

Multidisipliner Erişkin Takip Devir Özet Formu

Oluşturma tarihi		Gözden geçirme tarihi	
Tamamlanma tarihi			

İletişim Bilgileri

Ad-Soyadı:		Sosyal Güvence:	
Doğum Tarihi:		T.C Kimlik No:	
Adres:			
Telefon No (mobil):		Telefon No (ev):	
E-posta:		Tercih edilen iletişim kanalı:	
Acil Durumda Aranacak kişi:		Yakınlık Derecesi:	
Telefon No (mobil):		Telefon No (ev):	
Acil durumda aranacak sağlık çalışanı:		Telefon No (mobil):	

Yasal vasi

Ebeveyn/ bakım veren	Evet / Hayır (<i>evet ise lütfen belirtiniz</i>)

Özel Bilgiler

Sağlık çalışanlarınca bilinmesi istenen ek özel bilgi var mı? (<i>Özel yardım ihtiyaçları gibi</i>)

Aile ilgili ek bilgiler (*Kardeşler ile ilgili durumlar veya sosyoekonomik durum gibi*)

Tıbbi Ekip

Pediyatrik Nöroloji Uzmanı			
Telefon (mobil):		Telefon (sabit):	
E-posta adresi:		Sağlık Güvencesi:	
Aile Hekimi			
Telefon (mobil):		Telefon (sabit):	
Fizyoterapist			
Telefon (mobil):		Telefon (sabit):	
Diğer (lütfen belirtiniz)			
Telefon (mobil):		Telefon (sabit):	

Okul veya İş Bilgileri

Okul	İletişim yetkilisi	Telefon	E-posta

İş	İletişim yetkilisi	Telefon	E-posta

Diğer önemli iletişim bilgileri

Organizasyon/Dernek	İletişim yetkilisi	Telefon	E-posta

Hastalık ile ilgili bilgiler

Tanı	
------	--

Genetik sonuçlar

Gen adı	
Genetik değişikliğin tanımı	
Mutasyon tipi	
Etkilenmiş olan başka aile bireyi var mı? <i>Varsa lütfen belirtiniz</i>	

İlaçlar

Kullandığı reçeteli ve reçetesiz tüm ilaçları yazınız

İlaç	Doz	Sıklık

İlaçlarla ilgili notlar

--

Kesilen herhangi bir ilaç var mı? Kesilme sebebi ile belirtiniz.

İlaç	Kesilme sebebi

Hastanın kullandığı herhangi bir destek tedavisi veya özel diyet ihtiyacı varsa belirtiniz

Tanım	Detay

Güvenlik

Hastanın herhangi bir ilaca alerjisi var mı?

İlaç	Verilen reaksiyon

Hastanın herhangi bir besin veya çevresel alerjisi var mı?

Alerji	Verilen reaksiyon

Kronik kortikosteroid kullanımı: Evet/Hayır

Stres doz planı:	Sedasyon riski*
* Solunum işini azaltacak analjezik ve sedatiflerden kaçınılmalıdır (Solunum desteği verilmiyorsa). İnhal anesteziden kaçınılmalıdır.	

Düşme veya transfer önlemleri

Lütfen belirtiniz:

Yapılan eğitimler

Eğitimlerin ne kadar başarılı olduğunu ve yapılacak başka eylemler olup olmadığını belirtiniz

Klinik deneyler

Hasta herhangi bir klinik deneye halihazırda katılmakta ise lütfen belirtiniz

--

Hasta herhangi bir klinik deneye katılmış ama ayrılmış ise sonlanma nedeni ile birlikte lütfen belirtiniz

--

Tıbbi değerlendirme

Bazal vital bulgular ve ölçümler

Boy:		Kilo:		Nabız:		Solunum sayısı:		Kan basıncı:	
Ölçüm tarihi:									

Sekonder tanılar

Ortopedik/muskuloskeletal ☐ Kontraktür, birden fazla eklem ☐ İmmobilite, ambulasyon kaybı ☐ Osteoporoz ☐ Skolyoz- Cerrahi müdahale Evet/Hayır ☐ Vertebral/kompresyon kırığı	Kardiyak ☐ Kardiyomiyopati ☐ Kalp yetmezliği ☐ Taşikardi, sinüs
Solunum ☐ BiPAP bağımlı ☐ Kronik solunum yetmezliği ☐ İnefektif havayolu temizliği ☐ Obstrüktif uyku apnesi ☐ Restriktif akciğer hastalığı ☐ Ventilatör bağımlı (trakeostomi)	Nöroloji/ psikoloji ☐ Anksiyete bozukluğu ☐ Otizm ☐ Öğrenme güçlüğü <i>Lütfen belirtiniz:</i> ☐ Obsesif-kompulsif bozukluk ☐ Diğer <i>Lütfen belirtiniz:</i>
Gastrointestinal ve genitoüriner ☐ Konstipasyon <i>Gastroparezis? Evet/Hayır</i> ☐ Gastroözofageal reflü ☐ Böbrek taşı, tekrarlayan ☐ Beslenme problemleri <i>Gastrostomi tüpü? Evet/Hayır</i> <i>Yeme-içme esnasında destek? Evet/Hayır</i> ☐ İdrar sıklığı, sıkışma	Listelenmemiş ek tanılar ☐ Gecikmiş puberte ☐ Katarakt ☐ Sağ ☐ Sol ☐ Diğer <i>Lütfen belirtiniz:</i>

Mevcut fonksiyonel durum

Ambulasyon durumu	
Ambulasyon kaybı tarihini belirtiniz	

6 dakika yürüme testi (6DYT)

Son 6DYT sonucu <i>Test tarihini belirtiniz</i>	Geçmiş 6DYT sonuçları <i>Test tarihini belirtiniz</i>

Merdiven inme çıkma testi

Son test sonucu <i>Test tarihini belirtiniz</i>	Geçmiş test sonuçları <i>Test tarihini belirtiniz</i>

North Star Ambulasyon Değerlendirmesi

	Son değerlendirme sonuçları	Önceki değerlendirme sonuçları
Değerlendirme tarihi		
Toplam skor/ 34		
Hastada skolyoz var mı?	Evet/Hayır	
Cobb açısı		
Hastanın son grafisini ekleyiniz		

Egen Klassifikasyon Skalası

	Son değerlendirme sonuçları	Önceki değerlendirme sonuçları
Değerlendirme tarihi		
Toplam skor/51		

Brooke Üst Ekstremitte Fonksiyonel Skalası

	Son değerlendirme sonuçları	Önceki değerlendirme sonuçları
Değerlendirme tarihi		
Skor		

Vignos Alt Ekstremitte Fonksiyonel Skalası

	Son değerlendirme sonuçları	Önceki değerlendirme sonuçları
Değerlendirme tarihi		
Skor		

Fonksiyonel Bağımsızlık Değerlendirmesi (FIM)

	Son değerlendirme sonuçları	Önceki değerlendirme sonuçları
Değerlendirme tarihi		
Toplam Motor Puan/91		
Toplam Kognitif Puan/35		
Toplam Puan/ 126		

Hastanın son hayat kalitesi değeriendirmesi (QoL)

Değeriendirme tarihi:	
Yapılan değeriendirme:	
Değeriendirme sonuçlarını lütfen belirtiniz	

Manuel Kas Testi

Test tarihi:							
Dirençli hareketlere uyum: ☐ yeterli ☐ yetersiz							
Kas grubu		Kuvvet	Kontraktür	Kas grubu		Kuvvet	Kontraktür
Boyun fleksiyon				Gövde fleksiyon			
Boyun ekstansiyon							
Omuz abdüksiyon	Sağ			Kalça fleksiyon	Sağ		
	Sol				Sol		
Omuz fleksiyon	Sağ			Kalça ekstansiyon	Sağ		
	Sol				Sol		
Omuz dış rotasyon	Sağ			Kalça abdüksiyon	Sağ		
	Sol				Sol		
Dirsek fleksiyon	Sağ			Diz fleksiyon	Sağ		
	Sol				Sol		
Dirsek ekstansiyon	Sağ			Diz ekstansiyon	Sağ		
	Sol				Sol		
Bilek fleksiyon	Sağ			Ayak bileği dorsifleksiyon	Sağ		
	Sol				Sol		
Bilek ekstansiyon	Sağ			Ayak bileği plantarfleksiyon	Sağ		
	Sol				Sol		
Başparmak abdüksiyon	Sağ			Ayak bileği inversiyon	Sağ		
	Sol				Sol		
Başparmak addüksiyon	Sağ			Ayak bileği eversiyon	Sağ		
	Sol				Sol		

Değerlendirmelere yönelik ek yorum veya gözlem varsa ekleyiniz:

--

Akciğer fonksiyonları değerlendirme

Solunum fonksiyon testi (SFT)	Son değerlendirme sonuçları	Önceki değerlendirme sonuçları
Değerlendirme tarihi		
Zorlu vital kapasite (FVC)		
Zorlu ekspiratuar volüm (FEV)		
İstirahat oksijen saturasyonu (spO ₂)		
Parsiyel CO ₂ basıncı		
Diğer (belirtiniz)		

Kardiyak değerlendirme

Test	Tarih	Sonuç
Kan basıncı		
EKG		
EKO		

Değerlendirmelere yönelik ek yorum veya gözlem varsa ekleyiniz:

--

Kemik Sağlığı

Test	Test tarihi	Sonuç				
Ca, P, ALP, D vitamini ve PTH düzeyi						
DEXA						

Değerlendirmelere yönelik ek yorum veya gözlem varsa ekleyiniz:

Nöropsikiyatrik değerlendirme

Değerlendirmeye yönelik yorum veya gözlemleri ekleyiniz (anksiyete, depresyon, IQ, otistik bulgular gibi):

Gastroenterolojik değerlendirme

Değerlendirmeye yönelik yorum veya gözlemleri ekleyiniz:

Sosyal hizmetler görevlisi değerlendirmesi

Değerlendirmeye yönelik yorum veya gözlemleri ekleyiniz:

Başıklama gemişı

Tarih	Aşı/Üretici firma	Seri No:	Uygulanan kurum	Uygulama alanı/yöntemi	Doz	Endikasyon

Sağlık hizmeti sağlayıcılarına ait bilgiler

İsim	Görevi	Bağlı olduğı kurum	Telefon	E-posta
	Aile hekimi			
	Nöromusküler			
	Göğüs hastalıkları			
	Kardiyoloji			
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon			
	Psikiyatrist/psikolog			
	Sosyal hizmetler görevlisi			
	Evde sağlık hizmetleri			
	Tıbbi cihazlar			
	Ortez			
	Diğer (belirtiniz):			

Tıbbi cihazlar, ortezler

☐ Tekerlekli iskemle veya diğer yardımcı araçlar Tipi: Alınma yılı:	☐ Stander Tipi Günde saat kullanılır	☐ Ortez Tipi: Alınma yılı: Günde saat kullanılır Kullanım: ☐ Gece ☐ Gündüz
☐ BİPAP ☐ CPAP Tipi: Araparça (maske gibi): Günde saat kullanılır Kullanım: ☐ Gece ☐ Gündüz Tüp değişim sıklığı: Ayarlar:	☐ Ağız yoluyla ventilasyon Kullanım: ☐ Gece ☐ Gündüz Tüp değişim sıklığı:	☐ Trakeostomi ile ventilasyon Trakeostomi tipi: Ventilatör tipi: Kullanım: ☐ Gece ☐ Gündüz Tüp değişim sıklığı: Ayarlar:
☐ Aspirasyon makinesi veya öksürük destek cihazı Ayarlar:	☐ Nebülizatör	☐ Oksijen
☐ Gastrostomi	☐ Oksimetri Parametreler:	☐ İletişime yardımcı cihazlar
☐ Beslenme desteği Ürün:	☐ Transfer ekipmanı	