

**Fertillife**<sup>®</sup>Özel Dr. Fatih Ögüç Fertillife  
Afyon Hastanesi**HASTA KONTROLLÜ ANALJEZİ (PCA) İZLEM FORMU****Döküman Kodu:**AH.FR.16**Yayın Tarihi:**13.01.2021**Revizyon Tarihi:-****Revizyon No:**00**Sayfa No:**1/1

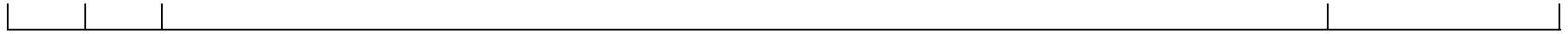
Tarih : ...../...../.....

Hastanın  
Adı Soyadı :  
Hasta No :  
Doğum Tarihi :  
Cinsiyet :

İstem	Tarih/Saat	İstemi Yapılan İlacın Adı/Konsantrasyonu (mg-mcg- ml)	Uygulama Yolu EFI/IV/Diger	Yükleme Dozu (mg-mcg-ml)	Bazal İnfüzyon Hızı (mg-mcg- ml/sa)	Bolus Dozu (mg-mcg-ml)	Kilitli Kalma Süresi	1 saat/4 saat Limiti	İstemi Yapan Anestezi Dr. Ad Soyad/İmza	Hazırlayan Teknisyen Ad Soyad/İmza	Kontrol Eden Sağlık Çalışanı Ad Soyad/İmza
İlk İstem											
İlaç/Doz Değişikliği											

Hasta Kontrollü Analjezi			Adaptör No	Cihaz No	İmha Eden Ad Soyad/İmza	İmha Edilen Tarih - Miktar	Tanık Ad Soyad/İmza
Hasta kimliği doğrudur.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>					
İlaç adı istem ile uyumludur.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>					
İlaç dozu istem ile uyumludur.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>					
HKA programı istem ile uyumludur.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>					

Tarih	Saat	İzlem Notu	Ad Soyad/İmza



Tarih	Saat	Ağrı Skoru	Solunum Sayısı	Bulantı Kusma	Barsak Sesi	Kaşıntı	Bromage Skoru**	İdrar Retansiyonu	Oral Alım	LOC Skalası	Komplikasyon	Hemşire
											<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> .....	

Bromage Skoru**	Skor	Kriter	Blok Derecesi	
	I	Ayaklar ve bacaklar serbestçe hareket edebiliyor	0%	Yok
	II	Ayakları serbestçe hareket edebiliyor, sadece dizleri fleksiyona getirebiliyor	33%	Parsiyel
	III	Dizleri fleksiyona getiremiyor, ayaklar serbestçe hareket edebiliyor	66%	Neredeyse Tam
	IV	Ayaklar ve bacaklar hareket edemiyor	100%	Tam Blok

LOC Skalası
<b>Dikkat!</b>
Solunum sayısı <10 dakika veya belirgin sedasyon varsa HKA'yı durdurup Anestezi'yi arayın. İdrar retansiyonu (Rejyonel Anestezi) varsa Anestezi'yi arayın. Hipotansiyon; SKB <80 mmHg ise 1)HKA'yı durdurup Anestezi'yi arayın. 2)Hastayı düz yatırıp ayaklarını kaldırm. 3)Hızlı sıvı resüstasyonu nu başlatın. 3)Halen hipotansif ise Anestezi'yi arayın.