



# UYKU ÜN TES HASTA GÖZLEM FORMU

Doküman Kodu	KLN.FR.75
Yayın Tarihi	04.10.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1

## 1- Hasta hakkında genel bilgiler

- Adı soyadı
- Çalı manın tipi (Tanısal? Tedavi?)
- Ya , boy, kilo
- Boyun çevresi
- Gönderen doktor
- Kullandı ı ilaçlar
- Temel oksijen, bakılabiliyorsa karbondioksit düzeyi
- Çalı ma öncesi ve sonrası arteriyel tansiyon ölçümü

## 2- E er tanısal çalı ma ise a a ıdakiler belirtilir

- NREM ve REM uykusundaki en dü ük oksijen düzeyi
- REM ba langıç zamanı
- Bacak hareketlerinin olup olmadı ı
- Apne/ hipopne var olup olmadı ı ve pozisyonla ili kisi
- Kardiyak ritim bozuklu unun olup olmadı ı
- Horlamanın sıklı ı, yüksekli i ve pozisyon ile ili kisi

## 3- E er tedavi çalı ması ise a a ıdakiler belirtilir

- NREM ve REM uykusundaki en dü ük oksijen düzeyi
- REM ba langıç zamanı
- Bacak hareketlerinin olup olmadı ı
- Apne/ hipopne var olup olmadı ı ve pozisyonla ili kisi
- Kardiyak ritim bozuklu unun olup olmadı ı
- Horlamanın sıklı ı, yüksekli i ve pozisyon ile ili kisi

## 4- Uyku çalı ması sırasında anormal hareket, uyanma reaksiyonu ya da nöbet gözlemlediniz mi?

E er varsa tarif edin ve nasıl müdahale etti inizi açıklayınız.

## 5- Son tedavi ayarları ile a a ıdakiler belirtilir

- Anormal solunum olaylarının düzeldi i uygun basınç (CPAP/BiPAP)
- Maske tipi
- Oksijen kullanıldıysa verilen miktarı belirtin
- Nemlendirici ihtiyacı olup olmadı ını belirtin
- Hastanın evde CPAP ya da BiPAP kullanmaya istekli olup olmadı ını belirtin

## 6- Ek öneriler varsa belirtin