

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anamnez ve Fizik Muayene Formu

Hasta Adı/Soyadı:

Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /

Yatış tarihi/saati:

Çıkış tarihi/saati:

Adres/telefon/E-posta:

Doğum Yeri:Cinsiyeti:Anne/Baba Adı:..... /.....

Kan Grubu:.....☐ Resmi Kart ☐ Sözel ifade

Kullandığı lisan: ☐ Türkçe ☐ diğer.....

Sosyal güvence: ☐ Var.... ☐ Yok

Hastanın ekonomik durumu tedavi maliyetini karşılayacak güçte mi? ☐Evet ☐Hayır

Meslek Öyküsü:

VİTAL BULGULAR:

KİLO/BOY/BAŞ ÇEVRESİ:

Vücut Sıcaklığı (°C) :

Kan basıncı (mmHg) :

Nabız dakika sayısı :

Solunum dakika sayısı :

Ağırlık (kg) : (.....)

Boy (cm) : (.....)

AĞRI DEĞERLENDİRİLMESİ

☐ Ağrı yok ☐ Ağrı var*

Ağrı varsa: VAS:1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrının yeri:.....

Ağrının süresi:.....

Ağrının sıklığı:.....

Ağrının karakteri:.....

UYKU DEĞERLENDİRMESİ

☐ Normal ☐ Uyumada zorluk

☐ Diğer

Uyku saati/süresi:

İlaç ihtiyacı: ☐ Yok ☐ Var

İsim/Doz:

Yastık sayısı:.....

(çocuk hastalar için) :

Uyku saati/süresi:/.....

KULLANDIĞI ÖZEL CİHAZLAR

☐ Yok

☐ Var

☐ Takma diş

☐ Baston

☐ Yürüteç

☐ Koltuk değneği

☐ Tekerlekli sandalye

☐ Pacemaker

☐ İşitme cihazı

☐ Gözlük

☐ Kontakt lens

☐ Göz protez

☐ Protez/Ortez.....

☐ Solunum cihazı

☐ Diğer.....

YAKINMASI:

HASTANIN ÖYKÜSÜ:

KULLANMAKTA OLDUĞU İLAÇLAR

☐ Yok

☐ Var (doz/sıklık/süre):

1..... 4..... 7.....

2..... 5..... 8.....

3..... 6..... 9.....

HASTANEYE YATMADAN ÖNCE GÜN İÇİNDE ALDIĞI İLAÇLAR (Bitkisel ilaç ve ürünler dahil)

☐ Yok ☐ Var (doz/sıklık/süre):

1..... 4..... 7.....

2..... 5..... 8.....

ÖZGEÇMİŞ:

☐ Hastalık yok

☐ Diyabet

☐ Hipertansiyon

☐ Obezite

☐ Kalp hastalığı

☐ Solunum hastalığı

☐ Astım/Bronşit

☐ Tüberküloz

☐ Gastrointestinal hastalık ☐ Sarılık/hepatit

☐ Karaciğer hastalığı

☐ Kalıtsal hastalık

☐ Üriner sistem hast.

☐ İnme

☐ Epilepsi/Nöbet

☐ Metabolik hastalık

☐ Kanser

☐ Mental hastalık

☐ Nörolojik hastalık

☐ Tiroid hastalığı

☐ Kan/kanama hastalığı ☐ Kas-iskelet hast. ☐ Enfeksiyon hastalığı ☐ Diğer
Açıklayınız:

ÖNEMLİ TRAVMA/HASTANEYE YATIŞ/CERRAHİ ÖYKÜSÜ ☐ Yok ☐ Var

Açıklayınız:

TRANSFÜZYON ÖYKÜSÜ

ALERJİ ÖYKÜSÜ (ilaç, gıda, lateks vb):

ALİŞKANLIKLAR: ☐ Yok ☐ Var

Sigara kullanımı: adet/gün/yıl Bırakma Tarihi:

Alkol kullanımı: adet/gün/yıl Bırakma Tarihi:

Madde kullanımı: adet/gün/yıl Bırakma Tarihi:

SOYGEÇMİŞ:

Anne: Özellik ☐ Yok ☐ Var Baba: Özellik ☐ Yok ☐ Var

Akraba evliliği: ☐ Yok ☐ Var Anomalili çocuk: ☐ Yok ☐ Var

Kardeş sayısı: Kardeş: Özellik ☐ Yok ☐ Var

Diğer: Özellik ☐ Yok ☐ Var

Akciğer Tüberkülozu Olasılığı ☐ Yok ☐ Var*

İzolasyon Gerektirecek Enfeksiyon Hastalığı ☐ Yok ☐ Var*

* İzolasyon önlemlerini alınız. Hasta İzolasyon Talimatına (TA-EÖK-01) göre hareket ediniz

SİSTEMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: (Sadece pozitif olanları işaretleyiniz.)

Genel

☐ Halsizlik ☐ İştahsızlık ☐ Ateş ☐ Kilo kaybı (.....kg/.....ay)

☐ Terleme ☐ Sinirlilik ☐ Çok yeme ☐ Çok su içme

☐ Sıcığa intolerans ☐ Soğuğa intolerans

Deri, saç ve tırnaklar

☐ Saç dökülmesi ☐ Kuruluk ☐ Kaşıntı ☐ Deri döküntüsü (.....)

Diğer:

Baş-boyun

☐ Kulak ağrısı ☐ İşitme azlığı ☐ Çınlama ☐ Burun akıntısı ☐ Burun kanaması

☐ Bulanık görme ☐ Çift görme ☐ Boğaz ağrısı ☐ Ses kısıklığı ☐ Oral aft

Diğer:

Solunum sistemi

☐ Nefes darlığı ☐ Öksürük ☐ Yan ağrısı ☐ Balgam ☐ Kan tükürme

☐ Çomak parmak ☐ Gece terlemesi ☐ Siyanoz ☐ Evde oksijen kullanımı (.....sa/lt/dk)

☐ Horlama ☐ Tanıklı apne ☐ Gündüz aşırı uykululuk

Diğer:

Kardiyovasküler sistem

☐ Çarpıntı ☐ Göğüs ağrısı ☐ Ortopne ☐ Efor dispnesi ☐ Senkop/bayılma

☐ Kladikasyo ☐ Paroksizmal noktöurnal dispne

Diğer:

Periferik vasküler sistem

☐ Ödem ☐ Deri solukluğu ☐ Ekstremitte soğukluğu ☐ Nabız alınmıyor

☐ Uyuşukluk var ☐ Diğer:

Gastrointestinal sistem

☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Disfaji ☐ Diyare ≥5 gün ☐ Konstipasyon ≥5 gün

☐ Karın ağrısı ☐ Hematemez ☐ Melena ☐ Rektoraji ☐ Karında şişlik

☐ Dışkı tutamama ☐ Ostomi (☐ Nazogastrik tüp ☐ PEG ☐ PEJ)

Diğer:

Ürogenital sistem

☐ Dizüri ☐ Noktüri ☐ Oligüri/Anüri ☐ Hematüri ☐ Pollaküri

☐ İdrar tutamama ☐ İmpotans ☐ Poliüri ☐ Enürezis diurna/nokturna

☐ Sık üriner enfeksiyon ☐ Lomber ağrı ☐ Sıkışma hissi ☐ Böbrek taşı öyküsü

Diğer:

Nörolojik sistem				
<input type="checkbox"/> Konuşma bozukluğu	<input type="checkbox"/> Baş dönmesi	<input type="checkbox"/> Baş ağrısı	<input type="checkbox"/> Dengesizlik	<input type="checkbox"/> Parestezi
<input type="checkbox"/> Paralizi/pleji	<input type="checkbox"/> Nöbet	<input type="checkbox"/> Tremor	<input type="checkbox"/> Zeka geriliği	<input type="checkbox"/> Unutkanlık
Diğer:.....				
Lokomotor sistem				
<input type="checkbox"/> Kemik ağrısı	<input type="checkbox"/> Artrit	<input type="checkbox"/> Artralji	<input type="checkbox"/> Miyalji	<input type="checkbox"/> Güçsüzlük
<input type="checkbox"/> Boyun/bel ağrısı	<input type="checkbox"/> Kramp	<input type="checkbox"/> Deformite	<input type="checkbox"/> Amputasyon	<input type="checkbox"/> Eklem sertliği
Diğer:.....				

BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRMESİ:Risk ☐ Yok ☐ Var*

(*Erişkin: Son bir hafta içinde iştahsızlık, kilo kaybı, çiğneme yutma ve yemeyi etkileyen ağız yarası veya diş problemleri, ciddi hastalık olması, VKİ<20 ve/veya son 3 ayda %10'dan fazla kilo kaybı,)

(*Risk var ise klinikte diyetisyen ile değerlendirip, gerekirse Beslenme Ünitesi konsültasyonu isteyiniz)

FİZİK MUAYENE:

Genel durumu: Şuur: Oryantasyon: Kooperasyon:
İkter: Siyanoz: Venöz dolgunluk: Ödem:
Turgor/Tonus: Lenfadenomegali:.....

SİSTEMLERİN MUAYENESİ:

Deri ve ekleri:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ek Değerlendirilme yapılmıştır*
Baş Boyun:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ek Değerlendirilme yapılmıştır*
Kardiyovasküler sistem:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ek Değerlendirilme yapılmıştır*
Gastrointestinal sistem:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ek Değerlendirilme yapılmıştır*
Genitoüriner sistem:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ek Değerlendirilme yapılmıştır*
Nörolojik sistem:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ek Değerlendirilme yapılmıştır*
Lokomotor sistem:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ek Değerlendirilme yapılmıştır*
Meme:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ek Değerlendirilme yapılmıştır*

Solunum Sistemi Değerlendirmesi:

İnspeksiyon:

Perküsyon:

Palpasyon:

Oskültasyon:

Diğer Sistem Muayeneleri Patolojik Bulguları:**AKCİĞER GÖRÜNTÜLEMESİ (AKCİĞER RÖNTGENOGRAM/BT/SİNTİGRAFI/PET)****ÖNEMLİ BULUNAN ÖNCEKİ TETKİK SONUÇLARI:****ÖN TANILAR:**

1	4
2	5
3	6

DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN HEKİM:

Adı/Soyadı: İmza: Tarih/Saat: