

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ / BAĞLARBAŞI ASM /nolu AHB
EVDE SAĞLIK HİZMETİNE KABUL EDİLEN HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendiren birim : <input type="checkbox"/> Evde Sağlık Birimi <input type="checkbox"/> Mobil Birim <input type="checkbox"/> Aile hekimi		
Kişisel Bilgiler:		
Adı Soyadı:.....		T.C. Kimlik No:
Başvuru Tarihi:/...../201.....		Son muayene tarihi:/...../2018.....
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):/..../201....		Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Adres:.....		Ev/cep Telefon:
Başvuru / Bakım / Gelir/ Yardım Bilgileri:		
Başvuru: <input type="checkbox"/> İletişim koordinasyon merkezi <input type="checkbox"/> Hastane çıkışı hekimi <input type="checkbox"/> Hastane evde sağlık hizmet birimi <input type="checkbox"/> Aile hekimi <input type="checkbox"/> Mobil Birim		Bakım ve destek ihtiyacı: Evet: <input type="checkbox"/> Tıbbi bakım <input type="checkbox"/> Sosyal hizmet , destek ve yardım Bakım ve destek ihtiyacı yok:
Sosyal güvencesi : <input type="checkbox"/> GSS <input type="checkbox"/> Ücretli <input type="checkbox"/> Özel Sigortası <input type="checkbox"/> Yeşil Kart <input type="checkbox"/> YOK		Gelir durumu: <input type="checkbox"/> Maaş alıyor <input type="checkbox"/> Gelir yok <input type="checkbox"/> Sosyal yardım <input type="checkbox"/> Aile reisi bakıyor <input type="checkbox"/> Bakıma muhtaçlık yardımı
Yaşam Alanı:		
<input type="checkbox"/> Ev ise: Konut tipi : Isınma: Aydınlanma: Banyo / wc : Kaldığı oda: Ev hijyeni:		
<input type="checkbox"/> Huzur evi : <input type="checkbox"/> Diğer:.....		
Kişisel günlük ihtiyaçları / alışkanlıkları / Kronik hastalıkları ve ilaçları :		
Yatağa bağımlılık: <input type="checkbox"/> Tam bağımlı <input type="checkbox"/> Yarı bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımsız		Kullandığı yardımcı araçlar: <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye <input type="checkbox"/> Wc yükseltici <input type="checkbox"/> Wolker <input type="checkbox"/> Koltuk değneği / baston <input type="checkbox"/> Havalı yatak <input type="checkbox"/> Protez <input type="checkbox"/> Diş <input type="checkbox"/> Diğer.....
Kişisel bakımı: <input type="checkbox"/> Kendisi <input type="checkbox"/> Ailesi <input type="checkbox"/> Bakıcısı <input type="checkbox"/> Komşusu <input type="checkbox"/> Diğer		
Güvenlik : <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun değil		Kişisel hijyen: <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun değil
Beslenme: <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun değil		Alışkanlıkları: <input type="checkbox"/> Sigara <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Madde Bağımlılığı
Kronik Hastalıkları: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:		Geçirilmiş Hastalıklar / Ameliyatlar: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:.....
Kullandığı ilaçlar:		
Hastalık	Hekim	Kullandığı İlaç / süresi
Alleji: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:.....		

Başvuru nedeni:

Hikayesi:

VİTAL BULGULAR:

Vücut Sıcaklığı (°C) :..... Kan basıncı (mmHg): Nabız dakika sayısı:

Solunum dakika sayısı:..... Boy: Kg:

FİZİK MUAYENE :

SİSTEMLER	Normal	Değerlendirilmedi	Anormal bulguları tanımlayınız
Genel durum			
Deri			
Baş Boyun			
Solunum sistemi			
Kardiyovasküler sistem			
Gastrointestinal sistem			
Genitoüriner sistem			
Kas-iskelet sistemi			
Sinir sistemi			

Psikolojik durum değerlendirmesi:
 Normal Üzüntülü Huzursuz-Gergin Kayıtsız Aşırı dalgın Diğer.....
Ağrı / Bası ülseri / özelliği olan sağlık hizmeti ihtiyacı:

Ağrı değerlendirilmesi:

 Ağrı var ise:

Ağrının yeri:..... Ağrının süresi:.....

Ağrının sıklığı:..... Ağrının şiddeti:.....

 Ağrı yok

Bası ülseri (Braden skalası) :

 Bası ülseri yok :..... Bası ülseri var :.....

Özelliği olan sağlık hizmeti ihtiyacı:

 Onkolojik hastalık Nörolojik Hastalık Yenidoğan fototerapi Kas hastalığı Ağız ve diş sağlığı Diğer: Psikiyatrik hastalık KOAH

Hasta / ailesine verilmesi Planlanan eğitim :

- Yok:
 Var:

Hastaya yapılması planlanan tahlil / tetkik / tıbbi işlemler:

Tahliller:

Biyokimya:.....

Hematoloji:.....

Mikrobiyoloji:

Diğer:

Tetkikler :

Röntgen :.....

BT/ MR:

EKG:.....

Diğer:.....

Evde sağlık hizmet ihtiyacının tanımlanması:

Takiben yapılması önerilen değerlendirme:

 Aile hekimi değerlendirmesi:

Nedeni:.....

 Uzman hekim / konsultan hekim değerlendirmesi:

Nedeni:.....

 Fizyoterapist:

Nedeni:.....

 Diyetisyen:

Nedeni:.....

 Sosyal çalışmacı:

Nedeni:.....

 Aile / bakıcı eğitimi:

Nedeni:.....

 Heyet raporu: İlaç Özür,bakım Beslenme Tıbbi malzeme**Kontrol Randevusu:****Değerlendirmeyi Yapan:****Değerlendirme Esnasında Hazır Bulunan Yakını:**

Adı Soyadı:

Tarih :/...../201.....

İmza:

Saat: :

Adı Soyadı:

Tarih :/...../201.....

İmza:

Saat: :