



# Özel EKOL HASTANESİ

## YENİDOĞAN EPİKRİZ FORMU



### YENİDOĞANA AİT GENEL BİLGİLER

TC Kimlik No :	Servis :
Adı-Soyadı :	Yatış Tarihi :
Cinsiyeti:	Yatış Ön Tanı :
Doğum Tarihi :	Yatış Şekli :
Doğum Haftası :	Doğumhane <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/>
Doğum Şekli :	Ameliyathane <input type="checkbox"/> Servis <input type="checkbox"/>
Doğum Ağırlığı : .....	İl İçi <input type="checkbox"/> İl Dışı <input type="checkbox"/>
AGA <input type="checkbox"/> SGA <input type="checkbox"/> LGA <input type="checkbox"/>	
Doğum Baş Çevresi :	Taburcu Tarihi :
Doğum Boyu :	Taburcu Tanısı/Tanıları :
	1.
	2.
	3.
	4.
Taburculuk Sırasındaki; Düzeltilmiş yaş : ..... hafta Ağırlık : ..... gr Baş Çevresi:.....cm Boy : ..... cm	Taburcu Şekli : Salah <input type="checkbox"/> Eksitus <input type="checkbox"/> Sevk <input type="checkbox"/> Nakil <input type="checkbox"/>

### EBEVEYNE AİT BİLGİLER

Anne Adı-Soyadı :
Tc Kimlik No:
Doğum Tarihi :
Adres :
Telefon Numarası:
Annenin; Gebelik Sayısı : Canlı Doğum Sayısı :

	Anne	Baba	Bebek
Kan Grubu			
Talasemi Taşıyıcılığı			
Hepatit B/C			
HIV			

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YD.FR.08	30.07.2015	01	13.02.2016	1 / 6

### KLİNİK BİLGİLER

ŞİKÂYET	Prematüre <input type="checkbox"/>	Apne <input type="checkbox"/>
	Canlandırma <input type="checkbox"/>	Konjenital Anomali <input type="checkbox"/>
HİKÂYE	Sarıklık <input type="checkbox"/>	Konvülsiyon <input type="checkbox"/>
	Ağlama <input type="checkbox"/>	Solunum Sıkıntısı <input type="checkbox"/>
ÖZGEÇMİŞ	Morarma <input type="checkbox"/>	Yüksek Ateş <input type="checkbox"/>
	Emmeme <input type="checkbox"/>	Hipotermi <input type="checkbox"/>
ÖZGEÇMİŞ	Hipoglisemi <input type="checkbox"/>	Diğer : .....
	PRENATAL	
ÖZGEÇMİŞ	Diyabet <input type="checkbox"/>	Antenatal Steroid Kullanımı <input type="checkbox"/>
	Kronik Hastalık <input type="checkbox"/>	Gebelikte Enfeksiyon <input type="checkbox"/>
ÖZGEÇMİŞ	Çoğul Gebelik <input type="checkbox"/>	Tetanoz <input type="checkbox"/>
	Yardımcı Üreme Tek. <input type="checkbox"/>	Gebelikte İzlem Sayısı : .....
ÖZGEÇMİŞ	Primigravida <input type="checkbox"/>	Diğer : .....
	Eklampsi/Preeklampsi <input type="checkbox"/>	
ÖZGEÇMİŞ	Preterm Eylem <input type="checkbox"/>	
	NATAR	
ÖZGEÇMİŞ	APGAR Skoru : 1 dk ..... / 5dk .....	
	İleri Canlandırma :	
ÖZGEÇMİŞ	Trakeal Aspirasyon Gerektiren Mekonyum :	
	Diğer: .....	
ÖZGEÇMİŞ	POSTNATAL	
FİZİK MUAYENE	Genel Durum :	Solunum Sayısı :
	Kalp Tepe Atımı :	Kan Basıncı : ..... mmHg
FİZİK MUAYENE	Sat O2 :	FiO2:
	Vücut Ağırlığı :	Baş Çevresi : Boy :
FİZİK MUAYENE	Cilt :	
	Göz :	
FİZİK MUAYENE	Baş Boyun :	
	Solunum Sistemi :	
FİZİK MUAYENE	Kardiyovasküler Sistem :	
	Batın :	
FİZİK MUAYENE	Genito-Üriner Sistem :	
	Ekstremiteler :	
FİZİK MUAYENE	Nörolojik Muayane :	



# Özel EKOL HASTANESİ

## YENİDOĞAN EPİKRİZ FORMU



### Tanısal Testler

EKO	
Kranial USG	İLK (..../...../.....) SON (..../...../.....)
Batın USG	
Kalça USG	
Skopik Girişimler	
Radyolojik Tetkikler	
EEG/aEEG	

### Tarama Testleri

ROP Muayenesi	Yapılmadı <input type="checkbox"/> Yapıldı <input type="checkbox"/>	İLK (..../...../.....) SON (..../...../.....)
İşitme Testi	Yapılmadı <input type="checkbox"/> Yapıldı <input type="checkbox"/>	TARİH (..../...../.....)
NTP (Topuk Kanı)	Alınmadı <input type="checkbox"/> Alındı <input type="checkbox"/>	TARİH (..../...../.....)
DİĞER		

### Laboratuvar Testleri

Test Adı	İlk İnceleme	Ara İnceleme	Son İnceleme
Hemoglobin			
Hematokrit			
Beyaz Küre			
Trombosit			
Retikülosit			
Periferik Yayma			
Glikoz			
Magnezyum			
Na			
K			
Cl			
Ca			
P			
Alp			
Bun			
Kreatinin			
Ürik Asit			
T.protein			
Albümin			
ALT			
AST			

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YD.FR.08	30.07.2015	01	13.02.2016	3 / 6



# Özel EKOL HASTANESİ

## YENİDOĞAN EPİKRİZ FORMU



T.BİLİRUBİN					
D.BİLİRUBİN					
CPK					
AMONYAK					
LAKTİK ASİT					
PİRÜVİK ASİT					
D. COOMBS					
KAN GAZ :	ph	PO2	PCO2	HCO3	BE
İLK (...../...../.....)					
SON (...../...../.....)					
Metabolik Testler					
Mikrobiyoloji					
Tarih	Örnek Türü		Etken Adı		

İnvaziv Girişimler			
	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Toplam Süre
Mekanik Ventilasyon			
Non invazif solunun desteği			
Serbest Oksijen			
Umbilikal Kateter			
Periferik Santral Venöz Katater			
Periferik Venöz Kateter			
Periferik Santral Arter Kateter			
Periferik Arter Kateter			
Nazogastrik Sonda			
Göğüs Tüpü			
İdrar Sondası			
Suprapubik Kateter			
Diğer			

TEDAVİ				
	Tarih	Endikasyon	Açıklama	
Fototerapi		TB(max)	.....gün	
Kan Değişimi		TB(max)		
Parsiyel Kan Değişimi		vHct:		
Eritrosit Transfüzyonu		Hb:		
		Hb:		
		Hb:		
<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YD.FR.08</i>	<i>30.07.2015</i>	<i>01</i>	<i>13.02.2016</i>	<i>4 / 6</i>



# Özel EKOL HASTANESİ

## YENİDOĞAN EPİKRİZ FORMU



Trambosit Transfüzyonu		Plt:	
		Plt:	
Taze Donmuş Plazma			
Total Parenteral Nutrisyon			.....gün
Lazer Koagulopati /İntravitreal Enjeksiyon	Sağ	Evre:	
	Sol	Evre:	
Diğer.....			
Diğer.....			
Antibiyotik Adı .....(Toplam Süre/Doz)			
1) .....(...../.....)			
2) .....(...../.....)			
3) .....(...../.....)			
4) .....(...../.....)			
5) .....(...../.....)			
6) .....(...../.....)			
İnotrop .....(Süre.....)	İnhale Nitrit Oksit .....		
IVIG (G) .....	IVIG (M) .....		
ENDİKASYON:	ENDİKASYON:		
RSV Profilaksisi: .....	Hepatit B Aşısı :		
Endikasyon:	1) .....(Tarih/Doz)		
Uygulama Tarihi:	2) .....(Tarih/Doz)		
D-VİT : Başlandı <input type="checkbox"/> Başlanmadı <input type="checkbox"/> Dozu : .....	3) .....(Tarih/Doz)		
Demir: Başlandı <input type="checkbox"/> Başlanmadı <input type="checkbox"/> Dozu : .....			
Kalsiyum/Fosfor: Başlandı <input type="checkbox"/> Başlanmadı <input type="checkbox"/> Dozu : .....			
DİĞER:			

### KLİNİK İZLEM

KLİNİK İZLEM				
--------------	--	--	--	--

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YD.FR.08	30.07.2015	01	13.02.2016	5 / 6



**Özel EKOL HASTANESİ**  
**YENİDOĞAN EPİKRİZ FORMU**



**TABURCULUK ve PLANLAR**

Çıkış Fizik Muayenesi

Kontrol Tarihi ve Yeri

Kontrolde Dikkat Edilecek Hususlar

Beslenme Önerileri

Tedavi Önerileri

Gerçekleştirilmesi Gereken Tarama Testleri :

Aşı Protokolü

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YD.FR.08</i>	<i>30.07.2015</i>	<i>01</i>	<i>13.02.2016</i>	<i>6 / 6</i>