


.....HASTANESİ

GİRİŞİMSEL SEDASYON VE ANALJEZİ FORMU

Hastaya Ait Bilgileri		İşlem Öncesi Hazırlık	
Tarih	__ / __ / 20__	Son Katı Yiyecek (saati)	__ : __
Dosya No		Son Partikülsüz İçecek (saati)	__ : __
TC Kimlik No		Hastanın/yakınının yazılı onayı	<input type="checkbox"/> Alındı
Adı Soyadı		Öykü ve FM bulguları	<input type="checkbox"/> Dosyada mevcut
Doğum Tarihi		Gerekli laboratuvar tetkik sonuçları	<input type="checkbox"/> Dosyada mevcut
Cinsiyeti	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	GSA ve girişim için gereken ekipmanlar	<input type="checkbox"/> Hazırlandı
Vücut ağırlığı	___ kg	GSA ve girişim için gereken ilaçlar	<input type="checkbox"/> Hazırlandı
Alerjileri	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var: _____		

ASA Sınıflaması	Mallampati Skoru:
<input type="checkbox"/> ASA I: Normal sağlıklı hasta <input type="checkbox"/> ASA II: Hafif sistemik hastalığı olan hasta <input type="checkbox"/> ASA III: Şiddetli sistemik hastalığı olan hasta <input type="checkbox"/> ASA IV: Hayati sürekli tehdit eden şiddetli sistemik hastalığı olan hasta <input type="checkbox"/> ASA V: Ameliyat olmadan yaşamayı beklenmeyen, ölmek üzere olan hasta <input type="checkbox"/> ASA VI: Organları bağış amacıyla alınan, beyin ölümü gerçekleşmiş bir hasta	<input type="checkbox"/> Sınıf I <input type="checkbox"/> Sınıf II <input type="checkbox"/> Sınıf III <input type="checkbox"/> Sınıf IV 

Venöz damar yolu (varsa)		Havayolu / Solunum	
Vücut bölgesi	<input type="checkbox"/> Antekubital <input type="checkbox"/> El dorsumu <input type="checkbox"/> El bilek <input type="checkbox"/> Diğer	Havayolu / Solunum desteği	<input type="checkbox"/> Nazal kanül <input type="checkbox"/> Yüz maskesi <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> Nazofaringeal airway <input type="checkbox"/> Orofaringeal airway <input type="checkbox"/> Laringeal tüp <input type="checkbox"/> Endotrakeal tüp
Boyutu:	<input type="checkbox"/> 14G X __ <input type="checkbox"/> 20G X __ <input type="checkbox"/> 16G X __ <input type="checkbox"/> 22G X __ <input type="checkbox"/> 18G X __		
Tipi	<input type="checkbox"/> İV <input type="checkbox"/> İO		

Monitörizasyon <input type="checkbox"/> Otomatik KB <input type="checkbox"/> EKG (Lead II) <input type="checkbox"/> SpO ₂ <input type="checkbox"/> Kapnografi <input type="checkbox"/> Bispectral index (BIS) <input type="checkbox"/> Vücut sıcaklığı <input type="checkbox"/> Debirilatör	GSA Öncesi Vital Bulgular ve Bilinç Durumu KB: ___ / ___ mmHg KH: ___ atım/dk Ritim: ___ VS: ___ °C O ₂ Sat.: % ___ SS: ___ soluk/dk Bilinç*: ___ Ramsey SS*: ___	Pozisyon <input type="checkbox"/> Supin <input type="checkbox"/> Semi-Fowler <input type="checkbox"/> Pron <input type="checkbox"/> Trendelenburg
--	---	--

Yapılacak Olan Girişim	_____
GSA Başlama Saati	__ : __
Girişim Başlama Saati	__ : __
Girişim Bitiş Saati	__ : __

Girişimsel Sedasyon ve Analjezi Sırasında Kullanılan İlaç / Sıvı / Oksijen

	İlaç / Sıvı / O ₂	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	Veriliş yolu*	Toplam doz
İlaçlar	Ketamin									
	Midazolam									
	Fentanil									
	Etomidat									
	Propofol									
	Prilokain									
Sıvılar	%0,9 NaCl									
	Ringer Laktat									
O ₂	Oksijen [†]									

*Veriliş yolları: im, iv, po, pr, in

†Oksijen: nk (nazal kanül), ym (yüz maskesi), bm (balon maske)

GİRİŞİM SÜRESİNCE HASTA İZLEMİ (5 dakika aralar ile)Kısaltmalar: *İlgili alanlarda kullanınız.*

Vital Bulgular / Sedasyon Düzeyi	Bazal													
Kan basıncı (mmHg)														
Kalp hızı (atım/dk)														
Ritim*														
SS (soluk/dk)														
SpO ₂ (%)														
Bilinç düzeyi*														
Sedasyon skalası*														

* Ritim:	
Monitörize ise	
1°	1° AV blok
2°I	2° Tip I AV blok
2°II	2° Tip II AV blok
3°	3° AV blok
A	atriyel
B	bradikardi
F	fibrilasyon/flutter
J	junctional
NSR	normal sinüs ritmi
P	pace ritmi
S	sinüs
T	taşikardi
V	ventriküler
VEV	ventriküler erken vuru

GİRİŞİM SONRASI (DERLENME DÖNEMİNDE) HASTA İZLEMİ (en az 15 dakika aralar ile)Kısaltmalar: *İlgili alanlarda kullanınız.*

Vital Bulgular / Sedasyon Düzeyi														
Kan basıncı (mmHg)														
Kalp hızı (atım/dk)														
Ritim*														
SS (soluk/dk)														
SpO ₂ (%)														
Bilinç düzeyi*														
Sedasyon skalası*														
Alan*														

* Bilinç düzeyi	
A	alert
D	dezoriente
L	letarjik
O	oriente
S	stupor
Y	Yanıtız

* Alan (Girişim yeri):	
I	inlakt (kanama, şişlik veya kızamık yok)
H	hematom
K	kanama

Kanama ve hematom için, hastanın dosyasına miktar, boyut ve yapılan girişimi belirtiniz.

* Ramsey Sedasyon Skalası:	
1	anksiyete mevcut, ajite, huzursuz;
2	koopere, oriente, sakin;
3	uyuyor, sözlü iletişime cevaplı;
4	uyuyor, yüksek sesli uyarana veya glabellar uyarıya ilimli yanıt alınıyor;
5	uyuyor, yüksek sesli uyarana veya glabellar uyarıya yavaş yanıt alınıyor;
6	uyuyor, ağrılı uyarana yanıt alınmıyor.

Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası		
Puan	Terim	Tanım
+4	Kavgacı	Açıkça kavgacı veya şiddetli; personel için acil tehlike
+3	Çok Ajite	Tüpleri veya kateterleri çeker veya çıkarır veya personele karşı saldırgan davranışlar sergiler
+2	Ajite	Sık amaçsız hareket veya hasta-ventilatör uyumsuzluğu
+1	Huzursuz	Endişeli veya endişeli ama hareketler agresif veya şiddetli değil
0	Uyanık Sakin	Bakım verene kendiliğinden ilgi gösterir
-1	Uykulu	Tamamen uyanık değil, ancak sürekli (10 saniyeden fazla) göz teması kurarak sese uyanıyor
-2	Hafif sedasyon	Kısa süreli (10 saniyeden az) sesle göz teması kurarak uyanır
-3	Orta sedasyon	Seslendirmek için herhangi bir hareket (ancak göz teması yok)
-4	Derin sedasyon	Sese yanıt yok, ancak fiziksel uyarıya herhangi bir hareket
-5	Uyandırılmaz	Sese veya fiziksel uyarıya yanıt yok

KOMPLİKASYON:(Gelişti ise **İŞARETLEYİNİZ**; detaylı açıklamayı aşağıda **BELİRTİNİZ**; listede belirtilmeyen komplikasyon gelişti ise tablonun sonuna **EKLEYİNİZ**)

<input type="checkbox"/>	Ajitasyon	<input type="checkbox"/>	Hiçkırık	<input type="checkbox"/>	Geçici stridor, laringospazm	<input type="checkbox"/>	Nistagmus
<input type="checkbox"/>	Bradikardi	<input type="checkbox"/>	Hipotansiyon	<input type="checkbox"/>	Gövde rijiditesi	<input type="checkbox"/>	Nöbet
<input type="checkbox"/>	Bulantrı	<input type="checkbox"/>	Hoş rüyalar	<input type="checkbox"/>	Kabus	<input type="checkbox"/>	Öfori
<input type="checkbox"/>	Disfori	<input type="checkbox"/>	Geçici apne	<input type="checkbox"/>	Kas hipertonusitesi	<input type="checkbox"/>	O ₂ saturasyonunda düşme
<input type="checkbox"/>	Enjeksiyon yerinde reaksiyon	<input type="checkbox"/>	Geçici döküntü	<input type="checkbox"/>	Kas seğirmeleri	<input type="checkbox"/>	Solunum arresti
<input type="checkbox"/>	Halusinasyon	<input type="checkbox"/>	Geçici klonus	<input type="checkbox"/>	Kaşıntı	<input type="checkbox"/>	Solunum depresyonu
<input type="checkbox"/>	Hipersalivasyon: <input type="checkbox"/> Az <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Şiddetli	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Kusma	<input type="checkbox"/>	

Açıklama:**ÇIKIŞ KRİTERLERİ:**

(A. Tüm Hastalar için. B. Ayaktan/taburcu olacak hastalar için.)

A	Uyanık ve emirlere uyuyor	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	Havayolu açık ve koruyucu refleksleri var	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	Minimal rahatsız	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	Girişim yerinde komplikasyon yok	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
B	(Yukarıdaki "A" kriterlerin hepsi dahil olmak üzere)		
	Yürürebiliyor (yaşa ve klinik duruma uygun olarak)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	Konuşabiliyor (yaşa ve klinik duruma uygun olarak)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	Oral sıvıları tolere ediyor; kusma yok	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	Alert ve oriente	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	Vital bulguları stabil	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	Yazılı veya sözlü önerilerde bulunuldu	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Ailesi veya koruyucu bir kişi var (çocuklar için)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	

Herhangi biri Hayır ise, hastanın dosyasına gerekli açıklamayı yazınız.

Doktorun Adı Soyadı**Hastanın Acil Servisten Çıkış Saati**

-- : --