|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yaşlı Bireyin Adı Soyadı:** | | | **Tarih/ Saat: …./…./……**  **….… : …….** | | | |
| **Kaçıncı Yerinde Ziyareti: ----------------** | | |  | | | |
| **Kaçıncı Görüntülü Uzaktan Sağlık Sistemi Görüşmesi: --------------** | | |
|  | | |
| **Hekim Değerlendirmesi** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|
|
|
| **Fizik Muayene** | | | | | | |
| **Sistemler** | **Bulgular ve Değerlendirme Notu** | | **İhtiyaçlar ve Konsültasyonlar** | | | |
| Genel durum |  |  |  | | | |
| Cilt |  |  |  | | | |
| **Bası ülseri (Braden skalası) :** | | | | | | |
| **Bası ülseri** | Yok | | | | | |
| Var | Açıklama |  | | | |
|  |  |  | | | |
| Kardiyovasküler sistem |  |  |  | | | |
| Gastrointestinal sistem |  |  |  | | | |
| Genitoüriner sistem |  |  |  | | | |
| Kas-iskelet sistemi |  |  |  | | | |
| Sinir sistemi |  |  |  | | | |
| Psikolojik Durum Değerlendirmesi |  |  |  | | | |
| Ağız ve Diş Sağlığı |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Ağrı değerlendirmesi** | | | | | | |
| Ağrının yeri: | Ağrının süresi: | Ağrının sıklığı: | | | | |
|  | | | | | | |
|
|
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |
| Hastaya yapılması planlanan tahlil/tetkik/tıbbi işlemler : | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
| Bir sonraki takipte yapılması önerilen değerlendirme :  Bir sonraki randevu tarihi : | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|

**Değerlendirme Esnasında Refakat Eden Yakını: Değerlendirmeyi Yapan :**

Adı Soyadı : Adı Soyadı :

İmza : İmza :

Tarih ve Saat : Tarih ve Saat :