



Özel Ekol Hastanesi
YENİDOĞAN İŞİTME TARAMASI KAYIT DEFTERİ



Doküman No
HB.YD.41

Yayın Tarihi
13.12.2025

Revizyon No
00

Revizyon Tarihi
-

Sayfa No
1 / 1

No	Tarih	Anne Adı-Soyadı Kimlik No	Bebek Adı-Soyadı Kimlik No	Doğum Tarihi	Cinsiyet	Doğum Ağırlığı	Doğum Şekli	Adres /Telefon	Risk Durumu (Anne)	Risk Durumu (Bebek)	ABR 1	ABR 2	ABR 3	Sonuç
					<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M	..... Tel:	<input type="checkbox"/> Ateşli Hast. <input type="checkbox"/> İşitme Kaybı <input type="checkbox"/> Akraba Evl.	<input type="checkbox"/> D.D.A <input type="checkbox"/> H.Bil. <input type="checkbox"/> YYB <input type="checkbox"/> OTOT.İ <input type="checkbox"/> APGAR	SAG SOL	SAG SOL	SAG SOL	
					<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M	..... Tel:	<input type="checkbox"/> Ateşli Hast. <input type="checkbox"/> İşitme Kaybı <input type="checkbox"/> Akraba Evl.	<input type="checkbox"/> D.D.A <input type="checkbox"/> H.Bil. <input type="checkbox"/> YYB <input type="checkbox"/> OTOT.İ <input type="checkbox"/> APGAR	SAG SOL	SAG SOL	SAG SOL	
					<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M	..... Tel:	<input type="checkbox"/> Ateşli Hast. <input type="checkbox"/> İşitme Kaybı <input type="checkbox"/> Akraba Evl.	<input type="checkbox"/> D.D.A <input type="checkbox"/> H.Bil. <input type="checkbox"/> YYB <input type="checkbox"/> OTOT.İ <input type="checkbox"/> APGAR	SAG SOL	SAG SOL	SAG SOL	
					<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M	..... Tel:	<input type="checkbox"/> Ateşli Hast. <input type="checkbox"/> İşitme Kaybı <input type="checkbox"/> Akraba Evl.	<input type="checkbox"/> D.D.A <input type="checkbox"/> H.Bil. <input type="checkbox"/> YYB <input type="checkbox"/> OTOT.İ <input type="checkbox"/> APGAR	SAG SOL	SAG SOL	SAG SOL	
					<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M	..... Tel:	<input type="checkbox"/> Ateşli Hast. <input type="checkbox"/> İşitme Kaybı <input type="checkbox"/> Akraba Evl.	<input type="checkbox"/> D.D.A <input type="checkbox"/> H.Bil. <input type="checkbox"/> YYB <input type="checkbox"/> OTOT.İ <input type="checkbox"/> APGAR	SAG SOL	SAG SOL	SAG SOL	

*DOĞUM ŞEKLİ: N: Normal Doğum S: Sezeryan M: Sezeryan Dışı Müdahaleli Doğum (Vakum, Forseps)

**RİSK DURUMU: DDA:Düşük doğum ağırlığı H.Bil: Hiper billuribinemi YYB: Yenidoğan yoğun bakım OTOT.İ: Ototoksik İlaç Kullanımı