|  |
| --- |
| **Öğrencinin Adı Soyadı:****Öğrenci No:**Veri Toplama Tarihi: |

|  |
| --- |
| **Hastanın**Yatış Tarihi:Yaşı:Cinsiyeti: Kadın  Erkek Eğitimi Düzeyi:Medeni Durumu: Bekar  Evli İşi/Mesleği:Çocuk Sayısı: ………………………………. |
| Bilgi Kaynağı: Kendisi  Yakını  ................. Sağlık Elemanı  .............. Diğer  ........... |
| Geliş Yeri: Ev  Acil  Yoğun Bakım  Hastanesinden Sevk  |
| Servise Geliş Şekli: Yürüyerek  Tekerlekli Sandalye  Sedye  |
| Yatış nedeni/yakınması:Tıbbi Tanısı:Özgeçmiş: Hastalık (Diabetüs Mellitüs, Miyokart Enferktüsü, Hipertansiyon, Kanser ve diğer), Ameliyat, kaza vb. gibi sağlık sorunları:Türü Zamanı Sonucu**……………………………… ……………………………… ………………………………****……………………………… ……………………………… ………………………………****……………………………… ……………………………… ………………………………** |
| **Sürekli Kullandığı İlaçlar:** |
| Daha önce geçirmiş önemli ameliyatlar:Hayır Evet ....................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **Alışkanlıkları** |
| Sigara Yok  Var  …. …………….adet/paket/gün…..yıl |
| Madde Yok  Var  adı/miktar ….yıl |
| Alkol Yok  Var  bardak/gün/hafta ….yıl |
| Diğer  ……………… |
| Alerjileri: Yok  İlaç  ………… Gıda  ……….. Kimyasal  …. Diğer  **………..** |
| Kan grubu: |
| Daha önceden kan transfüzyonu oldu mu? Evet  Hayır  |
| Kan transfüzyonu oldu ise reaksiyon gelişti mi? Evet  Hayır  |
| Daha önce geçirilmiş ameliyat: Yok  Var  .................................. |
| Bilinç durumu: Açık  Yarı açık  Kapalı  |
| Protezleri: Diş  Gözlük  Lens  İşitme Cihazı  Diğer (belirtiniz)  ------------------------ |

|  |
| --- |
| **Yaşam Bulguları** |
| Saat | Vücut ısısı (0C) | Nabız(dk) | Solunum (dk) | Kan basıncı (mmHg) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Hastanede Kullanılan İlaçlar** |
| İlaç adı | Etken Maddesi | Dozu | Endikasyonu | Advers Etki |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Önemli Laboratuvar Bulguları** |
| ***Hematoloji*** | ***Biyokimya*** | ***İdrar*** |
| Eritrosit (RBC): | Kan Glukoz Düzeyi: | Dansite: |
| Lökosit (WBC): | BUN: | Glikoz: |
| Trombosit (PLT): | Kreatinin: | Renk: |
| Hemoglobin (HGB): | Ürik Asit: | pH: |
| Hematokrit (HCT): | Sodyum (Na: | Lökosit: |
| CRP: | Potasyum (K): | Eritrosit: |
| ***Diğer Önemli Bulgular:*** |

**GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ**

|  |
| --- |
| **1.GÜVENLİ ÇEVRENİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ AKTİVİTESİ** |
| **Bilişsel Algılama**Bilinç: Uyanık  Konfüzyon  Laterjik  Stupor  Koma Oryantasyon: Yer  Kişi  Zaman Bellekte bozulma: Var  Yok  |

|  |
| --- |
| **Glasgow Koma Skalası** (15: Oryante; 13-14: Konfüze; 8-13: Stupor; 3-8: Perikoma; 3: Koma) |
| Göz Açma | Motor Yanıt | Sözel Yanıt |
| * Yok (1)
* Ağrılı uyarılara yanıt olarak (2)
* Konuşmaya yanıt olarak (3)
* Kendiliğinden (4)
 | * Yok (1)
* Ağrıya ektensör yanıt (2)
* Anormal fleksör (3)
* Ağrıya fleksör yanıt (4)
* Ağrıya lokalize edici (5)
* İstemli (6)
 | * Yok (1)
* Anlaşılmaz sesler (2)
* Uygun olmayan yanıt (3)
* Dağınık, konfüze yanıt (4)
* Orayante yanıt (5)
 |
| Toplam Puan (3-15): |

|  |
| --- |
| **Duyuşsal Algılama****Görme:** Normal  Hipermetrop  Miyop  Astigmat  Katarakt  Glakom Gözlük/lens: Kullanmıyor  Kullanıyor  |
| **İşitme**İşitme: Normal  Az veya Ağır  İşitme kaybı  (sağ/sol)İşitme Cihazı: Kullanmıyor Kullanıyor  (sağ/sol, süresi, tipi) |
| **Tat alma:** Tat alma duyusu: Var  Yok Tanımlayınız:…………………………………… |
| **Koku alma:** Koku alma duyusu: Var  Yok Tanımlayınız: |
| **Dokunma/hissetme:** His kaybı (ısı, acı, ağrı, basınç vb.): Var  Yok Varsa Tanımlayınız: |

****

|  |
| --- |
| **Ağrı /Rahatsızlık**: Hayır  Evet Başlangıcı:Süresi: Lokalizasyonu: |
| Ağrı ile eşlik eden şikayetler/ yakınmalar olan faktörler: |
| Ağrıyı arttıran faktörler: …………………………………………………………...………… |
| Ağrıyı azaltan faktörler: …………………………………...………………………………… |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ağrı Değerlendirme** | **Tarih /Saat** | **Tarih /Saat** | **Tarih /Saat** | **Tarih /Saat** |
|  |  |  |  |
| Ağrı skoru (0-10) |  |  |  |  |
| Ağrının niteliği (Ani / şiddetli, yakıcı, belli/belirsiz, zonklayıcı, sancı, bıçak saplanıyor, rahatsızedici) |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** |
| **Yetişkin Hastalar İçin *İtakî II* Düşme Riski Ölçeği** |  |
| İlk Değerlendirme  Post-Operatif Dönem  Hasta Düşmesi Bölüm Değişikliği Durum Değişikliği  | **PUAN** |
| **Yaş** | 60-69 | 1 |
| 70-79 | 2 |
| 80 ve üstü | 3 |
| **Bilinç Durumu** | Bilinci kapalı | 1 |
| Bilinç bozukluğu var (konfüze, laterjik vb.) | 2 |
| **Düşme Hikayesi** | Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var | 3 |
| **Hastalıklar/Komorbiditeler** | Hastalıklardan en fazla ikisi bulunmaktadır | 1 |
| Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır | 2 |
| **Hareket Kabiliyeti** | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği,kişi desteği vb.) ihtiyacı var | 5 |
| Ayakta/yürürken denge bozukluğu var | 10 |
| Baş dönmesi var. | 2 |
| **Boşaltım İhtiyacı** | Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var | 1 |
| **Görme Durumu** | Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.) | 2 |
| İleri derecede görme engeli var | 10 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İlaç Kullanımı** | 4'den fazla ilaç kullanımı var | 2 |
| Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var | 2 |
| Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var | 3 |
| **Ekipman Kullanımı\*\*** | Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var | 1 |
| Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var | 2 |
| **Toplam** |  |
| **Düşük Risk** | 0-9 Puan Arasında |
| **Yüksek Risk** | 10 Puan Üzerinde (**Düşme Riski Yüksek Hasta** sembolü kullanılır) |
| \* Hipotansiyon, Vertigo, Serebrovasküler Hastalık, Parkinson Hastalığı, Uzuv Kaybı, Nöbet, Artrit, Osteoporoz, Kırıklar\*\* Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman (IV infüzyon, foley katater, göğüs tüpü vb.) |
| **2. İLETİŞİM AKTİVİTESİ** |
| Sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kurmada sorun yaşama: Hayır  Evet  ……………………………. |
| Hastalığı kabul etme durumu …………………………………………………………………………… |
| Diğer hastalar ile iletişim kurmada sorun yaşama: Hayır Evet …………………………..……..…. |
| İletişim kurabilmek için yardıma gereksinim: Hayır  Evet ……………………. |
| Öğrenme Engelleri: Yok Dil farklılığı Motivasyon eksikliği Anksiyete Depresyon |
| İletişim Güçlüğü:Konuşmada  …………………………………………………………………………………... İşitmede  ……………………………………………………………………………………... Anlamada  ……………………………………………………………………………………Görmede ……………………………………………………………………………………... |
| İletişim kurabilmek için yardıma gereksinimi var mı? Hayır  Evet Tanımlayınız: |
| Görüşme sırasında herhangi bir konuşma sorunu fark ettiniz mi? Hayır  Evet Tanımlayınız: |
| Çevresel uyaranlar (Gürültü, tedavi saatleri, hastane ortamı, vb): Hayır  Evet …………...………………………………………………………………………………………………….. |
| Göz iletişimi: Var  Yok Aktif Dinleme: Var  Yok  |
| Ağrı, dispne, güçsüzlük gibi bireyin iletişimini etkileyen fiziksel yakınmaları var mı?…………………………………………… |
| **3. SOLUNUM AKTİVİTESİ:** |
| Solunum sıkıntısı var mı? ………………………………………… |
| Öksürük: Yok  Var ……………………………………………………………………….. |
| Sekresyon: Yok  Var ………………………………………………………………………… |
| Solunum sayısı: …../dk. |
| Oksijen kullanımı: Yok  Var  lt/dkMaske  Nazal kanül  Mekanik ventilatör  Nebulizatör  BBAP  CBAP Oksijen saturasyonu: 02’’siz ….. 02’li ……. |
| Ritmi: Düzenli  Düzensiz  Çabalı Derinliği: Normal  Yüzeyel  Derin Şekli: Hiperventilasyon  Hipoventilasyon  Takipne  Bradipne  Wheezing Apne  Dispne  Ortopne  Biot solunum  |
| Yardımcı solunum cihazlarının kullanımı Yok  Var ……………………………………… |
| Burun akıntısı  Burun Tıkanıklığı Pnömotoraks  Hemoptizi Siyanoz: Yok  Var  (değerlendirilen bölge) Trakeostomi: Yok  Var  |

|  |
| --- |
| Aspirasyon (solunum yollarına bir cisim/sekresyon kaçma) riski: Yok  Var …………….. |

|  |
| --- |
| **KARDİYOVASKÜLER SİSTEM:** |
| Nabız Hızı: Radyal:…………/dk Apikal /dk |
| Taşikardi Yok  Var ………… Bradikardi Yok  Var … |
| Nabız alınan yer: Radial arter sağ: ......../dk Radial arter sol : /dk |
| Ritmi: Düzenli  Düzensiz  Aritmik  |
| Nabız volümü: Zayıf  Dolgun  |

|  |
| --- |
| **4. BESLENME AKTİVİTESİ** |
| Yiyecek alım yolu: Hiç almıyor  Oral  Enteral  Parenteral  Diğer …………….. Parenteral ise yeri: IV yol  Santral kateter  Port kateter  |
| Beslenme durumu: Bağımlı  Yarı Bağımlı  Bağımsız İştah durumu: Değişiklik yok  İştahta artma  Azalma Hazımsızlık  Kusma  Bulantı  |
| Beslenme şekli: Oral  Enteral Parenteral  |
| Kilo değişikliği var mı?Son altı ayda kilo aldı mı? Hayır  Evet  Kilogram: |
| Son altı ayda kilo verdi mi? Hayır  Evet  Kilogram: |
| Herhangi bir diyet sınırlaması var mı? (Hastanın kendisinin uyguladığı/ Hekimin önerdiği): Hayır  Evet Tanımlayınız: |
| Bir günde ortalama ne kadar sıvı alıyor?............................Su:……..bardak/gün Diğer (çorba, meyve suyu, çay, vb.): |
| **Aşağıdaki durumlarla ilgili bir sorunu var mı?** |
| Bulantı: Hayır  Evet  Tanımlayınız: |
| Kusma: Hayır  Evet  Tanımlayınız: |
| Yutma: Hayır  Evet  Tanımlayınız: |
| Çiğneme: Hayır  Evet  Tanımlayınız: |
| Sindirme: Hayır  Evet  Tanımlayınız: |

**Aldığı-Çıkardığı Takibi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALDI ĞI****Saat** | **IV yol** | **Transfüzyon** | **PO/ NG/ OG/GT** | **ÇIKARDIĞI****Saat** | **İdrar Sonda** | **Gaita- Ostomi** | **Kusma** | **Drenler** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8 SAAT****TOPLAM** |  |  |  | **8 SAAT****TOPLAM** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **5. BOŞALTIM AKTİVİTESİ** |
| **Barsak Boşaltımı:** |
| Sıklık (kez/gün): Azalma Artma  Süre………… |
| Dışkının özelliği: Katı  Yumuşak  Sıvı  |
| Renk: Kahverengi  Siyah  Sarı  |
| Diğer sorunlar (kan, parazit, sindirilmemiş besin, ağrı)…………………………………………………… |
| Konstipasyon:  Sıklık………………. Süre: ………………........... |
| Diyare:  Sıklık………………. Süre: …................................ |
| Distansiyon:  Sıklık………………. Süre: ………......................... |
| Boşaltım yapılan yer: Yatakta  Tuvalette  Güç, ağrılı defekasyon Tuvalete: Kendisi gidiyor  Birey yardımı gerekiyor  |
| Batın palpasyonu: Gerginlik: Hayır  Evet  Nerede……………………… |
| **İdrar Boşaltımı:** |
| İdrar yaparken: Ağrı  Zorlanma  Damla damla idrar  İnkontinans  İdrar kateteri  |
| Hematüri  Dizüri  Poliüri  Oligüri  Pollaküri  Retansiyon  Anüri  |
| Noktüri  Glob  |
| İnkontinans: Hayır  …….. Evet ……. Ne zaman ……………………. Tanımlayınız………………………………………………………….. |
| İdrar boşaltımına yardımcı araç kullanıyor mu? (TAK, diüretik vb. ): Hayır ….. Evet …… Tanımlayınız……………………… |
| İdrar sondası: Yok ……… Var ……….. Yeri……………………. Türü…………………………… Süresi |
| **6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME AKTİVİTESİ** |
| Deri muayenesi: Sıcak  Soğuk  Nemli  Kuru  |
| Turgor: Normal  Dehidrate  Diğer: ……. |
| Renk: Soluk  Pembe  Siyanotik  Sarı  Diğer …………………… |
| Deride diğer sorunlar (ödem, kızarıklık, yara, dekibütüs, ameliyat yarası vb.): Hayır  Evet Yeri:………………………………… Büyüklüğü:……………………………………… Görünümü:……………….………………………. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bağımlı | Bağımsız | Yetersiz düzeyde | Yeterli düzeyde | Bilgi Gereksinimi |
| Ağız temizliği |  |  |  |  |  |
| Göz temizliği |  |  |  |  |  |
| Kulak temizliği |  |  |  |  |  |
| Burun temizliği |  |  |  |  |  |
| Tırnak temizliği |  |  |  |  |  |
| Saç temizliği |  |  |  |  |  |
| Ayak temizliği |  |  |  |  |  |
| Deri temizliği |  |  |  |  |  |
| Banyo |  |  |  |  |  |
| Tuvalet temizliği |  |  |  |  |  |
| Mensturasyonhijyeni |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **7. VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ AKTİVİTESİ** |
| Vücut Sıcaklığı: (0C) |
| Ölçüm yeri: Aksiller  Frontal  Timpanik  Rektal  Temporal  Oral  |
| Terleme durumu  Üşüme durumu  |
| Sıcak uygulama ………………………………………………………………………………….. Soğuk uygulama  ………………………………………………………………………………… |
| Kişisel giyim: Uygun  Uygun Değil  |
| Yatak Giysileri: Uygun  Uygun Değil  |
| **8. HAREKET AKTİVİTESİ** |
| Genel yaşam tarzı: Aktif  Sedanter  |
| Egzersiz/spor yapma durumu: Hayır  Evet  |
| Hasta kendi kendine kolaylıkla hareket edebiliyor mu? (Dönme,Yürüme): Evet  Hayır Sınırlamaları Tanımlayınız: |
| Denge: Normal  Ayakta duramama  Sendeleme Tanımlayınız:Harekette zorlanma: Hayır  Evet  |
| Postür: Normal  Kifoz  Lordoz  Skolyoz Diğer: |
| Üst ekstremite: Sorun yok  Var Alt ekstremite: Sorun yok  Var  |
| Yorgunluk  Güçsüzlük  Enerji kaybı Aktivitelere bağımlılık: Bağımlı  Destekle yapabiliyor  Bağımsız  |
| Mobil destekleyici araç: Yürüteç Baston Tekerlekli sandalye Korse Koltuk değneği Eklemlerin durumu: Eklemlerde kızarıklık  Eklemlerde hassasiyet  Eklemlerde şişlik Hareket kısıtlılığı  Deformite  Kontraktür  Ağrı  Isı artışı  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kendine****Bakabilme Yeteneği** | Bağımsız | Yardımcı Araçla | Başkalarının yardımı ile | Başka kişinin ve araçların yardımı ile | Tamamen bağımlı |
| Yeme-içme |  |  |  |  |  |
| Banyo |  |  |  |  |  |
| Giyinme |  |  |  |  |  |
| Tuvaleti kullanma |  |  |  |  |  |
| Yürüme-gezinme |  |  |  |  |  |
| Merdiven çıkma |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **9. ÇALIŞMA VE EĞLENCE AKTİVİTESİ** |
| Geliri giderini karşılıyor mu? Evet Hayır |
| Çalışma durumu: Çalışıyor  saat/günHiç çalışmıyor ……………………… |
| Boş zamanlarını değerlendirme biçimi: |
| Son bir aydır sağlık sorununa bağlı olarak normal günlük işleri aksadı mı? (Ev İşi, Çalışma Hayatı): Hayır  Biraz  Evet  Tanımlayınız: |

|  |
| --- |
| Son bir aydır fiziksel sağlığı ve ruhsal sorunları sosyal aktivitelerini/hobilerini engelledi mi? Hayır  Evet Tanımlayınız: |

|  |
| --- |
| **10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME AKTİVİTESİ** |
| Hastalığınız ve tedavi durumunuz cinsel yaşamınızı etkiledi mi? Hayır  Evet  |
| Cinsel sağlığınıza ilişkin herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?Hayır  Evet  |
| **Kadın** |
| Menstrüasyon siklüsü:Düzenli  Düzensiz  |
| Kontraseptif Kullanma durumu: Hayır  Evet  |
| Kontraseptif Yöntemi: …………………… |
| Gebelik Durumu:Yok  Var ……(hafta) |
| Menapoza girme durumu: Evet  Hayır  |
| Ağrı/akıntı/kaşıntı/vajinal kanama vb. yaşama durumu?……………………………………….. |
| Kendi kendine meme muayenesi:Bilmiyor  Biliyor (ne sıklıkla yapıyor) |
| **Erkek** |
| Üreme organı ile ilgili kızarıklık, kanama, akıntı, prostat vb. yaşama durumu?……………….. |
| Kendi Kendine Testis Muayenesi:Bilmiyor  Biliyor  (ne sıklıkla yapıyor) |

|  |
| --- |
| **11. UYKU VE DİNLENME AKTİVİTESİ** |
| Genel uyku alışkanlığı:Gece: ………saat/gün Gündüz: ………saat/gün |
| Hastanede uyku düzeninde değişiklik oldu mu? Hayır  Evet  |
| Uykuya dalma süreniz? .....................................Kendini dinlenmiş hissediyor mu? ……………….………………………Gün boyunca uyku hali var mı? …………………………………………………-Uykuya dalmada güçlük: Hayır  Evet  Nedeni…………………………………………………-Gece uyanma: Hayır  Evet  Nedeni…………………………………………………-Erken uyanma: Hayır  Evet  Nedeni…………………………………………………-Uykusuzluk: Hayır  Evet  Nedeni………………………………………………… |
| Hastane ortamında uykusunu etkileyen faktörler: ..................................... |

**YORGUNLUK TANILAMASI:**

\*Gün boyunca yaşadığınız yorgunluğun düzeyi (şiddeti) nedir?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  | 9 |  | 10 |
| l | I | I | I | I | I | I | I |  | I |  | I | I |

Hiç yorgun değilim Çok yorgunum

\*Gün içinde yorgunluğunuz gittikçe kötüleşir mi?

\*Yaşamınızda isteksizlik, umutsuzluk duygularınız var mı?

\*Yorgunluğunuz aile ve arkadaş ilişkilerinizi olumsuz etkiliyor mu?

|  |
| --- |
| **TABURCULUK GEREKSİNİMLERİ** |
| Hastanın mevcut yaşam koşulları:Yalnız yaşıyor  Eşi ile yaşıyor  Diğer …………… |
| Evde bakımına yardımcı kimse var mı? Hayır  Evet  |
| Hastanın taburculuktan sonra gideceği yer?................................................................................. |
| Diyet/beslenme tedavisi: |
| …………………………………………………………………….…………………………… |
| …………………………………………………………………………………………………. |
| İlaç Tedavisi (ilaçlar, kullanım zamanı ve miktarı): |
| …………………………………………………………………………………………………. |
| ………………………….……………………………………………………………………… |
| Egzersiz Tedavisi: |
| …………………………………………………………………………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………….. |
| Tıbbi araç kullanımı: |
| …………………………………………………………………………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………… |
| Dikkat Etmesi Gereken Noktalar: |
| ………………………………………………………………………………………………….. |
| ………………………………………………………………………………………………….. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Yaşam Aktivitesi/ Öncelik Sırası** | **Tanılama** | **Planlama** | **Uygulama** | **Değerlendirme** |
| Semptom(Tanımlayıcı Kriterler) | Etiyoloji(İlişkili Faktörler) | Amaç | Planlanan Girişimler | (+/-) | Subjektif ve Objektif Sonuçlar |
|  |  |  |   |  |  |
| Ebelik Tanısını yazılırken; **Etiyolojik faktör** bağlı/ilişkin/ilişkili **Ebelik Tanısı** ”Şeklinde ifade edilmelidir. | Ebelik Tanısı |

\*Not: • Ebelik Tanıları’ nda mevcut tanıları birincil, olası (....... Riski) tanıları ikincil olarak ele alınız. • Ebelik Tanıları NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Hemşirelik Tanıları El Kitabı’nızdaki şekilde olacaktır.) • Bu sayfaları çoğaltarak bakım sürecini yürütünüz.

FRM-596 Yayın Tarihi: 19.06.2025