

STOMALI BİREY BİLGİ FORMU

Adı soyadı : Protokol no:
Yaşı : Tıbbi tanısı:
Cinsiyeti : Alerji: Var (Belirtiniz.....) Yok
Kilosu : Kronik hastalıkları:
Boyu :
Eğitim durumu : Kullandığı ilaçlar:
Meslek : Geçirdiği ameliyatlar:
Medeni hali : Yatış tarihi:
Sosyal güvencesi :
Kim/lerle yaşadığı :
Telefon :
Adres : Alışkanlıkları: Sigara Alkol Diğer

PREOPERATİF DEĞERLENDİRME:

ÖZEL DURUMLAR	EVET (Belirtiniz)	HAYIR
Kemoterapi/radyoterapi alma durumu		
Hastanın stoması ve ameliyatı hakkında bilgilendirilme durumu		
Stoma bölgesinin işaretlenmesi		
Hastanın stoma bakımını yapmasına engel olan durum/durumlar		

Tarih:

Stoma Bakım Hemşiresi

POSTOPERATİF İLK DEĞERLENDİRME:

Ameliyatın yapıldığı kurum	
Ameliyat şekli	Acil Planlı
Yapılan ameliyat	
Ameliyat tarihi	
Ameliyattan önce kemoterapi/radyoterapi alma durumu	Evet (kür ve süresini belirtiniz) Hayır
Stoma tipi	End ileostomi Loop kolostomi Ürostomi Kontinent ileostomi End kolostomi Turnbull-Cutait İşlemi Loop ileostomi End jejunostomi Müköz fistül Diğer (Belirtiniz)
Stomanın süresi	Kalıcı Geçici
Stoma bölgesi	Sol alt kadran Sol üst kadran Diğer (Açıklayınız.....) Sağ alt kadran Sağ üst kadran
Stomanın rengi	Soluk pembe Kırmızımsı pembe Siyanotik Nekrotik
Stomanın nemi	Nemli Kuru
Stomanın yüksekliği	Tomurcuk Ciltle aynı seviyede Retrakte Prolapsus
Stomanın şekli	Yuvarlak Oval Şekilsiz
Parastomal cilt	Sert Yumuşak Çok yumuşak
Stomanın çapı mm
Bağetin varlığı	Var Yok
Kanama	Var Yok
Mukokütanöz ayrılma	Yok Derin (Belirtiniz.....) Yüzeysel (Belirtiniz.....)
Önerilen ürünler	Tek parçalı düz adaptör Alttan boşaltmalı Tek parçalı konveks adaptör Kapalı torba Çift parçalı düz adaptör Çift parçalı konveks adaptör
Yan ürünler	Pasta Pudra Yara örtüsü Cilt bariyeri Kemer Korse Stoma kep Tıpa Boşaltılabilir torba Diğer (Belirtiniz.....)

Tarih:

Stoma Bakım Hemşiresi

