

HastanınAdı Soyadı: _____
Telefon numarası: _____
Doğum Tarihi: _____
Cinsiyet ve Meslek: _____**HASTANIN KABUL BİLGİLERİ**

Diyabet Varlığı: ☐ Yok Varsa aşağıda belirtiniz.
 Diyabet Tipi: ☐ Diyabet (DM) Tip 1 ☐ Diyabet (DM) Tip 2
 Glisemik Kontrol: ☐ Yok ☐ Düzenli Kontrol HbA1c sonu ☐ <%6 İns ☐ ≥%6.5
 Uygulanan ☐ İns ☐ Oral Antidiyabetik

Geliş Nedeni Şikayet süresi: _____ Tedavi Başlama Tarihi: _____
☐ Tırnak Batması ☐ Nasır ☐ Ayak ülseri ☐ İstirahat ağrısı
☐ Kaşıntı/ayak kokusu ☐ Ayakta yara/ödem ☐ Amputasyon ☐ Yürüme ağrısı
☐ Tırnakta değişim ☐ Ciltte enfeksiyon ☐ Periferik nöropati ☐ Charcot ayağı
 Diğer: _____

Kullanmakta Olduğu İlaçlar ☐ Kullanmakta olduğu ilaç yok.
☐ Antikoagülan ☐ Diğer: _____

Alerji ☐ Yok Varsa aşağıda belirtiniz.
 İlaç/Diğer: _____ Reaksiyon: _____

Alışkanlıklar ☐ Yok Varsa aşağıda belirtiniz.
☐ Sigara ☐ Alkol ☐ Madde alışkanlığı ☐ Tırnak yeme

Girişimler ☐ Yok Varsa belirtiniz.

Ayakkabı ☐ Uygun ☐ Uygun Değil Nedeni: _____ Ayakkabı No: _____

Çorap ☐ Uygun ☐ Uygun Değil Nedeni: _____

MUAYENE BİLGİLERİ

1-Tırnak Muayenesi
☐ 0 Sağlıklı ve sorunsuz
☐ 1 Bakımsız ve kıvrık tırnak, onikogrifozis
☐ 2 Batık tırnak, onikomikoz

PUAN

SAĞ SOL

2-Cilt Muayenesi
☐ 0 Sorunsuz
☐ 1 Deri bütünlüğünde bozulma
☐ 2 Hiperkeratoz,clavus
☐ 4 Ülser yarası ve/veya geçmişi

3-Alt Ekstremitte Deformiteleri
☐ 0 Sorunsuz
☐ 1 Sorunlu
☐ 4 Tabanlık ve Ortez gereksinimi

4-Mobilizasyon
☐ 0 Sorunsuz yürüyüş
☐ 1 Sorunlu eklem hareket açısı
☐ 2 Sorunlu basış/yürüyüş

5-Ayakkabı ve Çorap
☐ 0 Uygun ayakkabı ve çorap
☐ 1 Sorunlu
☐ 2 Travma kaynağı

6-Ayak Isısı
☐ 0 Normal
☐ 1 Normalden sıcak
☐ 2 Normalden soğuk

7-Ciltte Ödem ve Renk Değişikliği
☐ 0 Gözlenmiyor
☐ 1 Ciltte solukluk veya morluk
☐ 1 Ciltte Ödem ve eritem
☐ 2 Belirgin varis

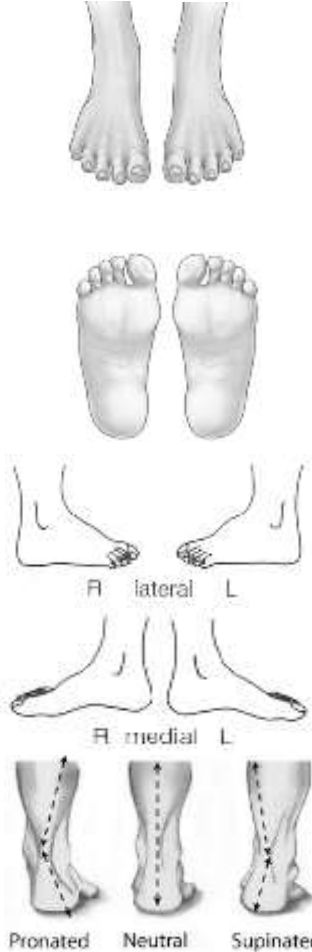
8-Periferik Nabızlar
☐ 0 Var
☐ 1 Yok

9-Duyu Tesri-10 gr Monofilament
☐ 0-10 Noktaya kadar duyu var
☐ 2-9 Noktaya kadar duyu hissi(min 7)
☐ 4-5 Noktaya kadar duyu hissi

10-Diapozon ile Vibrasyon
☐ 0 Var
☐ 1 Hafif veya yok

11- TipTherm(Isı Testi)
☐ 0 Isıyı hissediyor
☐ 1 Hissetmiyor

12-Hayır ise 0,Evet ise 2 puan veriniz.
 Ayaklarda hissizlik var mı?
 Karıncalanma var mı?
 Tabanlarda yanma var mı?

**1- Öneri ve Tedavi Planı**

☐ Değerlendirme için yönlendirildi.
☐ Diğer

2- Öneri ve Tedavi Planı

☐ Değerlendirme için yönlendirildi.
☐ Diğer

3- Öneri ve Tedavi Planı

☐ Değerlendirme için yönlendirildi.
☐ Diğer

4- Öneri ve Tedavi Planı

☐ Değerlendirme için yönlendirildi.
☐ Diğer

5- Öneri ve Tedavi Planı

☐ Değerlendirme için yönlendirildi.
☐ Diğer

6- Öneri ve Tedavi Planı

☐ Değerlendirme için yönlendirildi.
☐ Diğer

7- Öneri ve Tedavi Planı

☐ Değerlendirme için yönlendirildi.
☐ Diğer

8- Öneri ve Tedavi Planı

☐ Değerlendirme için yönlendirildi.
☐ Diğer

9-10-11 - Öneri ve Tedavi Planı

☐ Değerlendirme için yönlendirildi.
☐ Diğer

12- Öneri ve Tedavi Planı

☐ Değerlendirme için yönlendirildi.
☐ Diğer

TOPLAM PUAN

☐ 0-6 Puan Yıllık periyodik tarama önerilir.
☐ 7-12 Puan 6 ayda 1 periyodik tarama önerilir.
☐ 13-19 Puan 3 ayda 1 periyodik tarama önerilir.
☐ 20 ve üzeri aylık periyodik tarama önerilir.

Digital anamnez, tıbbi kayıt ve takibi için; işlem öncesi ve sonrasında ayağımın, ayakkabılarımın ve çoraplarımın fotoğraflarının çekilmesine izin veriyorum.

Hastanın imzası:

PODOLOG:
ŞUBE:

TARİH:

SAAT:

İMZA:

