Dişlerin Durumu ve sayısı:-----

**c- Boşaltım Şekli:**

Bağırsak alışkanlığı:-----/gün

Son defekasyon tarihi:-----

Defekasyon durumu:

Normal  Konstipasyon  Diyare  İnkontinans  Ostomi  Enkoprezis

Defekasyon gereksinimini karşılama biçimi:

Normal  Sürgü  Komod  Alt bezi

Laksatif kullanma durumu: .....

Mesane Alışkanlıkları:

Normal Sıklığı:-----

Dizüri  Noktüri  Sıkışma/kaçırma  Hematüri  Retansiyon  Enürezis

İnkontinans:  Yok  Var  Total  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?.....

**d- Aktivite/Egzersiz:**

<b>Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirme Durumu</b>	<b>0 (kendi kendine tam bakıyor)</b>	<b>1 (araç gerece gereksinim duyuyor)</b>	<b>2 (bir başka kişinin denetiminde yapıyor)</b>	<b>3 (bağımlı)</b>
<b>Giyinme, kendine çeki düzen verme</b> Giysisini giyme Düğmelerini ilikleylebilme Saçını tarayabilme / yıkayabilme Benzer aktiviteler				
<b>Yerinden Kalkma</b> Sandalyeden ayağa kalkma Yatağa girip çıkma Benzer aktiviteler				
<b>Yemek yeme</b> Çatal- kaşık kullanabilme Bardağı kaldırıp ağzına götürebilme Benzer aktiviteler				
<b>Yürüme</b> Düz yolda yürüyebilme Merdiven inip çıkabilme Benzer aktiviteler				
<b>Hijyen</b> Vücudunu yıkayıp kurulama Tuvalete oturup kalkabilme Diş fırçalayabilme Tırnak bakımı Benzer aktiviteler				

Banyo yapma sıklığı:-----/hafta

Diş fırçalama sıklığı:-----/gün

Genel görünüm:  Bakımlı  Bakımsız

**e- Uyku /İstirahat Şekli:**

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.....

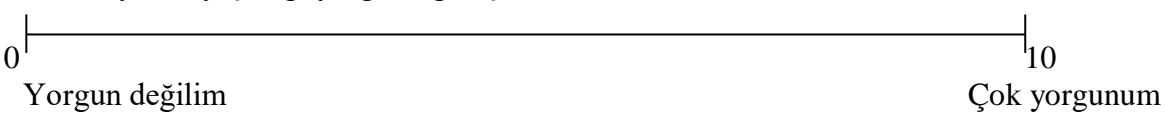
Gündüz uyuma/şekerleme alışkanlığı var mı?

Evet  Hayır  Bazen

Uykudan dinlenmiş olarak kalkıyor mu?

Evet  Hayır

Gün boyunca yaşadığı yorgunluğun şiddeti:



**f- Bilişsel Algılama Biçimi:**

- 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:-----  
En kolay öğrenme şekli (okuyarak, dinleyerek, görerek):-----  
Öğrenmede zorluk çekiyor mu?-----  
Kolay karar verme yeteneği:-----  
Son zamanlarda hatırlamada sorun yaşıyor mu? (yakın ve uzak zamana ilişkin olayları hatırlıyor mu?)-----

**AĞRI:**  Var  Yok

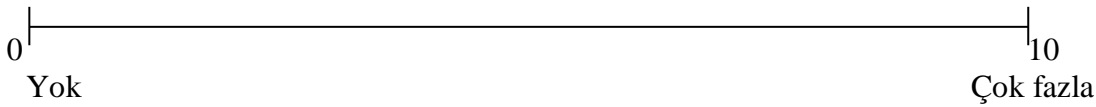
**Yeri:**-----

**Ağrının Başlama Zamanı ve Süresi:**-----

**Ağrının Niteliği:**  Zonklayıcı  Yanıcı  Batıcı  Yangı  
 Künt  Bıçak saplanır tarzda  Diğer-----

**Ağrının Şiddeti:**

**AĞRI SKALASI**



**Ağrıyı Azaltan Faktörler:**  Ortam değişikliği  Hareket  Pozisyon  
 Masaj  İlaç  Diğer-----

**Ağrıyı Arttıran Faktörler:**  Oturma  Masaj  Hareket  
 Pozisyon  Diğer-----

**Hastanın ağrıyı azaltmak için yaptığı herhangi bir şey var mı?**.....

**Ağrının yaşam kalitesine etkisi:**

**Eşlik eden bulgular:**  Bulantı-kusma  Uykusuzluk  İştahsızlık  
 Fizik aktivitede azalma  Sosyal aktivitede azalma  Terleme  
 Diğer-----

**g- Kendini Algılama/ Kavrama Biçimi:**

Algıladığı herhangi bir tehlike/korku var mı?  Yok  Var.....  
Endişe /Gerginlik /Huzursuzluk var mı?  Yok  Var.....  
Öfke/kızgınlık var mı?  Yok  Var.....  
Umutsuzluk var mı?  Yok  Var.....  
Keder/ağlamaklı olma durumu var mı?  Yok  Var.....  
Bireyin kendi bedeni hakkındaki görüşlerinde bir değişiklik var mı?  
 Yok  Var-----

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

Yok  Var-----

Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendi kimliği hakkındaki görüşlerinde değişme var mı?

Yok  Var-----

Birey içinde bulunduğu durum nedeniyle başkalarının kendi kimliği hakkındaki görüşlerinin değiştiğini düşünüyor mu?

Hayır  Evet-----

### 1- Rol İlişki Şekli

Rolleri yerine getirme yeteneğinde yetersizlik var mı? (Anne, baba, çocuk, mesleki rol):

.....  
Yaşamınızda önemli olan kişiler.....

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 modeli:  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

Toplumsal kurallara uygun olmayan davranışı var mı?(Bulunduğu ortamda kendine, etrafındakilere zarar verebilecek davranışlar)

Yok  Var-----

Ailenin ve ona yakın olan kişilerin hastalığa karşı tutumu:-----

### i- Cinsellik ve Üreme:

Cinsel yaşamında değişiklik var mı?

Yok  Var-----

Doğum kontrol yöntemi kullanıyor mu?

Yok  Var-----

Menstruasyon öyküsü:  Düzenli  Düzensiz

Menopoz/Andropoz  Var  Yok

Gebelik  Var  Yok

Memeler  Akıntı  Şekil bozukluğu

Ağrı  Kitle

Son adet tarihi (SAT):-----

Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü varsa belirtiniz?-----

Bulaşıcı /diğer hastalıklara ilişkin seksüel endişeleri var mı?

Hayır  Evet -----

### j- Stres ile 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-----  
Hastalık veya hastaneye yatmaya ilişkin endişeleri var mı? (Parasal, özbakım.)  
 Yok  Var-----

### k- İnanç ve Değerler Şekli:

Dini inançları ve dinin önemi:-----  
Yararlı/Başetmeyi kolaylaştırıcı dini uygulamaları:-----  
Dinsel kısıtlama/ yasaklar var mı?  
 Yok  Var-----  
Yaşam hakkındaki inanç ve değerleri:-----  
Ölüm hakkındaki inanç ve değerleri: :-----

## III- AİLEYE İLİŞKİN BİLGİLER

### 1- Ailenin Sosyo-kültürel Yapısı

Birlikte yaşadığı Kişiler:

Adı Soyadı	Yaşı	Cinsiyeti	Eğitim durumu	Yakınlık derecesi	İşi	Rolleri

**Aile İçi İlişkiler:** Karı-koca:.....  
Ebeveyn-Çocuk:.....  
Çocuklar arası:.....

Ailenin destek alabileceği kişi/kişiler (arkadaş, akraba):.....

### Ailede karar verme:

Kararları kim verir?.....  
Nasıl verir? (Tek başına, ortaklaşa):.....

### Ailenin alışkanlıkları:

Uyku alışkanlıkları (yatış/kalkış saati): -----  
Beslenme alışkanlıkları (kaç öğün, en çok tüketilen besinler):.....  
Boş zaman aktiviteleri (aile üyeleriyle birlikteyken): .....  
Sigara/ alkol kullanan var mı?.....

### Ekonomik Durum:

Ailede çalışan kişi sayısı: .....  
Gelir düzeyi yeterli mi? .....

### Ailenin İnanç ve Değerleri:

Dini inançları güçlü mü? -----  
Aile içi güçlük, sıkıntı ve engellerle nasıl baş ediyorlar?-----  
-----  
Bireyin hastalığına ilişkin ailenin geleneksel uygulamaları:-----  
Ailenin sağlık/hastalıkla ilgili tutumu ve bilgisi:-----

## 2- Ailenin Sağlık Öyküsü

Ailede (anne,baba, kardeş..) ruhsal/bedensel hastalığı olan var mı?

Evet  Hayır

Evet ise kim ve ne tür hastalığı var:-----

## 3- Ailenin Fizik Ortamı

Evin tipi (apartman katı, müstakil, gecekonda):-----

Oda sayısı:-----

Evin ısınma şekli:-----

Kaza olasılığı (kaygan yer, ev içinde merdiven, eşikler vs.):-----

Ulaşım(Sağlık kurumları, alış-veriş):-----

## FİZİKSEL DEĞERLENDİRME (Objektif):

Kilo:..... Boy:..... Kilo persentil:..... Boy persentil:.....

Beden Kitle İndeksi (kilo/boy<sup>2</sup>):.....

Değerlendirme:  < 20 zayıf  20-24.9 uygun kilo

25-29.9 hafif obez  30-39.9 obez

> 40 aşırı obez

Son 1 yılda kilo alma/ kilo kaybı var mı?-----

Varsa ne kadar?-----

Ateş:-----

Nabız:-----  Güçlü  Zayıf  Düzenli  Düzensiz

Kan basıncı:-----  Sağ kol  Sol kol  Oturarak  Yatış

Solunum hızı:-----/dk

Solunumun niteliği:  Normal  Yüzeysel  Hızlı  Çabalı  Diğer

Genel görünüm:  Bakımlı  Bakımsız

## LABORATUVAR BULGULARI

### Tam kan sayımı:

WBC (Lökosit):-----

RBC (Eritrosit):-----

PLT (Trombosit):-----

Hb:----- Htc:-----

### BİYOKİMYA:

TKŞ:-----

AKŞ:-----

Na:-----

K:-----

Ca:-----

Cl:-----

Diğer:-----

### RUTİN İDRAR:

Dansite:-----

Glikoz:-----

PH:-----

Keton:-----

Alb:-----

Bil:-----

Sediment:-----