



# HEM REL K BAKIM PLANI FORMU

Doküman Kodu	HB.FR.01
Yayın Tarihi	13.01.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	1 / 4

HASTANIN ADI-SOYADI: C NS YET : YA I: TAR H:

HEM REL K TANISI	SEMPTOM	AMAÇ	Uygulama Zamanı (Tarih)							HEM REL K G R MLER	FT	De erlendirmeler (Tarih)							
			Pazartesi	Salı	Çar amba	Per embe	Cuma	Cumartesi	Pazar			Pazartesi	Salı	Çar amba	Per embe	Cuma	Cumartesi	Pazar	
ANKS YETE R SK	Var	*Anksiyeteyi azaltmak ve gidermek.								Hastaya kendimi, çalı anları, klini i ve odasını tanıttım.	08-16								
	Yok									Tedavi yöntemlerini sözel olarak ifade ettim.									
											Hastaya soru-cevap ekinde kendisini ifade etmesini sa ladım.	16-08							
											Acil durumlarda neler yapabilece ini anlattım.								
											lem öncesi hastaya açıklama yaptım.								
										Hastanın görü ünü aldım ve bakımda rol almasını sa ladım.									
A RI	Var	*A rıyı gidermek ya da tolere edilebilir seviyeye indirmek.								Extiremiteleri yastıkla destekledim.	08-16								
	Yok									A rıyla ba etme metodlarını anlattım.									
											A rı bölgesine uygun sıcak-so uk uygulama yaptım	16-08							
											A rının devamlılı ını kontrol ettim, hekime bilgi verdim.								
											Dr. onayıyla analjezik ilaç uyguladım.								
BESLENME YETERS ZL	Var	*Yeterli ve dengeli beslenmesini sa lamak,*Uzun süreli yatı larda kilo kaybını önlemek,*Doku bütünlü ünün devamını sa lamak.								Hastanın diyetini diyetisyen/doktoruyla birlikte düzenledim.	08-16								
	Yok									Diyetine uyması konusunda e itim verdim.									
											Ö ün öncesi-sonrası a ız bakımı yaptım.	16-08							
											Oral alıp almadı ını takip ettim, gerekti inde hekimine haber verdim.								
BULANTI-KUSMA	Var	*Bulantı ve kusmanın giderilmesi *Hastanın huzursuzlu unun giderilmesi *Yetersiz beslenmenin önlenmesi								Aspirasyonu önleyecek ekilde pozisyon verdim.	08-16								
	Yok									Hasta ba ında aspirasyon geli ti inde kullanılacak malzemeleri buldurdum, malzemeler hakkında hastaya bilgi verdim.									
											Kusma sonrası a ız bakımı yaptım.	16-08							
											Dr. onayıyla antiemetik ilaç uyguladım.								

Not 1:Hem ire de erlendirmesinde a a ıda belirtilen kodlama kullanılacaktır.

Not 2: Bakım Planı Formu haftalıktır. Her pazartesi yeni formdan takip sa lanmalıdır.

1. PROBLEM G DER LD

2. PROBLEMDE AZALMA GÖZLEND

3. PROBLEM DEVAM ED YOR

HEM REL K TANISI	SEMPATOM	AMAÇ	Uygulama Zamanı (Tarih)							HEM REL K G R MLER	FT	De erlendirmeler (Tarih)						
			Pazartesi	Salı	Çar amba	Per embe	Cuma	Cumartesi	Pazar			Pazartesi	Salı	Çar amba	Per embe	Cuma	Cumartesi	Pazar
DOKU BÜTÜNLÜ ÜNDE BOZULMA	Var Yok	*Doku bütünlü ünün korunması ve devamlılı ının sa lanması								Hastanın sürtünmesini engelleyecek ekilde, kemik çıkıntılarını yastıkla destekleyerek sık pozisyon verdim.	08-16							
										Bası yarası riski için yatak çar aflarını gergin ve kuru tuttum.								
										Özel havalı yataklar kullandım.	16-08							
										Cildi ödem yönünden de erlendirdim.								
										Deriyi özellikle, eklemlere masaj uygulayarak nemlendirdim.								
										Pansumanı kontrol ettim, gere inde yeniledim.								
							Doktoruyla görüşerek uygun diyetle ba ladım.											
ENFEKSİYON R SK	Var Yok	*nvaziv girişimlere ba lı enfeksiyon oluşmasının engellemesi *Yatır süresini azaltmak amacıyla, nazokomiyalenfeksiyonları önlemek							Çapraz kontaminasyonu engellemek için, el hijyenine dikkat ettim.	08-16								
									nfüzyon setleri 72 st, lipid emülsiyon, kan ve kan ürünleri setleri 24 st'te bir de i tirdim.									
										Enfeksiyon bulguları yönünden hastayı yakından takip ettim, gözleledi im enfeksiyon bulgularını hekime bildirdim.	16-08							
										Tüm uygulamalarda asepsi kurallarına uydum.								
F Z KSEL TRAVMA R SK	Var Yok	*Hastanın yaralanmasını engellemek							Yatak kenarlıklarını kaldırdım, sedye ve tekerlekli sandalye emniyet kemerlerini kullandım.	08-16								
									Hasta odası ve yatak çevresinin güvenli i sa ladım.									
										Mobilizasyonun gözetim altında yapılmasını sa ladım.	16-08							
										Ajite hastanın hekimin onayı ile uygun ekilde tespitini sa ladım.								
							Hekim onayıyla ilaç uygulamasında bulundum.											
SOLUNUM FONKSİYONUNDA BOZULMA	Var Yok	*Gaz de i iminin Normalsınırlarda Olmasını sa lamak							Hava yolu tıkanıklılı ı var mı, kontrol ettim.	08-16								
									Derin soluk alıp verme ve öksürük egzersizleri yaptırıldı.									
										Hastanın O2 almasını sa ladım.Uygun pozisyon verdim.	16-08							
										Hastanın durumunu hekime bildirdim.								
HİPERTERMİ	Var Yok	*Vücut ısısını normal de erlerde tutmak, *Terlemeden kaynaklı sıvı kaybını önlemek, *Hipertermi nedenini tespit edip gidermek.							Hastanın uygun ekilde giyinmesi hakkında bilgilendirdim/sa ladım.	08-16								
									Uygun aralıklarla ate takibi yaptım.									
										Enfeksiyon bulguları yönünden de erlendirdim.	16-08							
									Hastaya so uk uygulama yaptım.									
									Hekimin onayıyla antipiretik ilaç uyguladım.									
							Hasta odasının havalandırmasını sa ladım.											

Not 1:Hem ire de erlendirmesinde a a rda belirtilen kodlama kullanılacaktır.

Not 2: Bakım Planı Formu haftaliktir. Her pazartesi yeni formdan takip sa lanmalıdır.

1. PROBLEM G DER LD

2. PROBLEMDE AZALMA GÖZLEND

3. PROBLEM DEVAM ED YOR

HEM REL K TANISI	SEPTOM	AMAÇ	Uygulama Zamanı (Tarih)							HEM REL K G R MLER	FT	De erlendirmeler (Tarih)						
			Pazartesi	Salı	Çar amba	Per embe	Cuma	Cumartesi	Pazar			Pazartesi	Salı	Çar amba	Per embe	Cuma	Cumartesi	Pazar
H POTERM	Var	*Metabolizmanın devamlılı ı için gerekli sıvı ve enerji deste inin sa lanması, *Vücut ısısının normal de erlerde tutmak.									Uygun aralıklarla ate takibi yaptım.	08-16						
	Yok		Algılamada zorluk, hafıza kaybı ve uyku hali gibi belirtiler yönünden de erlendirdim.								Hastanın üzerini örttüm.							
			Odanın uygun derecede ısınmasını sa ladım.	16-08								Hastayı uygun ekilde giydirdim.						
			Hekim onayıyla bol sıvı almasını sa ladım.									Postral drenaj egzersizlerini yaptırdım.	08-16					
HAVA YOLU TEM ZLEMEDE EKSKL K	Var	*Hava yolu açıklı mın sa lanması.									Yemek öncesi-sonrası hastanın a ız hijyenini sa ladım.	08-16						
	Yok		Muközmembran nemlendirici uyguladım.								Muközmembranları kontrol ettim, hekime bilgi verdim.		16-08					
			Hekimin önerdi i ilacı uyguladım.								drar dansitesi gözlenir.	08-16						
			Aldı ı-çıkardı mın takibini yaptım.								Deri turgorunu de erlendirdim.							
ORAL MUKÖZ MEMBRANDA DE KL K	Var	*Muközmembranları n doku bütünlü ünü sa lamak.									Muközmembranların nemlili ininkontrolünü yaptım.	16-08						
	Yok		Hekim onayıyla destekleyici sıvı tedavisi uyguladım.							Hastanın uyku düzenini ve alı kanlıklarını belirledim.	08-16							
			Korku ve dü üncelerini ifade etmesini sa ladım.									Yatmadan önceki 3-4 saat içinde çay-kahve gibi uyarıcı içecekleri içmemesini önerdim.	16-08					
			Uyumadan önce ılık du alması için te vik ettim.								Uyku saatlerinde çevrede gürültü olmamasını sa ladım.							
SIVI-VOLÜM DENGES ZL (R SK )	Var	*Sıvı-volüm eksikli inigidermek.									Uyku saatlerinde çevrede gürültü olmamasını sa ladım.	08-16						
	Yok		Tedavi saatlerinin uyku saatine denk gelmemesini sa ladım.															
UYKU DÜZEN NDE BOZUKLUK	Var	*Uyku düzensizli ini gidermek, *Gece uykusunu almasını sa lamak ve aktiviteler için gerekli enerjiyi toplamasına yardımcı olmak										08-16						
	Yok																	
												16-08						

Not 1:Hem ire de erlendirmesinde a a ıda belirtilen kodlama kullanılacaktır.

Not 2: Bakım Planı Formu haftahlıktır. Her pazartesi yeni formdan takip sa lanmalıdır.

1. PROBLEM G DER LD

2. PROBLEMDE AZALMA GÖZLEND

3. PROBLEM DEVAM ED YOR

HEM REL K TANISI	SEMP TOM	AMAÇ	Uygulama Zamani (Tarih)							HEM REL K G R MLER	FT	De erlendirmeler (Tarih)						
			Pazartesi	Salı	Çar amba	Per embe	Cuma	Cumartesi	Pazar			Pazartesi	Salı	Çar amba	Per embe	Cuma	Cumartesi	Pazar
H POGL SEM	Var Yok	*Kan glikoz düzeyini normal seviyeye çıkarmak								Hipoglisemi belirtileri ve bulguları açısından izledim.	08-16							
										Kan-glikoz düzeyini belirli aralıklarla ölçtüm.								
											Hastaya hipoglisemiye yönelik belirtiler hakkında bilgi verdim.	16-08						
											Hipoglisemi durumunda oral glikoz içeren içecekler verdim. Dr-Diyetisyen i birli i ile mai ve beslenmesini düzenledim.							
H PERGL SEM	Var Yok	*Kan glikoz düzeyini normal seviyeye indirmek.								Hiperlisemi belirtileri ve bulguları açısından izledim.	08-16							
										Kan-glikoz düzeyini belirli aralıklarla ölçtüm.								
											Dr istemi dahilinde insülin ve oral diyabet ilaçlarını uyguladım.	16-08						
											Dr-Diyetisyeni birli i ile mai, egzersiz ve beslenmesini düzenledim.							
KONST PASYON	Var Yok	*Konstipasyon gelişimini önlemek, gelişimi gidermek. *Ba ırsak hareketlerinin normal olmasını sağlamak								Hastaneye yatmadan önceki defakasyon alı kanlı ını sorguladım.	08-16							
										Lifli ve posalı gıdaların almasının önemini anlattım.								
											Belirli aralıklarla komod/tuvalet oturmasını sağladım.	16-08						
											Hareket kısıtlı ı söz konusu ise ROM hareketlerini uygulattım. Kontrendike de ilse sıvı alım desteklemesi yaptım. Erken mobilize olmasını sağladım. LH'de Dr. istemine göre Laksatif /Lavman uyguladım							
DRAR RETANS YONU	Var Yok	*Hastanın idrar yapmasını kolayla tırmak ve mesane boşaltımını sağlamak								Ki inin mahremiyetini sağlamak amacıyla uygun pozisyonda sürgü ve ördek kullandım.	08-16							
										Belirli aralıklarla idrar miktarını kaydettim.								
											Alt abdominal bölgeye sıcak uygulama yaptım.	16-08						
											Hekime bilgi verdim.							
KANAMA R SK	Var Yok	*Kanama belirtisi ve bulgularını erken tanımak. *Var olan kanamayı durdurmak ve oluşabilecek kanamayı engellemek (travma, enfeksiyon, kanama)								Hastayı travmalardan korumak için gerekli önlemleri aldım.	08-16							
										A ızdan, rektal yolla ve idrarla kan gelip gelmedi ini gözledim.								
											Gizli(internal)kanama belirtisi ve bulgularına karşı temel de erleri gözledim. nsizyon / dren yerini kontrol ettim.	16-08						
											Operasyon bölgesine göre bireyin fiziksel aktivitelerini kontrol altına aldım Antikoagülan alan hastalara IM ve IV giri imlerde daha dikkatli davrandım							

Not 1:Hem ire de erlendirmesinde a a ıda belirtilen kodlama kullanılacaktır.

Not 2: Bakım Planı Formu haftalıktır. Her pazartesi yeni formdan takip sa lanmalıdır.

1. PROBLEM G DER LD

2. PROBLEMDE AZALMA GÖZLEND

3. PROBLEM DEVAM ED YOR