|  |  |
| --- | --- |
| **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 :