



Özel **Ekol Hastanesi**  
HEMŞİRELİK SÜRECİ YENİDOĞAN/PEDİATRİ  
ÖN DEĞERLENDİRME VE TANILAMA FORMU



KÜVÖZ:

ODANO:

YATIŞ TARİHİ:

HEMŞİRELİK KABUL BİLGİLERİ

BEBEK BİLGİLERİ

|  |            |
|--|------------|
| Adı Soyadı:  |            |
| Doğum Tarihi:  | Cinsiyeti: |
| Doğum Şekli:   |            |
| APGAR Skoru (1-5 dk.):   |            |
| Gönderen Bölüm:  |            |
| Transfer Şekli:  |            |
| Beslenme şekli:  |            |
| K Vit. Ve Aşı Uygulaması Varlığı:                                |            |
| <b>KAN GRUBU:</b>  |            |
| Alerji : <input type="checkbox"/> Alerjilerinde kırmızı bileklik |            |
| Daha Önce Hastaneye Yatış:                                       |            |
| Geçirilen Ameliyat:  |            |
| Geçirilen Enfeksiyon Varlığı:                                    |            |
| İzolasyon Şartı:   |            |
| Daha önce kan transfüzyonu :                                     |            |
| Transfüzyon Sonrası Reaksiyon                                    |            |

AİLE BİLGİLERİ

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| Anne Adı:                        | Yaşı: |
| Kan grubu :                      |       |
| Kaçıncı Gebelik:                 |       |
| Kaçıncı doğum:                   |       |
| Gebelikte Enfeksiyon Varlığı:    |       |
| Gebelikte Kullanılan İlaçlar:    |       |
| Gebelikte Geçirilen Hastalıklar: |       |
| Annenin Kalıtsal Hastalığı:      |       |
| Baba adı:                        | Yaşı: |
| Babanın kan grubu:               |       |
| Babanın Kalıtsal Hastalığı:      |       |

YAŞAM BULGULARI: **Kan Basıncı;** ...../.....mmHg  Sağ kol  Sol kol **Nabız;** ...../dk

**Vücut Isısı;** .....°C  Axiller  Timpanik  Rektal **Solunum;** ...../dk **SpO2;**.....

**BAŞ ÇEVRESİ;** **BOY ;** **KİLO ;**

**KİMLİK TANIMLAYICI TAKILDI/MEVCUT:**  **DÜŞME ÖNLEMLERİ ALINDI:**

**SİSTEM TANILAMASI**

|                            |                                     |  |
|----------------------------|-------------------------------------|--|
| FİZİKSEL ÖZELLİKLER        | Renk                                | <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/> Kırmızı <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> Akrosiyanoz <input type="checkbox"/> Ekimoz <input type="checkbox"/> İkterik <input type="checkbox"/> Mermer görünümü   |
|                            | Cilt                                | <input type="checkbox"/> Temiz/kuru <input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Soylulma <input type="checkbox"/> Vernixli <input type="checkbox"/> Mekonyum bulaşığı<br><input type="checkbox"/> Mongol lekesi <input type="checkbox"/> Forseps izi <input type="checkbox"/> Çizik <input type="checkbox"/> Doğum Lekesi  |
|                            | Umbilikal kordon                    | <input type="checkbox"/> 2 arter 1 ven <input type="checkbox"/> Diğer Tanımlama.....   |
|                            | Baş                                 | Fontaller <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Kapalı Sefal Hematom <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var<br>Sutürlar <input type="checkbox"/> Yanyana <input type="checkbox"/> Üst Üste Caput Suksedenum <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var  |
| SOLUNUM ve DOLAŞIM SİSTEMİ | Ağız                                | Mukoz Membranlar <input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Kuru Damaklar <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Yarık Damak <input type="checkbox"/> Diğer<br>Natal Diş <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Dudaklar <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tavşan Dudak <input type="checkbox"/> Diğer  |
|                            | Genital Organlar                    | Testisler <input type="checkbox"/> Görünüm Normal <input type="checkbox"/> Hipospadias <input type="checkbox"/> Epispadias<br><input type="checkbox"/> İnmiş <input type="checkbox"/> İnmemiş Vajinal Akıntı <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var   |
|                            | Solunum Özelliği                    | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Burun kanadı sol <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Yüzeysel <input type="checkbox"/> İnteme <input type="checkbox"/> Apne <input type="checkbox"/> Çekilme<br><input type="checkbox"/> Taşipne <input type="checkbox"/> Siyanoz <input type="checkbox"/> Solunum sesleri eşit <input type="checkbox"/> Solunum sesleri kaba<br>Sekresyon <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var ise..... Solunum sayısı..... Oksijen desteği   |
|                            | Entübasyon Nabız alınıyor mu?       | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var ise Tüp no:..... Kaç cm..... <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(tanımlama)<br><input type="checkbox"/> A.Femoral <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Hızı:.....<br><input type="checkbox"/> A.Radial <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır<br><input type="checkbox"/> A.Dorsalis Pedis <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır  |
| BOŞALTIM SİSTEMİ           | Kapiler Dolum                       | <input type="checkbox"/> >3 sn <input type="checkbox"/> ≤3 sn  |
|                            | Ekstremiteler Üfürüm                | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ödemli <input type="checkbox"/> Ekimoz<br><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Prekordial Atım <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var  |
|                            | Koanal Atrezi                       | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var  |
|                            | Boşaltım şekli                      | <input type="checkbox"/> Beze <input type="checkbox"/> İdrar katateri ile <input type="checkbox"/> Masajla <input type="checkbox"/> Ostomi<br>Batin muayenesi <input type="checkbox"/> Sert/Hassas <input type="checkbox"/> Yumuşak /Rahat<br>Mekonyum <input type="checkbox"/> Yaptı <input type="checkbox"/> Yapmadı<br>Anal Atrezi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İdrar: <input type="checkbox"/> Yaptı <input type="checkbox"/> Yapmadı<br>Defekasyon Problemi: <input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Uyarı ile yapıyor<br><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Anuri <input type="checkbox"/> Paliüri |
| BESLENME                   | Beslenme:                           | <input type="checkbox"/> Henüz annesini emmedi(nedeni.....)<br><input type="checkbox"/> Anne sütü(Meme emme yokluğu/sıklığı)..... Mama(Biberon emzik tipi).....<br>Anne memesi emiyor <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Nedeni.....<br>Bardakla/biberon ile besleniyor <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Öğün sayısı/gün.....<br>NGS ile besleniyor <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Yeme sorunu var mı?.....(varsa hekime bilgi veriniz)  |
|                            | Beslenme ile ilgili olası sorunlar: | <input type="checkbox"/> Distansiyon <input type="checkbox"/> Karın çevresinde <input type="checkbox"/> Dehidratasyon <input type="checkbox"/> Bağırsak sesleri belirgin   |
| NOROMÜSKÜLER ÖZELLİKLER    | Kas Tonüsü                          | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sedatize <input type="checkbox"/> Hipoaktif <input type="checkbox"/> Hiperaktif   |
|                            | Moro Refleksi                       | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Aranma Refleksi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var  |
|                            | Emme Refleksi                       | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Yakalanma Refleksi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var   |
|                            | Ağlama                              | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Tiz <input type="checkbox"/> Canlı Genel Durum <input type="checkbox"/> Aktif <input type="checkbox"/> Uykulu  |

|            |              |             |                 |          |
|------------|--------------|-------------|-----------------|----------|
| Doküman No | Yayın Tarihi | Revizyon No | Revizyon Tarihi | Sayfa No |
| YD.FR.12   | 16.06.2017   | 01          | 11.09.2025      | 1 / 2    |



Özel **Ekol Hastanesi**  
HEMŞİRELİK SÜRECİ YENİDOĞAN/PEDİATRİ  
ÖN DEĞERLENDİRME VE TANILAMA FORMU



### AĞRI TANILAMA

d. Yenidoğan Skalası (Cries Skalası / 0-4 ay çocuklar için kullanılabilir.)

|                                   | 0                  | 1                                | 2                           | SKOR |
|-----------------------------------|--------------------|----------------------------------|-----------------------------|------|
| Son saatteki uyku düzeyi          | Daha uzun          | Kısa (5-10 dk)                   | Hiç uyumadı                 |      |
| Yüzündeki ağrı ifadeleri          | Sakin              | Daha az belirgin                 | Belirgin                    |      |
| Ağlama özellikleri                | Ağlamıyor          | Uyaranlarla azaltılabiliyor      | Şiddetli, tiz sesli         |      |
| Spontan motor aktivite            | Normal             | Orta derecede                    | Çıpınma sürekli hareketler  |      |
| Uyaranlara cevap ve exitabilitesi | Sessiz             | Uyarana aşırı cevap              | Tremorlu, klonik hareketler |      |
| El-ayak parmaklarının flexionu    | Yok                | Daha az belirgin, ara ara        | Belirgin ve sürekli         |      |
| Emme                              | Güçlü, susuyor     | Ara ara (3-4) ağlama ile duruyor | Yok veya organize değil     |      |
| Tonüs                             | Normal             | Orta derecede hipertonic         | Hipertonik                  |      |
| Sakinleştirme                     | 1 dk içinde sakin  | 1 dk çabadan sonra sakin         | 2 dk çabadan sonra hiç yok  |      |
| Sosyal Temas(öz temas)            | Kolay, uzun süreli | Zor                              | Yok                         |      |
| Toplam Puan                       |                    |                                  |                             |      |

(Ağrı Skoru 5 ve 5'in üzerinde ise YENİDOĞAN AĞRI TAKİP ve TEDAVİ FORMU'na geçiniz.)

Değerlendirme ...../...../..... - ....

### Modifiye Glaskow Risk Değerlendirmesi (4 yaş altı)

| PUAN | GÖZ AÇMA           | SÖZLÜ YANIT              | MOTOR YANIT             |
|------|--------------------|--------------------------|-------------------------|
| 6    | -                  | -                        | Kendiliğinden hareketli |
| 5    | -                  | Agu şeklinde ses         | Dokunmayla Çeker        |
| 4    | Kendiliğinden açık | Huzursuz ağlama          | Ağrıyla Çeker           |
| 9    | Sözlü uyaran ile   | Ağrılı uyaran ile ağlama | Anormal Fleksör         |
| 2    | Ağrılı uyaran ile  | Ağrılı uyaran ile İnleme | Anormal Ekstansör       |
| 1    | Yok                | Yok                      | Yok                     |

Değerlendirme ...../...../..... - .....

**GKS SKORU:** 15 - Oryante, 13-14 Konfüze, 8-13 Stupor, 3-8 Prekoma, 3 - Koma

### MODİFİYE BRADEN Q BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRMESİ

|                                   | 1                         | 2                           | 3                                   | 4  |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--|
| Duyusal Algılama                  | Tamamen sınırlı           | Çok sınırlı                 | Hafif sınırlı                       | Bozulma yok                                  |
| Nem                               | Sürekli nemli             | Sıklıkla nemli              | Ara sıra nemli                      | Nadiren nemli                                |
| Aktivite                          | Yatağa bağımlı            | Sandalyeye bağımlı          | Arasıra yürüyor                     | Sık sık yürüyor/Yürümek için çocuk çok küçük |
| Hareketlilik                      | Tamamen hareketsiz        | Çok sınırlı                 | Hafif sınırlı                       | Sınırlılık yok                               |
| Beslenme                          | Çok kötü                  | Yetersiz                    | Yeterli                             | Çok iyi                                      |
| Sürtünme ve Yırtılma              | Önemli Sorun              | Sorun                       | Potansiyel Sorun                    | Görünen sorun yok                            |
| Doku Perfüzyonu ve Oksijenizasyon | Tamamen Yetersiz          | Yetersiz                    | Yeterli                             | Mükemmel                                     |
| Risksiz<br>16 Puan ve üstü        | Orta Riskli<br>13-15 Puan | Yüksek Riskli<br>10-12 Puan | Çok Yüksek Riskli<br>9 Puan ve altı |  |

\* Total Puan 16'dan düşük ise hasta risk grubuna alınmalı ve her gün izlenmelidir. HB.FR.33 Bası Yarası Hemşirelik Bakım Formu'na geçiniz.

Değerlendirme ...../...../..... - ....

GÖRÜŞMEYİ YAPAN HEMŞİRE

ADI SOYADI:  
İMZA :

GÖRÜŞÜLEN HASTA / HASTA YAKINI

ADI SOYADI:  
İMZA :

| Doküman No | Yayın Tarihi | Revizyon No | Revizyon Tarihi | Sayfa No |
|------------|--------------|-------------|-----------------|----------|
| YD.FR.12   | 16.06.2017   | 01          | 11.09.2025      | 2 / 2    |