

Dok.No:AS.FR.01

Yayın Tarihi:13.01.2021

Hastanın Adı-Soyadı:

Başvuru Tarihi:

Doğum Tarihi:

Protokol No:

SARI ALAN

YEŞİL ALAN

KIRMIZI ALAN

ADLİ VAKA

Adli Rapor Tutuldu..... Adli Rapor Tutulmadı.....

ALLERJİSİ : VAR YOK

Var ise Tanımlayınız.....

Triyaj derecesi: 1 2 3 4 Giriş Saati:..... Çıkış Saati:.....

Kol bandı takıldı

Geliş Yakınması:

Soy geçmiş bilgileri: Özellik Yok Var

Geliş Şekli: Ambulans Edeyle Teklekli Sandalye Yürüyerek Diğer.....

Geçirilmiş Hastalık / Ameliyatlar

Tarih

Tarih:

Tarih:

Tarih:

Alişkanlıkları: Bilgi alınamadı Yok

Sigara Yok Var Miktargün Süre: Bırakma Tarihi:...../...../..... Alkol Madde

Hastanın yeterlilikleri:

Fonksiyonel yetersizliği yok

Hareket etme gücü Görme engeli İşitme/konuşma engeli

Diğer..... Okuma/Yazma engeli

Mesleği:

Ulaşılabilecek/haber verilecek hasta yakını (gerekirse): Bilgi alınamadı

Adı, soyadı: Yakınlık derecesi: Telefon no:

Ruhsal durum: Sakin Üzüntülü Huzursuz(gergin) Diğer..... Tepkisiz.....

Kullanmakta olduğu ilaçlar: Yok Varsa aşağıdaki bölümü doldurunuz.

İlacın adı	Dozu	Son doz saati	İlacın adı	Dozu	Son doz saati

Bilgi kaynağı: Hasta Hasta yakını Eski kayıtlar Diğer.....

Geliş Vital Bulguları	Kan basıncı (mmHg)	Nabız (/dk)	Ateş (°C)	Solunum sayısı (/dk)	Satürasyon (/dk)

Ağrı Değerlendirmesi: Ağrı yok Ağrı var

Seçilen ağrı skalası: Numerik Yüz Davranışsal Yenidoğan

Ağrı skoru:

Ağrının Başlangıç saati: Yeri: Niteliği: Sıklığı:

Düşme Riskinin Değerlendirilmesi : Yok Var (Düşmenin Önlenmesi ve Yönetimi Talimatı'nı uygulayınız)

Risk Puanı: (ilgili skalayı uygulayınız)

Hemşire adı, soyadı: İmza: Tarih: Saat: