

T.C.
AĞRI VALİLİĞİ
Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü
Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TEKLİFE DAVET

15.03.2024

Sayı: 195

Konu: HASTANEMİZ YATAKLI SERVİSLER VE İDARİ BİRİMLERİN MATBU EVRAK TALEPLERİ

Hastanemizin ihtiyacı olan ve aşağıda cinsi, miktarı ve özellikleri yazılı malzemelerin alımı 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 22/d maddesine göre Doğrudan Temin Usulü ile yapılacaktır. Söz Konusu alım için KDV hariç birim fiyat tekliflerinizi TL üzerinden 21.03.2024 saat: 11:00 'a kadar satinalma004@gmail.com adresine ivedi olarak göndermeniz hususunda; Gereğini rica ederim.

Ceydet TAŞDEMİR
İdari ve Mali İşler Müdürü

İHTİYAÇ LİSTESİ

S.No	Malzeme Adı	Sut Kodu	UBB	Miktar	Birimi	Birim Fiyatı	Toplam Tutar
1	EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ HASTA VE HASTA YAKINI EĞİTİM FORMU (TEK YÖN 1 YAPRAK - A4)			300	Adet		
2	EVDE SAĞLIK HİZMETİNE KABUL EDİLEN HASTA DEĞERLENDİRME FORMU (ARKALI ÖNLÜ 2 YAPRAK 3 SAYFA - A4)			300	Adet		
3	EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ HASTA TEDAVİ PLANI FORMU (ARKALI ÖNLÜ 2 YAPRAK - A4)			300	Adet		
4	EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ NÜTRİSYONEL RİSK SKORU (NRS-2002) DEĞERLENDİRME (ARKALI ÖNLÜ 1 YAPRAK - A4)			300	Adet		
5	EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BASI YARASI RİSKİNİ ÖLÇME FORMU (BRADEN SKALASI) (TEK YÖN 1 YAPRAK - A4)			300	Adet		
6	TIBBİ ATIK KARTI KIRMIZI			100	Adet		
7	EVSEL NİTELİKLİ ATIK KARTI SİYAH			100	Adet		
8	GERİ DÖNÜŞÜM ATIK KARTI MAVİ			50	Adet		
9	TEHLİKELİ ATIK KARTI SARI			50	Adet		
10	PREMATÜRE RETİNOPATİ MUAYENE RIZA ONAM BELGESİ (ARKALI ÖNLÜ 2 YAPRAK 3 SAYFA - A4)			2000	Adet		
11	YENİDOĞAN PREMATÜRE RETİNOPATİSİ MUAYENE VE İZLEM FORMU (ARKALI ÖNLÜ 1 YAPRAK - A4)			2000	Adet		
12	TERM BEBEK GÖZ TARAMA FORMU (TEK YÖN 1 YAPRAK)			2000	Adet		
13	EL YIKAMA BROŞÜRÜ			300	Adet		
14	AERO ALERJEN RUTİN PANEL (TEK YÖN 1 YAPRAK - A4)			3000	Adet		

15	ALERJENDEN KORUNMA ÖNLEMLERİ FORMU (ARKALI ÖNLÜ 3 YAPRAK 5 SAYFA – A4)			1000	Adet		
16	ALLERJİ DERİ TESTLERİ DERİ PRİCK TESTİ İÇİN AYDINLANMIŞ RIZA BELGESİ (ARKALI ÖNLÜ 1 YAPRAK – A4)			2000	Adet		
17	ASTİM EYLEM PLANI (TEK YÖN 1 YAPRAK –A4)			500	Adet		
18	BESİN ALERJEN RUTİN PANEL (TEK YÖN 1 YAPRAK –A4)			2000	Adet		
19	BESİN PROVAKASYON TESTİ KAYIT FORMU (TEK YÖN 1 YAPRAK –A4)			2000	Adet		
20	İLAÇ PROVAKASYON TESTİ KAYIT FORMU (TEK YÖN 1 YAPRAK –A4)			500	Adet		
21	İLAÇ YÜKLEME PROVAKASYON TESTİ İÇİN RIZA ONAM FORMU (ARKALI ÖNLÜ 2 YAPRAK – A4)			1000	Adet		
22	İNHALER TEDAVİ KULANIMI FORMU (TEK YÖN 1 YAPRAK –A4)			500	Adet		
23	SPOR ASTİM BİLGİLENDİRME FORMU (TEK YÖN 1 YAPRAK –A4)			500	Adet		
24	TEŞEKKÜR BELGESİ			1000	Adet		
Genel Toplam							

Teklif Eden

.../.../2024

Kişi / Oda / Firmanın Adı veya Ticaret Ünvanı - Kaşe/İmza

Ek : Teknik Şartname

Satınalmanın Yapılacağı Birim:

- **Teklif verecek firmalar Vergi No veya TC Kimlik Numarasını teklife davetin üzerine yazmak zorundadır.**
- Teklifler zarfla veya mail yoluyla kabul edilecektir.
- Malzemeler siparişten sonra Hastanemiz Ambarına mesai saatleri içerisinde Ambar Teslimi olarak teslim edilecektir.
- Malzemenin şartnameye uygunluğunun değerlendirilmesi için idarenin talep etmesi durumunda numune verilecektir.
- Alternatif Teklif Kabul edilmeyecektir
- Teklifler Birim Fiyat üzerinden değerlendirilecektir.
- Teklif edilen malzemelerin “T.C.İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası” na kaydedilerek onaylanmış ürün numarası (barkod) olmalıdır.
- Teklif edilen ürünlerin onaylanmış ürün numarası (barkodu) liste halinde verilmelidir. Aksi takdirde değerlendirilmeyecektir.
- İdare, Muayene ve Kabul komisyonunca Kabul Raporu düzenlenmesinden itibaren yüklenicinin yazılı talebi üzerine en geç 180 gün içinde Yükleniciye veya vekiline ödemeyi yapacaktır.
- Firma veya Bayii Numarası da belirtilecektir.
- Teknik Şartname ektedir.
- En geç 7 (yedi) gün içerisinde faturası kuruma ulaştırılmayan Mal /Hizmetin ödemesi yapılmayacaktır.
- Bu alımdan ortaya çıkacak olan ihtilafların hallinde Ağrı Mahkemeleri ve İcra Daireleri Yetkilidir.
- Teklif veren Firma/Firmalar yukarıdaki maddeleri kabul etmiş sayılır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ HASTA VE HASTA YAKINI EĞİTİM FORMU

KOD:ES.FR.06

Y.TARİHİ:19.09.2019

REV.TARİHİ:06.11.2023

REV.NO:02

SAYFA:1/1

Hasta Adı:

Soyadı:

İletişim Bilgileri:

HASTA VE HASTA YAKINLARINA VERİLEN EĞİTİMLER	VERİLDİ	VERİLMEDİ
☐ Nazogastrik ve idrar sondası bakımı eğitimi.		
☐ Trakeostomi bakımı eğitimi.		
☐ Pansuman eğitimi.		
☐ Yatak yarası bakımı eğitimi.		
☐ İlaç kullanımı eğitimi.		
☐ Beslenme eğitimi.		
☐ Diyabet hastalarında insülin kullanımı eğitimi.		
☐ Terminal dönem hasta bakımı eğitimi.		
☐ Düşme riski eğitimi.		
☐ Öz bakım eğitimi.		
☐ Yatak içi egzersiz eğitimi.		

Eğitimi Veren Sağlık Personeli

İmza

Eğitimi Alan Hasta/Hasta Yakını

İmza



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
EVDE SAĞLIK HİZMETİNE KABUL EDİLEN HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

KOD: ES.FR.07

Y.TARİHİ:14.12.2017

REV. TARİHİ:14.09.2021

REV.NO:03

SAYFA 1 / 3

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 merkezi
☐ Hastane çıkışı hekimi
☐ Hastane evde sağlık hizmet birimi
☐ Aile hekimi
☐ Mobil Birim

Bakım ve destek ihtiyacı:
Evet: ☐ Tıbbi bakım
☐ Sosyal hizmet , destek ve yardım
Bakım 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 ☐ Bakıcısı
☐ Komşusu ☐ 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 ilaç / süresi

Alleji: ☐ Yok ☐ Var:.....

Başvuru nedeni:

Hikayesi:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
EVDE SAĞLIK HİZMETİNE KABUL EDİLEN HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

KOD: ES.FR.07

Y.TARİHİ:14.12.2017

REV. TARİHİ:14.09.2021

REV.NO:03

SAYFA 2 / 3

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 değerlendirmesi:

☐ 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

☐ Kas hastalığı

☐ Psikiyatrik hastalık

☐ Nörolojik Hastalık

☐ Ağız ve diş sağlığı

☐ KOAH

☐ Yenidoğan fototerapi

☐ Diğer:.....

Hasta / ailesine verilmesi Planlanan eğitim :

☐ Yok

☐ Var:.....



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
EVDE SAĞLIK HİZMETİNE KABUL EDİLEN HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

KOD: ES.FR.07

Y.TARİHİ:14.12.2017

REV. TARİHİ:14.09.2021

REV.NO:03

SAYFA 3 / 3

Hastaya yapılması planlanan tahlil / tetkik / tıbbi işlemler:

Tahliiller:

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 ☐ Özur,bakım ☐ Beslenme ☐ Tıbbi malzeme

Kontrol Randevusu: Tarih:/...../.....

Saat::.....

Değerlendirmeyi Yapan:

Değerlendirme Esnasında Hazır Bulunan Yakını:

Adı Soyadı:

Adı Soyadı:

İmza:

İmza:

Tarih :

Saat:

Tarih :

Saat:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
EVDE SAĞLIK HİZMETİ HASTA BAKIM PLANI FORMU

KOD:ES.FR.11

Y.TARİHİ:06.11.2023

REV. TARİHİ:00

REV.NO:00

Sayfa 1 / 4

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
İdrar retansiyonu	Hastanın normal idrar boşaltımının sağlanması	- Hastaya rahat edebileceği uygun bir pozisyon verilecek doktor istemine göre foley kateter takılacak - Doktor istemine göre kültür alınıp sonuçları takip edilecek foley kateter bakımı yapılacaktır - Hastanın mahremiyetine özen gösterilecek ,İdrar retansiyonu bulguları açısından hasta değerlendirilecek - Doktor ismine göre medikal tedavi uygulanacak ve etkileri izlenecek - İdrarın renk ve görünümü değerlendirilecek	
Bası Ülseri	- Hastanın cilt bütünlüğü korumak - Cilt bütünlüğü bozulmuş hastalarda iyileşmeyi sağlamak	- Kısıtlama yoksa hastanın yeterli sıvı alması sağlanacak,diyetisyenle iş birliği yapılarak beslenmesi düzenlenecek - Hastaya uygulanan tüm işlemlerde aseptik tekniğe dikkat edilecek - Hastanın açık yarası varsa günlük olarak takip edilecek yara bakımı yapılacaktır - Cilt temizliğinde tahriş edici maddeler kullanılmayacak Hastaya kişisel hijyen kuralları hakkında bilgi verilecek Doktor istemine göre kültür alınıp sonuçları takip edilecek Basınç bölgeleri korunarak cilt bütünlüğü sağlanacak - Gerektiğinde havalı yatak kullanılacak - Pansuman kirlendiğinde değiştirilmesi sağlanacak - Sık sık pozisyon değişikliği yapılarak hastanın mobilizasyonu sağlanacak - Yatak takımlarının kuru, temiz ve gergin olması sağlanacaktır.	
Ağrı	- Hastanın GYA'larını bağımsız olarak sürdürmesini sağlamak - Hastanın ağrısının azaldığını ifade etmesi	- Hasta odasının sessiz ve sakin olması sağlanacak - Hastanın dikkati farklı yöne çekilerek, gevşeme teknikleri gibi yöntemler öğretilecek - Hastanın vital bulguları alınacak - Ağrının yeri, şiddeti ve süresi belirlenecek - Ağrıyı azaltan ve artıran faktörler değerlendirilecek - Hastaya rahat edebileceği uygun bir pozisyon verilecek, gereksiz invaziv girişimlerden kaçınılması sağlanacak. Ani ve hızlı	



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
EVDE SAĞLIK HİZMETİ HASTA BAKIM PLANI FORMU

KOD:ES.FR.11

Y.TARİHİ:06.11.2023

REV. TARİHİ:00

REV.NO:00

Sayfa 2 / 4

		- hareketlerden kaçınılacak - Ağrılı bölgeye doktor istemine göre sıcak uygulama yapılacak - Gerektiğinde GYA'larına yardım edilecek doktor istemine göre medikal tedavi uygulanacak ve etkileri izlenecek - Gerekirse doktor istemine göre soğuk uygulama yapılacak	
Düşme Riski	Hastanın Düşme Riskinin Önlenmesi	- Hasta yalnız bırakılmayacak - Hastanın banyo ve tuvalette yalnız bırakılmaması önerilecek - Pencereler kapatılacak - Hasta yakını düşme riski ve önleme tedbirleri konusunda bilgilendirilecek Hasta itaki düşme ölçeği / harizmi düşme riski ölçeği ile değerlendirilecek - Yatak kenarları kaldırılacak	
Etkisiz Solunum Örüntüsü	- Hastanın Yeterli Hava Yolu Açıklığının Sağlanması - Etkili ve Yeterli Solunum Sağlamak	- Yemeklerden sonra ağız bakımı verilecek - Sık sık pozisyon değişikliği yapılarak hastanın mobilizasyonu sağlanacak - Hastaya semi fowler pozisyonu verilecek Solunum hızı ve derinliği değerlendirilecek Satürasyon ve solunum takibi yapılacak - Etkin solunum ve öksürme teknikleri öğretilecek ve uygulanacak - Yeterli sıvı alımı sağlanacak - Hastaya ve yakınlarına postural drenaj öğretilecek ve uygulanacak, hastaya doktor istemine göre yeterli tetkikler yaptırılacak - Öksürük ve balgamın özelliği değerlendirilecek	
Öz Bakım Eksikliği	- Hastanın öz bakımında ve aktivitelerinde aktif olmasını sağlamak - Hastanın kendi kendine yeterli hale gelmesini ve GYA bağımsız olarak sürdürmesinin sağlanması	- Yatak takımlarının kuru, temiz ve gergin olması sağlanacak - Hasta ve yakınlarının tedavi sürecine katılımı sağlanacak ve bu konuda eğitim verilecek - Hastanın günlük hijyeni sağlanmasına yardımcı olunacak, hastanın tırnaklarının kısa kesilmesi sağlanacak - Cilt temizliğinde tahrik edici maddeler kullanılmayacak. Hastanın bakıma aktif katılımı sağlanacak - Ödeme bağlı kuru cilt oluşması nedeniyle hastaya cilt bakımı verilecek - Foley kateter düzenli aralıklarla değiştirilecek - Gerekli durumlarda dudak ve ağız mukozasına nemlendirici kremler uygulanacak	



KOD:ES.TR.11

Y.TARİHİ:06.11.2023

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
EVDE SAĞLIK HİZMETİ HASTA BAKIM PLANI FORMU

REV. TARİHİ:00

REV.NO:00

Sayfa 3 / 4

Konstipasyon

- Defekasyonun normal sıklıkta olmasını sağlamak

- Hastanın mahremiyetine özen gösterilecek. Gerekirse hastaya silme banyo verilecek
- Hastaya perine bakımının önemi anlatılacak ve uygulanacak
- Hastada mevcut olan dren ve kateterlerin takibi ve bakımı yapılacaktır
- Sodyum bikarbonatlı çözeltilerle ağız bakımı verilecek
- Kısıtlama yoksa hastanın yeterli sıvı alması sağlanacak Hastanın az ve sık aralıklarla beslenmesi sağlanacak
- Diyetisyenle iş birliği yapılarak, hastanın uygun beslenmesi sağlanacak
- Hastanın mevcut diyeti beslenme alışkanlığı değerlendirilecek. Hastanın normal defekasyon alışkanlığı değerlendirilecek
- Diyetle posalı gıda ve sıvı alımının önemi vurgulanacak
- Hastanın kahvaltıda yarım saat önce 1 bardak ılık şü içmesi sağlanacak
- Hastaya pasif egzersizler önerilerek yapılması sağlanacak Hastanın mahremiyetine özen gösterilecek
- Doktor istemine göre medikal tedavi uygulanacak ve etkileri izlenecek
- Düzenli barsak alışkanlığının önemi anlatılacak
- Hastada fekal tıkaş oluşmuşsa doktora haber verilecek
- Oda düzenin hastanın rahat hareket edeceği, düşme ve çarpmalara engel olacak şekilde olması sağlanacak
- Tolere edebildiği ölçüde mobilizasyonu sağlanacak
- Hasta ile birlikte öncelikli aktiviteleri değerlendirilecek
- Hastaya rahat edebileceği uygun bir pozisyon verilecek, hasta düşme riski açısından değerlendirilecek ve düşme riski prosedürü uygulanacak
- Basınç bölgeleri korunarak cilt bütünlüğü sağlanacak
- Yatağa temas eden, basınca altındaki bölgeler, yastıkla desteklenecek
- Hastaya pasif egzersizler önerilerek yapılması sağlanacak
- Hastanın mahremiyetine özen gösterilecek
- Hasta terapotik aktivite ve egzersize yönlendirilecek
- Hastanın kaymayan ayakkabı veya terlik kullanması sağlanacak

Fiziksel Harekette Bozulma

- Hastanın maksimum hareket yeteneğinin sağlanması
- Eklem hareketlerinin sürdürülebilmesini sağlamak
- Hastanın kendikendine yeterli hale gelmesi ve GYA sürdürmesini sağlamak



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
EYDE SAĞLIK HİZMETİ HASTA BAKIM PLANI FORMU

KOD-ES.FR.11

Y.TARİHİ:06.11.2023

REV. TARİHİ:00

REV.NO:00

Sayfa 4 / 4

Enfeksiyon riski

- Hastada enfeksiyon oluşumunu engellemek

- Temel güvenlik önlemleri alınacak
- Gerektiğinde havalı yatak kullanılacak
- Fizyoterapist ile işbirliği yapılarak gerekli egzersizler yaptırılacak bakım verirken zorlayıcı hareketlerden kaçınılacak.
- Hastanın yatak içindeki pozisyonu değiştirilirken omurganın bir bütün halinde olmasına dikkat edilecek
- Vücut postürünü korumak için gerekli ekipman kullanılacak
- Olası risk faktörleri değerlendirilecek el hijyenine dikkat edilecek
- Gereksiz invaziv uygulamadan kaçınılacak
- Ziyaretçi sayısı kısıtlanacak
- Enfeksiyonun nedeni bulaşıcılığı ve riskleri konusunda aileye eğitim verilecek



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
NÜTRİSYONEL RİSK SKORU (NRS-2002) DEĞERLENDİRME

KODU:HB.FR.03

Y. TARİHİ: 03.03.2016

REV. TARİHİ:07.01.2019

REV. NO:01

SAYFA:1/2

Adı Soyadı:		Protokol No:	
Yaşı:		Yatış Tarihi:	
Cinsiyeti:		Servisi:	
Boy:.....cm	Kilo:.....gr.	Oda No:	

NRS Değerlendirme Tarihi:

ÖN DEĞERLENDİRME

• Vücut kitle endeksi (VKİ) < 20,5 kg/m ² mi?	Evet	Hayır
• Hasta son 3 ayda kilo kaybetti mi?	Evet	Hayır
• Geçen hafta gıda alımında azalma oldu mu?	Evet	Hayır
• Hasta ileri derecede hasta mı? (örneğin yoğun bakımda mı?)	Evet	Hayır

Bu sorulardan biri “Evet” ile cevaplanırsa, **Esas Değerlendirmeye** devam edilir.

Bütün sorular “Hayır” ile cevaplanırsa, hastaya her hafta yeniden **Ön Değerlendirme** yapılır.

Hastaya örneğin büyük bir ameliyat yapılması planlanıyorsa, olası bir riske karşı, önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanması gerekir.

ESAS

Beslenme Durumundaki Bozulma	Puan	Hastalık Şiddeti	Puan
Normal beslenme durumu	0 (Yok)	Normal besin gereksinimi	0 (Yok)
3 ayda > %5 kilo kaybı veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %50-75’inin altında	1 (Hafif)	Kalça fraktürü, Özellikle akut komplikasyonları olan kronik hastalar: Siroz, KOAH, Kronik Hemodiyaliz, Diyabet, Onkoloji	1 (Hafif)
2 ay içinde kilo kaybı > %5 veya VKİ 18,5–20,5 + genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin % 25-50’si	2 (Orta)	Majör Abdominal Cerrahi, İnme, Şiddetli Pnömoni, Hematolojik Malignite	2 (Orta)
1 ay içinde kilo kaybı > %5 (3 ayda > %15) veya VKİ < 18,5 + genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal ihtiyacının	3 (Şiddetli)	Kafa travması, Kemik iliği transplantasyonu, Yoğun Bakım hastaları (APACHE > 10)	3 (Şiddetli)
TOPLAM SKOR :	+1 yaşı ≥70 ise	TOPLAM SKOR:	

TOPLAM (Nütrisyonel Risk Skoru) NRS 2002:

Total Skorun Hesaplanması: İlk önce **Beslenme Durumundaki Bozulma** bölümünün puanı bulunur. Sonra **Hastalık Şiddeti** puanı bulunur. Toplanır. En son olarak da hastanın yaşı 70 yaş ve üstü ise 1 puan daha eklenir. Böylece hastanın NRS bulunur.

Puan ≥3: Beslenme riski mevcut, beslenme planı başlatılır.

Puan <3: Haftada bir NRS 2002 değerlendirmesi yapılması gerekir. Eğer büyük bir cerrahi müdahale yapılması planlanıyorsa, olası risklere karşı önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanmalıdır.

Vücut Kitle İndeksi (VKİ) = Vücut Ağırlığı (kg.) / Boy uzunluğunun karesi (m.)

Örnek: Vücut Kitle İndeksi (VKİ) = 50 / (1.60x1.60)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
NÜTRİSYONEL RİSK SKORU (NRS-2002) DEĞERLENDİRME

KODU:HB.FR.03

Y. TARİHİ: 03.03.2016

REV. TARİHİ:07.01.2019

REV. NO:01

SAYFA:1/2

1.DEĞERLENDİRME		TARİH:...../...../20....
Hastanın Hekimi Adı Soyadı/Kaşe - İmza :	DİYETİSYENİN NOTU:	
Hastanın Kilosu:		
Nütrisyonel Risk Skoru:		
SONUÇ:		
Hastanın Esas Değerlendirmesine gerek yok.	☐	
Esas Değerlendirme yapıldı. Sonuç: Puan ≥ 3 çıktı.	☐	
Beslenme planı için diyetisyenle görüşüldü.	☐	
Esas değerlendirme yapıldı. Sonuç Puan < 3 çıktı. Hasta 1 hafta sonra tekrar değerlendirilecek.	☐	
Adı Soyadı/Kaşe - İmza :		
2.DEĞERLENDİRME		TARİH:...../...../20....
Hastanın Hekimi Adı Soyadı/Kaşe - İmza :	DİYETİSYENİN NOTU:	
Hastanın Kilosu:		
Nütrisyonel Risk Skoru:		
SONUÇ:		
Hastanın Esas Değerlendirmesine gerek yok.	☐	
Esas Değerlendirme yapıldı. Sonuç: Puan ≥ 3 çıktı.	☐	
Beslenme planı için diyetisyenle görüşüldü.	☐	
Esas değerlendirme yapıldı. Sonuç Puan < 3 çıktı. Hasta 1 hafta sonra tekrar değerlendirilecek.	☐	
Adı Soyadı/Kaşe - İmza :		
3.DEĞERLENDİRME		TARİH:...../...../20....
Hastanın Hekimi Adı Soyadı/Kaşe - İmza :	DİYETİSYENİN NOTU:	
Hastanın Kilosu:		
Nütrisyonel Risk Skoru:		
SONUÇ:		
Hastanın Esas Değerlendirmesine gerek yok.	☐	
Esas Değerlendirme yapıldı. Sonuç: Puan ≥ 3 çıktı.	☐	
Beslenme planı için diyetisyenle görüşüldü.	☐	
Esas değerlendirme yapıldı. Sonuç Puan < 3 çıktı. Hasta 1 hafta sonra tekrar değerlendirilecek.	☐	
Adı Soyadı/Kaşe - İmza :		
4.DEĞERLENDİRME		TARİH:...../...../20....
Hastanın Hekimi Adı Soyadı/Kaşe - İmza :	DİYETİSYENİN NOTU:	
Hastanın Kilosu:		
Nütrisyonel Risk Skoru:		
SONUÇ:		
Hastanın Esas Değerlendirmesine gerek yok.	☐	
Esas Değerlendirme yapıldı. Sonuç: Puan ≥ 3 çıktı.	☐	
Beslenme planı için diyetisyenle görüşüldü.	☐	
Esas değerlendirme yapıldı. Sonuç Puan < 3 çıktı. Hasta 1 hafta sonra tekrar değerlendirilecek.	☐	
Adı Soyadı/Kaşe - İmza :		



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BASI YARASI RİSKİNİ ÖLÇME FORMU (BRADEN SKALASI)

KOD: HB. FR.04

Y.TARİHİ:28.05.2018

REV. TARİHİ:08.02.2022

REV. NO:03

SAYFA NO:1/1

Hastanın Adı Soyadı:

Ay/Yıl:

Günler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Toplam puan																															
Bası Yarısı Oluşumunu Önleme Talimatı																															
Bası Yarısı Pansumanı ve Bakımı Talimatı*																															
Hemşire Adı Soyadı																															

*Bası yarısı oluştığında "Bası Yarısı Takip Formu" ile takibi yapılır.

BRADEN BASI SKALASI

Duyusal Algılama	Puan	Nem	Puan	Aktifite	Puan	Hareketlilik	Puan	Beslenme	Puan	Sürtünme ve Yırtılma	Puan	Toplam Puan
Bozulma yok	4	Nadiren nemli	4	Sık sık yürüyor	4	Sınırlama yok	4	Mükemmel	4			
Hafif sınırlı	3	Ara sıra nemli	3	Ara sıra yürüyor	3	Hafif sınırlı	3	Yeterli	3	Görünen problem yok	3	
Çok sınırlı	2	Çok nemli	2	Sandalyeye Bağımlı	2	Çok sınırlı	2	Muhtemelen Yetersiz	2	Potansiyel problem	2	
Tamamen sınırlı	1	Sürekli nemli	1	Yatağa bağımlı	1	Tamamen Hareketsiz	1	Çok kötü	1	Sorun	1	

Risk Ölçümü	Puanlama	Yapılması Gereken Faaliyet
Risk Yok	16 ve üzeri (yaş>75 ise 18 ve üzeri)	Haftada bir kez bası yarısı riski yeniden değerlendirilir.+ "Bası Yarısı Oluşumunu Önleme Talimatı" uygulanır.
Düşük Risk	15-16 (yaş>75 ise 15-18)	
Orta Risk	13-14	Risk var ise 16 puan ve altında (yaş>75 ise 18 puan ve altında) her gün değerlendirilir.+ "Bası Yarısı Oluşumunu Önleme Talimatı" uygulanır.
Yüksek Risk	12 ve altında	

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ HASTA DOSYASI FORMLARININ TEKNİK ŞARTNAMESİ

- 1) FORMLAR A4 BOYUTUNDA BASTIRILMALI
- 2) FORMLAR SİYAH ,BEYAZ VE RENKSİZ FORMDA YAZDIRILMALI
- 3) HER FORMDAN 300 ADET ÇIKARTILMASI GEREKMEKTEDİR.

Birim Sorumlu
Kalemzinesi
İpek Yılmaz


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TIBBİ ATIK KARTLARI TEKNİK ŞARTNAMESİ

1.KONU

1.1. Bu şartname Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çevre Sağlığı Birimi'nin ihtiyacı olan madde 2'deki teknik özellikleri belirtilen (4 kalem) ve 300 adet kart'ın satın alınmasını kapsamaktadır.

2.TEKNİK ÖZELLİKLER

2.1.Renkli basım olmalıdır.

2.2.A5 Boyutunda ve 148 × 210 mm ebatında olmalıdır.

2.3.Beyaz zemin üzerine basılmalıdır.

2.4. Renkli orjinal kopyalar mail yoluyla gönderilecektir.

2.5. Pvc-laminasyon filmle kaplanmış olmalıdır.

2.6. Şeffaf ve parlak cilt yüzeyi olmalıdır.

2.7. 4 farklı kart basımı yapılacaktır.

2.8. Hazırlandıktan sonra basım yapılmadan önce örnek numune getirilmelidir.

2.9. Hatalı ve eksik basım muayene kabul komisyonu tarafından kabul edilmeyecek, yeniden basım yapılacak ve hatalı basım işi için ödeme yapılmayacaktır.

Ramazan ANAZ
Çevre Sağlık Teknikeri
Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çevre Sağlığı Birimi
Yazınca KESİP ÖZON

TORBA



TIBBİ ATIK

- Enjektörler
- IV kateterlerin plastik kısmı
- Foley sonda
- NG sonda
- Trakeostomi kanülü
- İdrar torbası(Boş)
- İzolasyon atıkları
- Pansuman malzemeleri
- Kullanılmış eldiven, gaita idrar ve balgam kapları
- Pansuman malzemeleri
- Kan ve kan ürünleri
- Diyaliz atıkları
- Laboratuvar atık
- Bakteri ve virüs içeren hava filtreleri
- Serum setleri

Ramazan ANAZ
Çevre Sağlık Teknikeri
Kalite Yönetim Direktörü
Kırımlı Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Çevre ve Sağlık Bakanlığı
Kalite Yönetim Direktörü
Kırımlı Araştırma Hastanesi

TORBA



EVSEL NİTELİKLİ ATIKI

- . İdari bina atıkları
- . Büro atıkları
- . Bahçe atıkları
- . Yemek atıkları

Ramazan ANAZ
Çevre Sağık Teknikeri
40n Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Orta Eğitim Kurumları
Kocaeli Yönetim Kurulu
Kecime KESER UZUN

Tehlikeli Atıklar

- I. Flakonlar
- II. Kablo
- I. Floresanlar
- II. Formaldehit
- I. Yalıtım malzemeleri
- II. Piller
- I. Aküler
- II. Elektrikli ve Elektronik ekipman
- I. Makine-Ekipman Parçaları
- II. Yağ-Yakıt Filtreleri
- I. Bitkisel Atık Yağlar
- II. Radyografik işlemlerden kaynaklanan atıklar



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kalite Yönetim Direktörü
Kadriye YILMAZ

Ramazan ANAZ
Çevre Sağlık Teknikeri
Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Mavi çöp poşetine atılacaklar

- Kağıt, karton
- Metal
- Plastik
- Cam(kırılmamış)
- Kontamine olmamış ilaç ambalajları



Ramazan ANAZ
Çevre Sağlık Teknikeri
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı
Kültür ve Turizm Bakanlığı
Kültür ve Turizm Bakanlığı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bakanlığı
Kültür ve Turizm Bakanlığı
Kültür ve Turizm Bakanlığı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PREMATÜRE RETİNOPATİ MUAYENE RIZA BELGESİ

KOD:HD.RB.02/24

Y.TARİHİ:06.02.2024

REV. TARİHİ:00

REV.NO:00

Sayfa 1 / 3

BARKOD

Size/Hastanıza..... tanısı
ile.....tedavisi önerilmektedir.

-Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde, durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi ya da tanısal işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz.

-Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşılabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.

-Girişim hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz.

-Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

1.İşlemden Beklenen Faydalar:

Erken doğan bebeklerde gözün retinal ağ tabakasındaki damarlar tam olarak gelişmemiş olu ve doğumdan sonra gelişimini tamamlar. Retinal damarlanması tamamlanmış bebeklerin retinalarında kısaca ROP olarak bilinen prematüre retinopatisi hastalığı ortaya çıkabilir ve erken tedavi edilmezse körlüğe neden olabilir. Bu nedenle gebelik yaşı ≤ 34 hafta veya doğum ağırlığı ≤ 1700 gram doğan tüm bebekler ile GY > 34 hafta veya doğum ağırlığı > 1500 gram olup kardiyopulmoner destek tedavisi uygulanmış ve bebği takip eden klinisyenin ROP açısından riskli gördüğü bebeklerin taranması önerilir. Ayrıca bebekte rastlanan akciğer, kalp damar hastalıkları, beyinde yaşanabilecek problemler, ağır enfeksiyonlar, uzun süreli kuvöz bakımı ve yüksek oksijene maruz kalma ROP riskini artırdığından daha büyük doğan bebekler de eğer çocuk doktoru gerekli görüyorsa mutlaka ROP muayenesi olmalıdır.

2.İşlemin Uygulanmaması, Reddetme Durumunda Ortaya Çıkabilecek Sonuçlar:

Retinal damarların etkilenme şiddetine göre ROP'un hafıftan ağıra 5 evresi bulunur. Tedavinin başarısı hastalığın evresi ile ilgilidir. Evre 1 ve Evre 2' de takip yeterlidir. Evre 3'ten itibaren laser tedavisi yapılmalıdır. Evre4 ve Evre5'te ise cerrahi operasyon gerekir, ancak bu operasyonların başarı şansı düşüktür. Erken doğan bebeklerde ayrıca şaşılık, yüksek numaralı gözlük ihtiyacı, göz tansiyonu gibi göz hastalıklarının olma riski de diğer bebeklere göre daha fazladır. Bu nedenle yakın takipleri gerekir.

3.Varsa İşlemin Alternatifleri:

Muayenenin alternatifi başka bir yöntemi bulunmamaktadır.

4.İşlemin Riskleri Ve Komplikasyonları:

Muayene esnasında damlatılan damlaların geçici olarak yüzde kızarıklık, ateşlenme, hazımsızlık, hırçınlık, ışığa hassasiyet, alerjik reaksiyonlar, kan basıncı değişiklikleri ve geçici solunum zorluğu gibi yan etkileri olabilir.

5.Tıbbi Müdahalenin Nerede, Ne Şekilde, Nasıl Yapılacağı Ve Tahmini Süresi:

ROP muayenesi konusunda deneyimli hastanemiz göz hastalıkları uzmanları tarafından yapılacaktır. ROP muayenesi ilk olarak bebek 4-6 haftalık olduğunda yapılmalıdır. Göz damarlarının gelişimine ve hastalığın ciddiyetine göre muayenenin tekrarlanması gerekebilir. Muayene öncesi göz bebeğine damla damlatılarak büyütülmesi gerekmektedir. Bu işlem 1-2 saat alabilir. İdeal bir ROP muayenesi tam pupil dilatasyonu(göz bebeği büyümesi) sağlandıktan sonra yapılmalıdır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PREMATÜRE RETİNOPATİ MUAYENE RIZA BELGESİ

KOD:HD.RB.02/24

Y.TARİHİ:06.02.2024

REV. TARİHİ:00

REV.NO:00

Sayfa 2 / 3

6.Kullanılacak İlaçların Muhtemel İstenmeyen Etkileri Ve Dikkat Edilecek Hususlar:

Muayene öncesinde kullanılan göz büyütücü damlaların yüzde kızarıklık, ateşlenme, hazımsızlık, hırçınlık, ışığa hassasiyet, alerjik reaksiyonlar, kan basıncı değişiklikleri ve geçici solunum zorluğu gibi yan etkileri olabilir. Muayene esnasında kullanılan ilaçlar göz bebeğini büyütücü etkiye sahiptir.

7.Hastanın İşlem Öncesi Ve Sonrası Dikkat Etmesi Gereken Hususlar İle Dikkat Edilmemesi Durumunda Yaşanabilecek Sorunlar:

ROP takibi süresince size verilecek olan kontrol tarihlerine uymanız hastalığı bağlı olumsuz sonuçların önlenmesi açısından önem arz etmektedir. Kontrol muayenelerine getirmemeniz durumunda hastalık ilerleyerek tedavi başarısının çok daha düşük olduğu ileri evre ROP hastalığı gelişebilir.

8.Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabilirsiniz:

Tedavi/Ameliyat/İşlem ilgili herhangi bir olumsuz durumda hekiminize aşağıdaki telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

.....

EĞİTİME KATKI ONAY: Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitim de eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve(veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacı ile öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayırlarda ismimin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlar için kullanılmasını kabul ediyorum.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PREMATÜRE RETİNOPATİ MUAYENE RIZA BELGESİ

KOD:HD.RB.02/24

Y.TARİHİ:06.02.2024

REV. TARİHİ:00

REV.NO:00

Sayfa 3 / 3

HASTANIN TERCÜMAN İHTİYACI VAR İSE (İŞARET DİLİ/YABANCI DİL)

Hastaya, bu bilgilendirme ve rıza formunu, doktor tarafından yapılan açıklamaları bire bir tercüme ettim.

Tercüme Yapanın Adı Soyadı:

Tarih:

Saat:

İmzası:

***HASTA VE HASTA YAKINI**

Bu bilgilendirme ve rıza formunu okudum/yakınım/Tercüman (işaret dili-yabancı dil) bana okudu. Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Doktorum önerilen işlemi, işlemin risklerinin ve işlemi yaptırmadığım takdirde karşılaşacağım riskleri; ayrıca bu işlemin sonuçlarının başarılı olamayabileceğini bana anlattı. Bu tetkik ve tedavileri kabul etmediğim zaman hangi tehlikelerin sağlığıma tehdit edebileceğini öğrendim. Tüm anlatılanları anladım. Bu tıbbi işlem konusunda soru sorabilmem ve karar verebilmem için yeterli süre tanında ve bana iş bu hasta onam formundan bir nüsha verildi.

Bu bilgiler ışığında bana/yakınım bu tedavinin/işlemin uygulanmasını ve bu formda yazılı her maddeyi hiçbir baskı altında kalmadan kendi irademle **KABUL ETTİĞİMİ BEYAN EDERİM.**

Bütün bu bilgilendirmeye rağmen şahsıma herhangi bir muayene tetkik tedavi ve girişim yapılmasını kendi rızam ile **REDDEDİYOR VE DOĞACAK SORUMLULUKLARI ÜSTELENİYORUM.**

Not: Lütfen el yazınızla "okudum, anladım ve kabul ediyorum/kabul etmiyorum ve bir nüshasını elden aldım" yazınız ve imzalayınız.

--

Bilgilendirilen Hasta	Bilgilendirilen Hastanın Yakını/Yakınlık derecesi (reşit değilse anne-baba imzası)	
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Tarih:	Yakınlık derecesi:	Yakınlık derecesi:
Saat:	Tarih:	Tarih:
İmza:	Saat:	Saat:
	İmza:	İmza:

****BİLGİLENDİREN-İŞLEMİ YAPAN HEKİM**

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, beklenen sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastaya ve/veya hastanın hukuksal sorumlusuna, hastanın veya onun izni öncesinde, benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Bilgilendirmeyi Yapan Hekim	Tedavi Ve Girişimsel İşlemi Gerçekleştiren Hekim
Dr. Adı Soyadı:	Dr. Adı Soyadı:
Tarih:	Tarih:
Saat:	Saat:
İmza:	İmza:

Hastanın yakını:** Bilinci kapalı veya yapılacak işlemi anlayacak durumda değilse vekili, Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni Vasisi. Rıza alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır. Hastanın Velisinin (ebeveynin) ikisinin de imzası gereklidir. Eğer velilerde yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğinin veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır. *Bilgilendirmeyi ve tedavi/girişimsel işlemi yapan hekim aynı kişi ise her iki alanı da imzalayacaktır.** *****Acil durumlarda Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 24 gereği hekim karar verebilir.**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
YENİDOĞAN PREMATÜRE RETİNOPATİSİ MUAYENE VE İZLEM FORMU

KOD:YD.FR.16

Y. Tarihi:30.05.2022

Rev. Tarihi:00

Rev No:00

Sayfa: 2 / 2

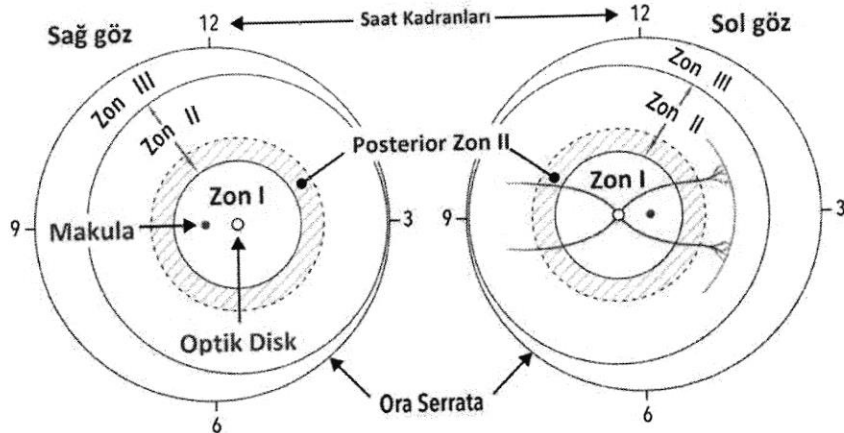
MUAYENE TARİHİ:		POSTNATAL YAŞ:			DÜZELTİLMİŞ YAŞ:	
	PUPİL	ZON	EVRE	ARTI HASTALIK	KADRAN, EK BULGU	ÖNERİLER
Sağ						
Sol						
Not :						

MUAYENE TARİHİ:		POSTNATAL YAŞ:			DÜZELTİLMİŞ YAŞ:	
	PUPİL	ZON	EVRE	ARTI HASTALIK	KADRAN, EK BULGU	ÖNERİLER
Sağ						
Sol						
Not :						

MUAYENE TARİHİ:		POSTNATAL YAŞ:			DÜZELTİLMİŞ YAŞ:	
	PUPİL	ZON	EVRE	ARTI HASTALIK	KADRAN, EK BULGU	ÖNERİLER
Sağ						
Sol						
Not :						

MUAYENE TARİHİ:		POSTNATAL YAŞ:			DÜZELTİLMİŞ YAŞ:	
	PUPİL	ZON	EVRE	ARTI HASTALIK	KADRAN, EK BULGU	ÖNERİLER
Sağ						
Sol						
Not :						

MUAYENE TARİHİ:		POSTNATAL YAŞ:			DÜZELTİLMİŞ YAŞ:	
	PUPİL	ZON	EVRE	ARTI HASTALIK	KADRAN, EK BULGU	ÖNERİLER
Sağ						
Sol						
Not :						





T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
YENİDOĞAN PREMATÜRE RETİNOPATİSİ MUAYENE VE İZLEM FORMU

KOD:YD.FR.16

Y. Tarihi:30.05.2022

Rev. Tarihi:00

Rev No:00

Sayfa: 1 / 2

***İlk muayenede doldurulacak**

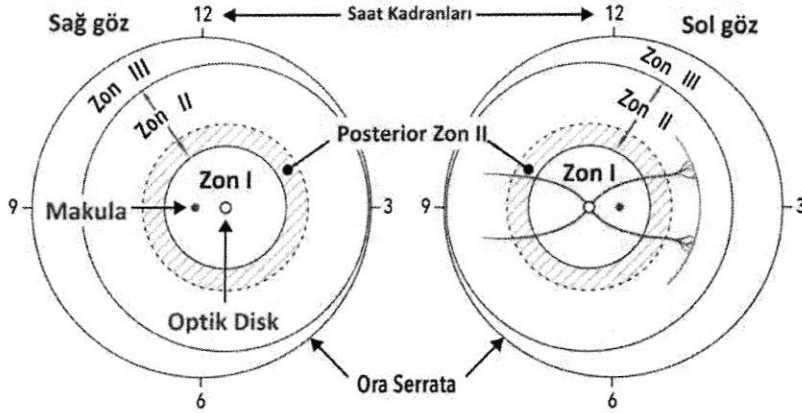
Hasta adı soyadı:	Tarih:
Protokol / Dosya no:	Muayene saati:
Telefon:	Adres:
Doğum tarihi:	Gestasyonel yaş:
Postnatal yaş:	Düzeltilmiş yaş:
Doğum ağırlığı:	DA Persentili:
Cinsiyet:	

PERİNATAL RİSK FAKTÖRLERİ

Çoğul gebelik:	Preeklampsi / eklampsi
Yardımcı üreme tekniği:	DİĞER
EMR (≥18 saat):	APGAR skoru
Ablatio plasenta:	Resüsitasyon

POSTNATAL RİSK FAKTÖRLERİ

RDS :	PDA :	İKK:	NEK:
BPD:	İHB:	Fototerapi :	Exchange transfüzyon:
Polistemi (PET):	Hct (en düşük):	Transfüzyon sayısı:	Plt:
N-CPAP (gün):	MV (gün):	Serbest O2% (gün):	sPO2 (En yüksek):
Sepsis (Kültür +):	Candida (Kültür +):	Klinik sepsis:	Pnömoni:
Tekrarlayan Apne:	Kafein (gün):	Met asidoz:	TPN (gün):
Hiperglisemi:	Hipoglisemi:	TA (en yüksek/en düşük):	İnotrop (gün):
Diğer:			



	PUPİL	ZON	EVRE	ARTI HASTALIK	KADRAN, EK BULGU
Sağ					
Sol					

ÖNERİLER:

- * 3-4 gün sonra kontrol
- * 1 hafta sonra kontrol
- * 2 hafta sonra kontrol
- * Taramanın sonlandırılması
- * Acil Tedavi

Muayeneyi yapan doktor ismi/kaşesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TERM BEBEK GÖZ TARAMA FORMU

KOD:HB.FR.58

Y.TARİHİ: 07.02.2024

REV. TARİHİ:00

REV.NO:00

SAYFA NO:1/1

BARKOD	Doğum Tarihi:	Akraba Evliliği:	☐ Yok	☐ Var		
	Doğum Haftası:	Doğum Şekli:	☐ N SVD	☐ C/S		
	Doğum Ağırlığı:	Başvuru Sebebi:	☐ Kontrol	☐ Refere		
	Anne yaşı:	Gebelik sayısı:				
RİSK FAKTÖRLERİ						
Asfiksi	Yok	Var	Yoğun Bakım Yatışı	Yok	Var	Gün
Down Sendromu	Yok	Var	Oksijen tedavisi	Yok	Var	Gün
İşitme Testi	Geçti	Geçmedi	Sepsis	Yok	Var	
Hidrosefali	Yok	Var	Konjenital Anomali	Yok	Var	
PVL	Yok	Var	Intrauterin Enfeksiyon	Yok	Var	
Diğer						
AİLE HİKAYESİ						
Gözlük Kullanımı	Yok	Var	Doğuştan Göz Hastalığı	Yok	Var	
Göz Tembelliği	Yok	Var	Retinoblastom	Yok	Var	
Şaşılık	Yok	Var	Retinitis Pigmentoza	Yok	Var	
Nistagmus	Yok	Var	Metabolik Hastalık	Yok	Var	
Diğer						
BEBEK YÜZ YAPISI						
Normal	☐	Bulgu:				
Disformik	☐					
(Dakriyosistosis, Dakrkriostenoz, Hemanjiom vs..)						
ORBİTA						
Normal	☐	Sağ	Sol	Bulgu:		
Anormal	☐	Sağ	Sol			
(Telekontus, Hipertelorizm, Hipotelorizm)						
GLOB YAPISI						
Normal	☐	Sağ	Sol	Bulgu:		
Anormal	☐	Sağ	Sol			
(Anoftalmi, Mikrooftalmi, Buftalmus vs..)						
KAPAKLAR						
Normal	☐	Sağ	Sol	Bulgu:		
Anormal	☐	Sağ	Sol			
KONJONKTİVA						
Normal	☐	Sağ	Sol	Bulgu:		
Anormal	☐	Sağ	Sol			
(Neonatal konjonktivit, Nevus, Subkonjontival Hemoraji, vs..)						
SKLERA						
Normal	☐	Sağ	Sol	Bulgu:		
Anormal	☐	Sağ	Sol			
(Mavi sklera, vs..)						
KORNEA						
Normal	☐	Sağ	Sol	Bulgu:		
Anormal	☐	Sağ	Sol			
(Opasite, Mikrokornea, Makrokornea, Limbal Dermoid vs..)						
LENS						
Normal	☐	Sağ	Sol	Bulgu:		
Anormal	☐	Sağ	Sol			
(Katarakt, Mikrosferofaki, Subluksasyon vs..)						
İRİS						
Normal	☐	Sağ	Sol	Bulgu :		
Anormal	☐	Sağ	Sol			
(Kolobom, Nevus, İris kisti, Aniridi, Posterior Sineşi vs..)						
PUPİL						
Normal	☐	Sağ	Sol	Bulgu:		
Anormal	☐	Sağ	Sol			
(Polikori, Anizokori, Ektopik Pupil vs..)						
FUNDUS						
Normal	☐	Sağ	Sol	Bulgu:		
Anormal	☐	Sağ	Sol			
(Hemoraji, Dejenerasyon, OD patolojileri, kolobom..)						

DOĞRU EL YIKAMA BROŞÜRÜ TEKNİK ŞARTNAMESİ

- 1-A4 Boyutunda ,kuşe kağıda ,renkli baskı tek yönlü olmalıdır.
- 2-Baskılar 1.kalite baskı ve 1.sınıf hamur kağıt olmalıdır
- 3-Renk dağılması olmamalı boya vermemeli.
- 4-Tasarım ,renk ,şekil ve içerik olarak ekteki orjinaline uygun olacaktır.
- 5-Resimler ve yazılar net ve okunaklı olacak ve yazı bozukluğu olmayacak
- 6-Basım öncesi bir adet örnek broşür gönderilecek.
- 7- Broşür kitapçık gibi tüm sayfaları birlikte bütün halinde olacak
- 8-Tasarım kurumun isteyeceği görselliğe göre yapılacaktır
- 9-Tasarımlar Sağlık Bakanlığı kurumsal kimlik klavuzuna uygun yapılmalı.

EK-1



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AERO-ALLERJEN PANELİ DERİ PRİK TESTİ FORMU

KOD:HB.FR.37

Y.TARİHİ: 24.07.2023

REV.TARİHİ:00

REV.NO:00

SAYFA:1/1

Ad-Soyad:

Doğum Tarihi/ Yeri:

Tel:

Boy/Kilo:

Şikayet:

		Hiperemi	Endürasyon
1	Histamin (Pozitif Kontrol)		
2	Salin (Negatif Kontrol)		
3	Ev tozu -1 (D. Farinea)		
4	Ev tozu-2 (D. Pteronyssinus)		
5	Cockroach (Blatella, H. Böceği)		
6	Küf-1 (Alternaria Alternata)		
7	Küf-2 (Cladosporium)		
8	Çayır Karışımı (Grass Mix)		
9	Secale Cereale (Rye)		
10	Huş Ağacı (Birch/Betula Mix)		
11	Ağaç Karışımı (Spring Tree Mix)		
12	Kazayağı Otu (Chenopodium)		
13	Sinir Otu (English Plantain, Plantago)		
	<u>Diğer</u>		
	Kedi Epiteli		
	Köpek Epiteli		
	Aspergillus		
	Latex		
	Artemisia		

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ALERJİDEN KORUNMA ÖNLEMLERİ			
KOD:HD.YD.03	Y.TARİHİ:31.08.2023	REV. TARİHİ:00	REV.NO:00	Sayfa 1 / 5

EV TOZU AKARLARINDAN NASIL KORUNABİLİRİM?

· Günlük yaşantımızda hemen her yerde olabilen akarları tamamen yok etmek imkansız olsa da alınacak bazı önlemlerle maruz kalmanızı büyük ölçüde azaltabilirsiniz.

Akarların yaşamsal koşullarını ortadan kaldırın

- Evinizi sık sık havalandırın (Kuru havada, özellikle nem oranı %50'nin altına indiğinde ev tozu akarlarının hiçbirisi yaşayamaz).
- Buhar makinelerini kesinlikle kullanmayın.
- Evin herhangi bir yerinde sıvı kaçağı varsa tamir edin.
- Yatak takımlarınızı haftada en az bir kez değiştirin ve yıkayın.

Akarların yaşamsal alanlarını azaltın.

- Ev tozu akarları her türlü kumaş türünde yaşayabilirler. Özellikle yatak, yastık, yorgan, halı, kalın kumaşlı perde ve mobilya gibi üzerinde çok kolay toz tutabilen ev eşyalarında yüksek oranda bulunurlar. Kullanılan yatak, yastık ve yorgan yün, kaz tüyü veya kuştüyü olmamalı, mümkünse akar geçirmeyen tıbbi özel kılıflarla kaplanmalıdır.
- Halıyı mümkünse kaldırın. Kaldırılmıyorsanız boydan boya yün halı yerine küçük ince bir kilim kullanın.
- Kalın veya ağır perde yerine ince tül veya stor perde tercih edin.
- Odada mümkün olduğunca az eşya bulundurun. Kitap, biblo, oyuncak gibi eşyaları kapalı dolaplarda muhafaza edin. Akarların yoğun olarak yaşayabileceği peluş ve tüylü oyuncakları uzaklaştırın.
- Haftada en az bir kez yüksek vakumlu veya HEPA filtreli bir elektrik süpürgesi ile tüm odayı temizleyin. Temizlik sırasında alerjik birey odada bulunmamalı, temizlik sonrası hafif nemli bir bezle eşyaların tozu alınmalıdır.
- Elektrik süpürgesi ile ev tozu akarı alerjenleri uzaklaştırılabilir. Ama yaşayan akarlar ortadan kaldırılamaz. HEPA filtrasyon yöntemi ile ev tozu akarlarının dışkıları süpürge torbasında kalır.
- Evde ve özellikle yatak odasında evcil hayvan bulundurmamaya özen gösterilmelidir.

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ALERJİDEN KORUNMA ÖNLEMLERİ			
KOD:HD.YD.03	Y.TARİHİ:31.08.2023	REV. TARİHİ:00	REV.NO:00	Sayfa 2 / 5

POLENLERDEN NASIL KORUNABİLİRİM?

Bu önlemler sadece polenlerin yoğun olduğu mevsimler için geçerlidir.

“Polenler gün içinde özellikle sabah erken saatlerde ve öğle saatlerinde yoğun olarak bulunurlar. Yağmur yağdıktan sonraki ilk birkaç saat ve akşam saatlerinde polen yoğunluğu büyük oranda azalmaktadır.”

· Dışarı aktivitelerinizde planlamanızı iyi yapın.

Polenlerin yoğun olduğu mevsimlerde,

- Özellikle sabah ve öğle saatlerinde ve
- Kuru ve rüzgarlı havalarda zorunlu değilse dışarı çıkmayın.
- Açık hava aktivitelerinde bulunmayın veya en aza indirin.

Sportif faaliyetler için kapalı alanlar tercih edilmelidir.

· Kendinizi Polenlerden Koruyun: Şapka (siperli) takın, Gözlük kullanın, Uzun kollu ve bacaklı giysiler giyinin, Eve girince bu giysileri değiştirin, Bol su ile duş alın veya saçınızı ve yüzünüzü bol su ile yıkayın.

- Evinize ya da aracınıza polen girmesine izin vermeyin
- Çamaşırlarınızı polen mevsiminde ev içerisinde kurutun.
- Kapı ve pencerelerinizi özellikle polenlerin yoğun olduğu saatlerde kapalı tutun.
- Evde ve arabanızda Polen filtreli klima kullanabilirsiniz.
- Arabanızı kullanırken camlarının açık olmamasına dikkat edin.

Toplu taşıma araçlarında seyahat ediyorsanız, açık pencere veya kapılardan uzakta oturmaya gayret edin.

KÜF ALERJİSİNDEN NASIL KORUNABİLİRİM?

Küf mantarı alerjiniz varsa alerjene maruz kalmazsanız semptomlarınızın ortaya çıkması önlenabilir ya da en aza indirilebilir. Küf mantarlarının havada yoğun olduğu günlerde dışarı çıkılmamalıdır. Eğer çıkmak durumunda kalırsa eve geldiğinde küf mantarlarını uzaklaştırmak için duş yapılmalıdır.

Banyoda; Banyodan sonra nemi dışarı çıkarmak için havalandırın.

Islak zeminleri silin

Sulandırılmış çamaşır suyu ile küflü bölgeler temizlenmeli

Mutfakta; Sık sık özellikle yemek pişirdikten sonra mutfağınızı havalandırın.

- Çöpünüzü mutfakta uzun süre tutmadan sık sık boşaltın.
- Yemek artıklarını ortada bırakmayın
- Buzdolabınızdaki su birikintilerini boşaltın
- Kullanmadığınız eski eşyalarınızı evden uzaklaştırın
- Ev içinde saksı topraklarını kontrol edin.
- Elbiseleriniz dış ortamda havalandırın
- Bahçenizdeki yaprak yığınlarını temizleyin.
- Bu işlemleri yaparken maske kullanın
- Ev içindeki nem oranını %30-40 arasında tutun.
- Buhar makinalarını kullanmayın



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ALERJİDEN KORUNMA ÖNLEMLERİ

KOD:HD.YD.03

Y.TARİHİ:31.08.2023

REV. TARİHİ:00

REV.NO:00

Sayfa 3 / 5

EVCİL HAYVAN ALERJİLERİNDEN NASIL KORUNABİLİRİM?

- İlk adım evcil hayvanlara karşı olan alerjinin olup olmadığı alerji ve immünoloji uzmanı tarafından uygun testler yapılarak saptanmalıdır.
- Şikayetleri kontrol altına almanın en etkin yolu evcil hayvanı tamamen ortamdaki uzaklaştırmaktır. Bu durumda bile evcil hayvana ait alerjiden tamamen kurtulmak altı ay veya daha uzun zaman alabilir.
- Her türlü evcil hayvanı alerjik kişilerin yatak odasından kesinlikle uzak tutmalısınız.
- Eğer evcil bir hayvan edinmek istiyorsanız daha çok balık, kaplumbağa gibi tüyü olmayan hayvanlar seçmelisiniz.
- Havalandırma sisteminin filtreleri sıklıkla temizlenmeli.
- Kış aylarında evcil hayvanlar daha çok ev içinde bulunduğundan alerjen düzeyi daha çok artar. Bu nedenle havalandırma sistemleri gözden geçirilmelidir.
- Hayvanlar daha sık (haftada 2 kez) ve alerjisi olmayan kişiler tarafından yıkanmalıdır.
- Evcil hayvanı olanlar daha az ziyaret edilmeli.
- Yatak odalarında HEPA filtreli havalandırma cihazları kullanılmalı. Bunların etkilerinin de sınırlı olduğu unutulmamalı.
- En önemli alerjen kaynağı halı, kanepeler ve yataklardır. Mümkün olduğu kadar halılar azaltılmalı, kanepeler sık sık temizlenmeli, yatak ve yastıklarda hayvan tüyleri yerine sentetik ürünler kullanılmalıdır.
- Alerjiye neden olan alerjenler kedi ve köpeklerin tükürük ya da yağ bezlerinden salgılanmaktadır. Çok yapışkan olan bu alerjenler hayvanın tüylerine kolayca yapışmaktadır. Yani hayvan tüyleri alerjen kaynağı değil sadece taşıyıcıdır.
- Köpekler arasında farklılıklar var mıdır?. Alerjen düzeyleri açısından çok az farklılık olabilir. Bazı türler daha az alerjen üretebilir.

HAMAM BÖCEĞİ ALERJİSİNDEN NASIL KORUNABİLİRİM?

- Evde böceğin yaşayacağı ortamlar bulunmamalı
 - İyi bir ilaçlama ardından yoğun temizlik yapılmalı
- En önemlisi açıkta çöp ya da yemek artıkları bulunmamalıdır.

Hamam Böceği Nerelerde Yaşar?

Hamam böcekleri sıcak, rutubetli eski binalarda yaşamayı tercih ederler. Yuvalarını duvar aralarında çatlaklarda, havalandırma boşluklarında yaparlar. Rutubet, sıcak ve besinin olduğu her yer bu böceklerin yaşaması için elverişlidir. Restaurant, hastane ve fırınlar en tercih ettiği bölgelerin başında gelir.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ALERJİDEN KORUNMA ÖNLEMLERİ

KOD:HD.YD.03

Y.TARİHİ:31.08.2023

REV. TARİHİ:00

REV.NO:00

Sayfa 4 / 5

ARI ALERJİSİNDEN NASIL KORUNABİLİRİM?

· Eğer arı alerjiniz varsa doktorunuz size immünoterapi ve adrenalin otoenjeksiyonu önerecektir. Ama en az bunlar kadar önemli bir diğer nokta arılardan korunma olacaktır.

· Yuvaların yok edilmesi: Eğer yaşadığınız yerde arılar yuva yapmışsa bu yuvaların yok edilmesi oldukça önemlidir. Eğer yuvaları kendiniz yok ederseniz güçlü böcek ilaçlarını tercih edin. Arılar sosyal hayvanlardır ve pek çoğu akşam saatlerinde yuvalarına dönerler. İlaçlama için en uygun zaman tüm arıların yuvada olduğu bu saatlerdir.

· Bir arı yuvasını asla yakmayın ya da tazyikli su ile asla yıkamayın. Bu işlemler sadece arıları daha da kızdırmaya neden olacaktır.

· Yakınızdaki bir arı fark ettiğinizde kollarınızı yavaşça kaldırarak baş ve boyun bölgenizi korumaya çalışın ve olduğunuz yerde durun. Ya da bulunduğunuz bölgeyi yavaş hareketlerle terk edin. Asla hızlı ve ani hareket etmeyin. Bu çeşit hareketler sokulmayla sonuçlanabilir.

· Eğer bir yaban arısını ezmişseniz, bu yakındaki diğer arıları saldırmaya teşvik edebilir çünkü yaban arısı zehri 'alarm fenomeni' olarak bilinen ve havaya salınarak diğer arıları saldırmaya yönlendiren bir kimyasal madde içermektedir.

· Hareket halindeki aracınıza bir arı girerse sakın olmaya çalışın. Bu durum arı dışarıya çıkmayı en az sizin kadar istediğinden sürekli cama yönelecektir. Araç kullanırken arıyı öldürmeye çalışmayın. Bu durum önemli bir kaza sebebidir. Yapılması gereken en akılcı şey, aracın derhal kenarı çekilmesi camların açılarak arının kaçmasına izin verilmelidir.

Arılardan kaçınmak için şu bilgileri akılda tutmak yararlı olacaktır:

Arılar baharın erken zamanlarında bulutlu, karanlık ve yağmurlu havalarda daha saldırgan olurlar.

· Ne giydiğiniz ve nasıl koktuğunuz önemlidir. Parlak renkli ve çiçekli giysiler arılar için çekicidir. Siyah renkse arıları kızdırır. Arıcılık ile uğraşanlar bu nedenle daima beyaz renkleri tercih ederler. Parlak toka veya takı takmayın. Kokulu kozmetikler, saç bakım ürünleri ve parfüm kullanmayın. Üzerinizde çiçek taşımayın. Özetle çiçek gibi görünmeyin, çiçek gibi kokmayın.

· Aerosol böcek ilacı elinizin altında olsun.

· Açıkta gıda, çöp bırakmayın. Sokaktaki çöp kovalarını kapattırın.

· Arazide, tavan arasında ve çatı saçağı altında çalışırken dikkatli olun.

· Dışarıda mutlaka ayakkabı giyin

· Sizi koruyabilecek şapka, uzun kollu ve paçalı giysileri tercih edin

· Açık havada yemek yaparken ya da yerken dikkatli olun.

· Soda ya da tatlandırılmış içecekler içmeyin. · Ciddi arı alerjisi olanlar açık hava aktivitelerini asla tek başlarına yapmamaları ve Üzerlerinde arı alerjileri olduğuna dair bir kart taşımaları son derece önemlidir.

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ALERJİDEN KORUNMA ÖNLEMLERİ			
KOD:HD.YD.03	Y.TARİHİ:31.08.2023	REV. TARİHİ:00	REV.NO:00	Sayfa 5 / 5

LATEKS ALERJİSİNDEN NASIL KORUNABİLİRİM?

- Lateks içeren katı plastik maddeler solunum yolu ile alınmaz bu nedenle astım ya da rinit bulgularına daha az neden olurlar.
- Sağlık çalışanları pudralı eldivenleri kullanırken bunlara yapışan lateks proteinleri astım hatta daha ciddi reaksiyonlara neden olabilirler. Bu nedenle lateks içermeyen eldiven kullanmaları ve diğer personelin de eldiven giyerken ya da çıkartırken toz çıkarmamaya dikkat etmesi gereklidir.
- Ürünleri mutlaka kontrol ederek kullanınız. Hastalar doktoruna lateks alerjisi olduğunu mutlaka söylemelidir. Lateks alerjisi olanlar bileklik kullanmalı.
- Anafilaktik reaksiyon öyküsü olan hastalar mutlaka adrenalin oto enjektör taşımalıdır.

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ALLERJİ DERİ TESTLERİ (DERİ PRİCK TESTİ) İÇİN AYDINLANMIŞ ONAM (RIZA) BELGESİ			
	KOD:HD.RB.35/10	Y.TARİHİ:04.07.2023	REV. TARİHİ:00	REV.NO:02

Başvuru nedeniniz olan şikayetleriniz değerlendirilmiş ve bu aşamaya kadar yapılmış olan tetkikleriniz sonucunda, "ALLERJİ DERİ TESTLERİ" uygulama gerekliliği doğmuştur.

Hastalığınızın tanısı için size önerilen tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu formda sunulan açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

Taniya yönelik testin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek tamamen sizin kararınıza bağlıdır.

BİLGİLENDİRME

Allerji deri testleri nelerdir?

Allerjiniz olup olmadığını belirleyen ve deride uygulanan testlerdir. Kısa sürede uygulanır, emniyetlidir ve sonuçları güvenilir olması nedeni ile en fazla tercih edilen allerji tanı yöntemidir.

Hangi durumlarda uygulanır?

Bu test size şikayet ve belirtileriniz allerjik bir hastalığı düşündürüyor ise uygulanacaktır (astım, allerjik nezle, allerjik egzama, ürtiker (dabaz, kurdeşen), arı allerjisi ya da besin allerjisi gibi).

Hazırlık aşamasında neler yapılır?

Allerji deri testlerini etkileyecek ilaçları ayrıca başka nedenlerle kullandığınız ilaçları (bitkisel ürünler dahil) varsa, doktorunuza söylemelisiniz.

Testler nasıl uygulanır?

Delme testi (Prik test): Ön kolunuzun iç kısmına 1 damla allerjen damlatılacak ve steril bir lanset ile (sivri uçlu bir tıbbi malzeme) derinizde bir çizik oluşturulacaktır. Kullanılacak allerjen sayısı fazla ise uygulama sırt bölgenizde de yapılabilir. Her bir test 15-20 dakika gibi kısa bir süre içinde tamamlanır.

Testlerde hangi allerjenler kullanılır?

"Allerjen" allerjiye neden olan madde demektir. Allerji deri testlerinde delme testte ev tozu akarları, polenler, küf mantarları, kedi ve köpek allerjenleri, besin allerjenleri, lateks (doğal kauçuk), arı allerjenleri gibi maddeler kullanılır. Hangi allerjenlerin kullanılacağı şikayetlerinize göre doktorunuz tarafından belirlenecektir.

Testler sonuçları nasıl değerlendirilir?

Delme testlerinde allerjen uygulanan bölgede 20-30 dakika içinde belli ölçülerde doktorunuz tarafından yorumlanarak kabarıklık ve kızarıklık oluşması durumunda sonuç pozitif kabul edilir.

Testler sırasında ortaya çıkabilecek istenmeyen durumlar nelerdir?

Allerji testlerinde istenmeyen durum görülme sıklığı çok düşüktür. Allerjisi fazla olan hastalarda abartılı deri cevabına bağlı olarak, uygulama bölgesinde beklenenden fazla kızarıklık ve kaşıntı oluşabilir. Son derece nadir olarak yaşamı tehdit edici durumlar(ölüm) bildirilmiştir.

Ancak genel kural olarak, allerjenlerle yapılan her uygulamada (delme testi) allerjik şok ve ölüm ihtimali bulunduğundan, testleriniz Allerji uzmanı kontrolünde uygulanacak ve test sonrasında en az 20 dakika süreyle gözlem altında tutulacaksınız. Bu durumların tedavisinde kullanılacak ilaç ve tıbbi malzemeler test uygulanan merkezde mevcut olup, gerekli tıbbi uygulamalar hemen yapılacaktır. Ancak her zaman tedaviden olumlu yanıt alınamadığı durumların olabileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca olumlu yanıt alındığı durumlarda da gerekli görüldüğünde bir süre hastanede gözlem altında tutulabilirsiniz.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
**ALLERJİ DERİ TESTLERİ (DERİ PRİCK TESTİ) İÇİN AYDINLANMIŞ ONAM
(RIZA) BELGESİ**

KOD:HD.RB.35/10 Y.TARİHİ:04.07.2023 REV. TARİHİ:00 REV.NO:02 SAYFA 2 / 2

Testlerin sağlayacağı faydalar nelerdir ?

Allerjik hastalıkların tümünde, SORUMLU ALLERJENDEN KORUNMA hastalık bulgularının daha etkili bir şekilde kontrol altına alınmasını sağlayacaktır. Bu nedenle mevcut hastalık bulgularınızın allerjik kökenli olup olmadığının belirlenmesi çok önemlidir. Ayrıca test sonuçlarınız uygulanacak tedavi yöntemlerinin belirlenmesini (allerjenden kaçınma, allerjene özel aşı tedavisi gibi) sağlayacaktır.

Testin alternatifi olan bir durum var mıdır?

Delme testi alternatifi olarak kanınız alınarak kanda allerji aranabilir. Kanda allerji saptama testleri deri testlerine göre sonuçlarının daha geç çıkması ve daha pahalı olması nedeni ile öncelikle tercih edilmemektedir. Kanda allerji saptama testleri sadece deri testlerini etkileyecek ilaç kullanımı varsa, hamilelikte; test bölgelerini etkileyen ağır cilt hastalığı varsa birinci sırada tercih edilmektedir.

ONAM (RIZA GÖSTERME)

Yapılacak test konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konuları sorumlu hekime sordum, sorularıma yeterli ve anlayabileceğim tarzda cevaplar aldım. Test sırasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri (beklenen ve istenmeyen durumlar) konusunda bilgilendirildim. Bu tanı yöntemini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu testin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Testin hazırlık ve uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim.

Bu “aydınlanmış onam formunda” tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyorum ve kabul ediyorum. **Allerji deri testlerini hiçbir baskı altında kalmadan kendi rızamla kabul ediyorum.**

(Lütfen altı çizili bölümü VE adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız).

HASTANIN ADI VE SOYADI :

HASTANIN İMZASI : Tarih : __. __. 20__

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN

(Okur-yazar olmayan ya da görme özürlü hasta için bilgilendirmenin sözlü olarak gerçekleştirildiğine şahitlik eden kişinin)

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) __. __. 19 __

Adresi ve Tlf :

İmzası : İmza Tarihi : (gün.ay.yıl) __. __. 20__

BİLGİLENDİRİLMİYİ YAPAN HEKİMİN

Adı ve Soyadı :

İmzası : İmza Tarihi : (gün.ay.yıl) __. __. 20__

HEKİMİN ŞAHİDİ (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı ve Soyadı :

İmzası : İmza Tarihi : (gün.ay.yıl) __. __. 20__

ASTIM ATAK EYLEM PLANI

		İLAÇLAR	SABAH	ÖĞLE	AKŞAM	GECE
DURUMU İYİ	<u>*Hiçbir şikayeti olmasa bile kullanılacak ilaçlar:</u> <u>*Beden dersindeyken veya koşarken sıkışıyorsa spordan 20-30 dk önce 4 fıs ventolin verilecek</u>					
ATAK DURUMUNDA YAPILACAKLAR	*Nefes açıcı ilaçlar kullanılacak: <u>İlk 1 saatte 20 dk arayla 3 kez ventolin 4'er fıs verilecek</u>					
	*Günlük ilaçlar kesilmeyecek					
ACİL DURUMLAR	*Nefes darlığı varsa *Çok sık nefes alıp veriyorsa *Nefes açıcı ilaçlar fayda etmiyorsa *3 saatten daha kısa sürede nefes açıcı ihtiyacı oluyorsa *Durumu giderek kötüleşiyorsa *Atak durumu uzuyorsa *Nefes darlığı yüzünden konuşması veya ağlaması kesiliyorsa *Parmaklarında veya dudaklarında morarma varsa *Kaburgalarının arasında veya boynunda çekilmeler oluyorsa					

**EN AZ 4 FİS VENTOLİN VERİN VE
HEMEN ACİL SERVİSE GİDİN**

EX-5

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BESİN-ALLERJEN PANELİ DERİ PRİK TESTİ FORMU			
	KOD:HB.FR.42	Y.TARİHİ: 24.07.2023	REV.TARİHİ:00	REV.NO:00

Ad-Soyadı:
Doğum Tarihi/ Yeri:
Tel:

Boy/Kilo:
Şikayet:

		Hiperemi	Endürasyon
1	HİSTAMİN (POZİTİF KONTROL)		
2	SALİN (NEGATİF KONTROL)		
3	SÜT		
4	YUMURTA AKI		
5	YUMURTA SARISI		
6	BUĞDAY UNU		
7	SOYA		
8	FINDIK		
9	CEVİZ		
10	BADEM		
11	YER FISTIĞI		
12	TAVUK ETİ		
13	KIRMIZI ET		
14	BALIK		
15	KAJU		
16	ÇİLEK		
17	MUZ		

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İLAÇ YÜKLEME (PROVOKASYON) TESTİ İÇİN AYDINLANMIŞ ONAM (RIZA) BELGESİ			
	KOD:HD.RB.35/06	Y.TARİHİ:04.07.2023	REV. TARİHİ:00	REV.NO:02

Başvuru nedeniniz olan şikayetleriniz değerlendirilmiş ve bu aşamaya kadar yapılmış olan tetkikleriniz sonucunda “İLAÇ YÜKLEME TESTİ ” uygulama gerekliliği doğmuştur.

Hastalığınızın tanısı için size önerilen tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu formda sunulan açıklamaların amacı, sağlığınıza ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

Tanıya yönelik testin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek tamamen sizin kararınıza bağlıdır. Önerilen tanı testini kabul etmeniz durumunda bu belgenin 2. bölümünü doldurmak zorundasınız.

BİRİNCİ BÖLÜM

BİLGİLENDİRME

İlaç yükleme testi nedir?

Bazı bireylerde bazı ilaçların kullanımı sonrası nefesde daralma ve hırıltı, göğüste sıkışma hissi, öksürük, gözlerde kaşıntı, burun ve boğazda kaşıntı, hapsirik, burun tıkanıklığı veya akıntısı, deride kızarıklık ve kaşıntı, dudaklarda ve göz kapaklarında şişme, tansiyon düşüklüğü, allerjik şok ve ölüm gibi allerjik durumlar oluşabilmektedir. Bu durum, bu bireylerin ilaç kullanımını sınırlamaktadır.

Bu testler ilaçlara bağlı allerji tanımlayan hastalara, ihtiyaçları doğrultusunda kullanabilecekleri uygun bir ilaç seçeneği bulma amacı ile veya ilaç allerjisini kesinleştirmek için uygulanır. Allerji ve Klinik İmmünoloji uzmanı hekimler tarafından gerekliliğine karar verilir ve uygulanır.

Kimlere; ne amaçla uygulanır?

İlaç yükleme testi iki amaçla yapılır.

1. Tıbbi tanıyı doğrulamak için: Tıbbi öykünüz ile herhangi bir ilaç kullanımı sonrası bildirmiş olduğunuz allerjiyi kanıtlamak için uygulanır.
2. Uygun ilaç seçeneği bulmak: Bu şekilde ilaçlara allerji tanımlıyorsanız doktorunuz ihtiyaçlarınız doğrultusunda size etkili ve emniyetli bir ilaç seçeneği bulmak amacı ile bu testleri yapacaktır. Bu ilaçlar ile de düşük oranda da olsa allerjik durum gelişme olasılığı olduğu için mutlaka test yapılarak önerilmelidirler.

Hazırlık aşamasında neler yapılır?

Testleri etkileyecek ilaçları, bildirilen süreler öncesinde kullanmamalısınız. Ayrıca başka nedenlerle kullandığınız ilaçları (bitkisel ürünler dahil) varsa, doktorunuza söylemelisiniz.

Test günü kahvaltı sonrası gelmeniz istenmektedir. Test günü enfeksiyon veya herhangi bir şikayetiniz var ise mutlaka doktorunuza söyleyiniz.

Testte hangi ilaçlar kullanılır?

Testinizde amaç ilaç allerjinizi kanıtlamak ise; **allerji bildirdiğiniz ilaç** ile uygulama yapılacaktır.

Eğer testiniz; uygun ilaç seçeneği bulma amacı ile yapılıyorsa amaca ve ihtiyaçlarınıza uygun olarak **allerji oluşturmaması beklenmeyen** bir ilaç grubu seçilecektir. Bu ilaç başka bir doktor tarafından bir sağlık durumunuz için önerilmiş bir ilaç olabileceği gibi doktorunuz tarafından sizin için önerilmiş bir ilaç da olabilir.

Test nasıl uygulanır?

Hastane koşullarında yapılacaktır. Testiniz; ağızdan hap veya şurup olarak, kas veya damar içine ya da cilt altına iğne uygulaması şeklinde olabilir. Testinizin uygulama şekli ise test edilecek ilacın özelliğine göre doktorunuz tarafından belirlenecektir. Testinize daha önceden belirlenmiş şemalar (protokoller) dahilinde düşük dozlardan başlanacaktır. Daha sonra doktorunuz tarafından belirlenen bir zaman sonrasında başlangıçta yapılan sorgulama ve muayeneniz



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
**İLAÇ YÜKLEME (PROVOKASYON) TESTİ İÇİN AYDINLANMIŞ ONAM (RIZA)
BELGESİ**

KOD:HD.RB.35/06	Y.TARİHİ:04.07.2023	REV. TARİHİ:00	REV.NO:02	SAYFA 2 / 4
-----------------	---------------------	----------------	-----------	-------------

tekrarlanacak ve herhangi bir sorun yoksa doz yükseltilecektir. Bu şekilde belirli aralıklarla doz yükseltilmesi yapılacaktır.

Testinizin süresi de amaca ve uygulama yöntemine göre değişecektir.

İlaç testiniz hap yutturularak yapılacaksa birkaç günden birkaç haftaya kadar sonuçlanma süresi değişebilir. Bu durum hastalığınızın durumu, ilaca karşı gösterdiğiniz tepkilere göre değişebilmektedir. Kas veya damar içine; ya da cilt altına uygulamalar şeklindeki ilaç testleri birkaç saat sürebileceği gibi amaca göre birkaç gün-hafta da sürebilir.

Test nasıl sonlandırılır?

En üst doza sorunsuz ulaşıldığında ya da herhangi bir dozda istenmeyen bir durum oluştuğunda testiniz sonlandırılacaktır. Test sonrasında önceki şikayetlerinizin durumuna göre belli bir süre allerjik belirtiler yönünden izleneceksiniz.

Test sonuçları nasıl değerlendirilir?

Genel olarak ilaç alımından hedeflenen zaman dilimi sonrasında halen herhangi bir allerjik belirtiniz yoksa “test negatif” kabul edilecektir.

Eğer herhangi bir dozda allerji belirtileri meydana gelirse “test pozitif” kabul edilecektir.

Test sırasında ortaya çıkabilecek istenmeyen durumlar nelerdir?

Genel olarak 2 tip durum ortaya çıkabilir.

1. Kullanılan ilacın şekli ile ilgili durumlar: İlacın damar veya kas içine ve cilt altına uygulanması şeklinde yapılan ilaç testlerinde enjeksiyon yerinde ağrı, kızarma olabilir.
2. İlaç ile ilişkili istenmeyen durumlar: İlaç yükleme testlerinde genel olarak nefesinizde daralma ve hırıltı, göğsünüzde sıkışma hissi, öksürük, gözlerinizde, burun ve boğazınızda kaşıntı, hapşırık, burun tıkanıklığı veya akıntısı, derinizde kızarıklık ve kaşıntı, dudaklarınızda ve göz kapaklarınızda şişme, tansiyon düşüklüğü, allerjik şok ve ölüm gibi allerjik durumlardan en az biri olabilir.

Ancak bu allerjilerin ortaya çıkma riski testin yapılma nedeni ile çok ilişkilidir. Bu test size “uygun bir ilaç seçeneği bulma” amacı ile yapılacaksa; testlerde allerjik olduğu düşünülen ilaca yapısal olarak benzemeyen ilaç grubu tercih edileceğinden allerjik durum gelişme olasılığı çok daha düşüktür.

Ancak bu allerjilerin ortaya çıkma riski “ilaç allerjisi tanısı koyma” amaçlı yapılan testlerde yüksektir.

Bu durumların tedavisinde kullanılacak ilaç ve tıbbi malzemeler merkezimizde mevcut olup, gerekli tıbbi uygulamalar hemen yapılacaktır. Ancak her zaman tedaviden olumlu yanıt alınamadığı durumların olabileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca olumlu yanıt alındığı durumlarda da gerekli görüldüğünde bir süre hastanede gözlem altında tutulabilirsiniz.

İlaç yükleme testinin sağlayacağı faydalar nelerdir?

Tanısal amaçlı uygulanan testte: Testiniz pozitif çıktığında bize anlatmış olduğunuz allerjinizin doğruluğu kanıtlanmış olacaktır. Böylelikle ilaçtan gerçekten uzak durmanız gerektiği anlaşılmış olacaktır.

Testiniz negatif çıktığında ise o ilaca allerjiniz olmadığı anlaşılabilecek ve ilacın gereksiz yere kullanılmamasının önüne geçilecektir.

Uygun ilaç seçeneği bulma amaçlı yapılmış testler “negatif” çıktığında size ihtiyaçlarınız doğrultusunda kullanabileceğiniz bir ilaç seçeneği belirlenmiş olacaktır.

Testiniz “pozitif” çıktığı takdirde bu ilaçtan da uzak durmanız önerilecektir.

Testin alternatifi olan bir durum var mıdır?

Tanısal amaçlı testlerde: Test yapılmadığı takdirde ilaç allerjisi tanınız kesinleştirilemeyecektir. Bu durumda doktorunuz mevcut durumda ilaç allerjisi olup olmadığınıza dair ileri bir yorum da bulunamayacaktır.

Uygun ilaç seçeneği bulma amaçlı yapılan testlerde: Bu testlerin alternatifi olan durumlar tanımlanan allerji tipine ve içinde bulunduğunuz duruma göre değişiklik gösterebilir. Bu testi yaptırmak istemediğiniz takdirde doktorunuz ile konuşarak ileri dönemde bir ilaç ihtiyacınız olduğunda ne yapacağınızı sormalısınız. Bunun dışında test için önerilen hiçbir ilaç –belirli oranlarda allerji riski taşıdığı için- şifaen önerilmeyecektir.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
**İLAÇ YÜKLEME (PROVOKASYON) TESTİ İÇİN AYDINLANMIŞ ONAM (RIZA)
BELGESİ**

KOD:HD.RB.35/06

Y.TARİHİ:04.07.2023

REV. TARİHİ:00

REV.NO:02

SAYFA 3 / 4

İKİNCİ BÖLÜM

ONAM (RIZA GÖSTERME)

Yapılacak test konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konuları sorumlu hekime sordum, sorularıma yeterli ve anlayabileceğim tarzda cevaplar aldım. Test sırasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri (beklenen ve istenmeyen durumlar) konusunda bilgilendirildim. Bu tanı yöntemini reddettiğim zaman sağlığıma tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu testin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Testin hazırlık ve uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim.

Bu “aydınlanmış onam formunda” tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum. İlaç yükleme testini hiçbir baskı altında kalmadan kendi rızamla kabul ediyorum.

(Lütfen altı çizili bölümü VE adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız).

HASTANIN ADI VE SOYADI :

HASTANIN İMZASI : Tarih : __. __. 200__

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN

(Okur-yazar olmayan ya da görme özürlü hasta için bilgilendirmenin sözlü olarak gerçekleştirildiğine şahitlik eden kişinin)

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) __. __. 19 __

Adresi ve Tlf :

İmzası : İmza Tarihi : (gün.ay.yıl) __. __. 200__

BİLGİLENDİRİLMİYİ YAPAN HEKİMİN

Adı ve Soyadı :

İmzası : İmza Tarihi : (gün.ay.yıl) __. __. 200__

HEKİMİN ŞAHİDİ (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)

Adı ve Soyadı :

İmzası : İmza Tarihi : (gün.ay.yıl) __. __. 200__



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
İLAÇ YÜKLEME (PROVOKASYON) TESTİ İÇİN AYDINLANMIŞ ONAM (RIZA)
BELGESİ

KOD:HD.RB.35/06

Y.TARİHİ:04.07.2023

REV. TARİHİ:00

REV.NO:02

SAYFA 4 / 4

BU BÖLÜM KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN DOLDURULACAKTIR

(Hastanın Veli veya Yasal vasisi; 14 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır)

☐ Kanuni veli /vasi ☐ Anne ☐ Baba

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) ____ . ____ . 19 ____

Adresi ve Tlf :

İmzası : İmza Tarihi : (gün.ay.yıl) ____ . ____ . 200__

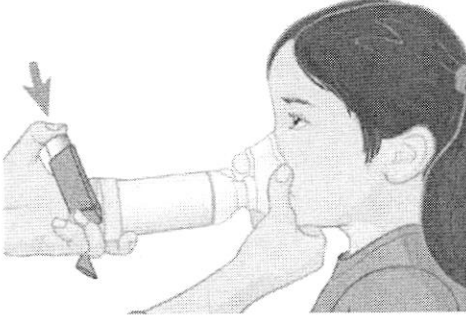
☐ Kanuni veli / vasi ☐ Anne ☐ Baba

Adı ve Soyadı : Doğum tarihi : (gün.ay.yıl) ____ . ____ . 19 ____

Adresi ve Tlf :

İmzası : İmza Tarihi : (gün.ay.yıl) ____ . ____ . 200__

6 YAŞTAN KÜÇÜK ÇOCUKLAR

**MASKELİ ARACI TÜP (CHAMBER) ile ilaç kullanımı:**

- 1) İnhaler ilacı önce birkaç kez çalkalayınız ve ucundaki kapağı çıkarınız.
- 2) İlacı aracı tüpe takıp resimde görüldüğü şekilde dik olarak yerleştiriniz.
- 3) İlacı sıktıktan sonra 10'a kadar sayarak çocuğunuzun tüpün içine etkin nefes alıp vermesi için bekleyiniz.

Eğer ilacı birden fazla uygulamanız gerekiyorsa yaklaşık 30 saniye bekledikten sonra aynı basamakları tekrar ediniz.

Aracı tüpü 2-3 haftada bir defa köpüklü suda bekleterek sudan geçiriniz ve kendiliğinden kurumasını bekleyiniz. **Aracı tüpü yıkarken ve kurulama amacıyla OVALAMAYINIZ.**

***FLIXOTIDE / FLIXON 50 VEYA 125 MCG İNHALER (**TURUNCU SPREY**)

***SERETIDE / RESPIRO 125 MCG İNHALER (**MOR SPREY**)

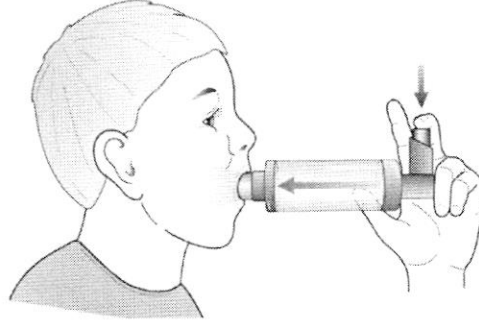
Bunlar HER GÜN düzenli kullanılması gereken ilaçlardır.

Bu ilaçların kullanımından sonra ağzın su ile çalkalanıp tükürülmesi veya dişlerin fırçalanması önerilir.

***VENTOLIN 100 MCG İNHALER (**MAVİ-YEŞİL SPREY; NEFES AÇICI-RAHATLATICI İLAÇ**)

SADECE öksürük/nefes darlığı atağı durumunda 3-4 fıs (yukarıdaki basamakları 3-4 tur tekrarlayarak) şeklinde kullanınız. İhtiyaç halinde 3-4 saatte bir tekrar edebilirsiniz.

6 YAŞ VE DAHA BÜYÜK ÇOCUKLAR

**AĞIZLIKLI ARACI TÜP (CHAMBER) ile ilaç kullanımı:**

- 1) İnhaler ilacı önce birkaç kez çalkalayınız ve ucundaki kapağı çıkarınız.
- 2) Aracı tüpe ilacı yerleştirmeden önce çocuğunun dışarıya derin bir nefes verdiğinden emin olunuz.
- 3) İlacı aracı tüpe takıp resimde görüldüğü şekilde dik olarak yerleştiriniz.
- 4) İlacı sıktıktan sonra çocuğunuzun 5-10 defa ağızdan etkin nefes alıp vermesi için bekleyiniz.

Eğer ilacı birden fazla uygulamanız gerekiyorsa yaklaşık 30 saniye bekledikten sonra aynı basamakları tekrar ediniz.

Aracı tüpü 2-3 haftada bir defa köpüklü suda bekleterek sudan geçiriniz ve kendiliğinden kurumasını bekleyiniz. **Aracı tüpü yıkarken ve kurulama amacıyla OVALAMAYINIZ.**

***FLIXOTIDE / FLIXON 125 MCG İNHALER (**TURUNCU SPREY**)

***SERETIDE / RESPIRO 125 MCG İNHALER (**MOR SPREY**)

***ROLASTYM 80 VEYA 160 MCG İNHALER (**KIRMIZI SPREY**)

Bunlar HER GÜN düzenli kullanılması gereken ilaçlardır.

Bu ilaçların kullanımından sonra ağzın su ile çalkalanıp tükürülmesi veya dişlerin fırçalanması önerilir.

***VENTOLIN 100 MCG İNHALER (**MAVİ-YEŞİL SPREY; NEFES AÇICI-RAHATLATICI İLAÇ**)

SADECE öksürük/nefes darlığı atağı durumunda 3-4 fıs (yukarıdaki basamakları 3-4 tur tekrarlayarak) şeklinde kullanınız. İhtiyaç halinde 3-4 saatte bir tekrar edebilirsiniz.

AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ KLİNİĞİ

DÜNYADA ASTIM HASTALIĞI OLAN BİRÇOK BAŞARILI SPORCU VARDIR.

ASTIMLI ÇOCUKLAR SPOR YAPABİLİRLER.

ASTIMLI ÇOCUKLARIN SPOR YAPMALARI SAĞLIKLARI İÇİN YARARLIDIR.

ASTIMLI ÇOCUKLAR SPOR YAPARKEN ŞUNLARA DİKKAT ETMELİDİR:

1. Spor yaparken nefes açıcı ilacı yanında olmalıdır.
2. Spor yaparken yardımcı olacak antrenör, öğretmen gibi görevlilerin çocuğun astımı olduğunu bilmesi, astım belirtilerini anlaması ve belirtiler ortaya çıktığında nefes açıcı ilacın nasıl kullanılacağı konusunda bilgilendirilmesi gerekir.
3. Rahat spor yapabilmesi için çocuğun (eğer önerilmişse) koruyucu ilacını düzenli kullanması önemlidir.
4. Günlük yürüme, yokuş çıkma, merdiven çıkma gibi etkinlikler sırasında astım şikayetleri olan çocuklar, spor yapmadan önce alerji doktoruna başvurmalı, tedavileri düzenlenmelidir.
5. Spor yaparken astım şikayetleri olan çocuklar, spora başlamadan 20dk önce nefes açıcı ilaçlarını kullanabilirler.
6. Spor yaparken astım şikayeti olan çocuk, dinlenmeye alınmalı, nefes açıcı ilacı verilmeli, şikayeti geçmeden spora dönmemelidir.
7. Astımlı çocuklar astım atağı sırasında spor yapmamalıdır.
8. Astımlı çocuklar spora başlamadan önce mutlaka ısınmalıdır.
9. Tozlu, nemli, küflü ortamlarda spor yapılması uygun değildir, temiz ve havadar ortamlar tercih edilmelidir.
10. Polen alerjisi olan çocuklar polen mevsiminde tedaviye rağmen şikayet yaşıyorlarsa açık mevsim boyunca kapalı ortamda spor tercih edilmelidir.
11. Hava kirliliği olduğu dönemlerde kapalı ortamlarda spor tercih edilmelidir.

TEŞEKKÜR BELGESİ TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Ebat: A4 Baskı Olacak
2. 300 gr mat kuşe kağıda tek taraflı basılacak
3. 4 renk ofset baskılı olacaktır.
4. Baskı özellikleri İdare tarafından belirlenecek

Bihter ASLAN





T.C



T.C.AĞRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

TEŞEKKÜR BELGESİ

Sayın:.....

Hastanemiz bünyesinde göstermiş olduğunuz üstün gayret ve çalışmalarınızdan dolayı teşekkürlerimizi bildirir ,başarılarınızın devamını dileriz.



Sağlık Bakım Hizmetleri
Müdürü

Başhekim