|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **NİĞDE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ** **EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ****HASTA DEĞERLENDİRME FORMU** | Doküman No:SHB.FR.03 |
| Yürürlük Tarihi:01.09.2018 |
| Revizyon No:  |
| Revizyon Tarihi:  |
| Sayfa No:2/1 |

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

