



**Özel EKOL HASTANESİ**  
**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ**  
**HASTA TABURCULUK VE EĞİTİM FORMU - A**



**HASTA BİLGİLERİ**

KUVÖZ NO : .....  
TANI / HASTALIK ADI : .....  
TABURCULUK TARİHİ : .....

Hastaya ait barkod yapıştırınız.

**TABURCULUK BİLGİLERİ**

Bebeğin Mevcut Yaşam Koşulları	<input type="checkbox"/> Ailesi ile Birlikte Yaşıyor <input type="checkbox"/> Çocuk Esirgeme Kurumuna Verilecek <input type="checkbox"/> Diğer: .....
Hastanın Taburculuktan Sonra Gideceği Yer	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Diğer:.....
Gideceği Yerde Bakımına Yardımcı Kimse Var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet(Açıklayınız):.....
Hastalığı ve Tedavisi Hakkında Ailenin Bilgisi Var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Hasta Yakınına Taburculuğun Bildirildiği Tarih / Saat	
Hasta Yakınına Taburculuğu Bildiren Hemşire / İmza	

**TABURCULUK HAZIRLIKLARI**

- Bebeğin hazırlanmasına yardım edilmesi  
 (varsa) Eşyalarının teslimi  
 Enfeksiyon belirtilerinin öğretilmesi, görülürse hekimle iletişim kurmasının söylenmesi

**KULLANILACAK İLAÇLAR**

İlacın Adı	Alım Ölçüsü	Aç	Tok	Alış Saatleri	Uyarılar

**TABURCULUK EĞİTİMİ YÖNTEMİ**

- Düz Anlatım  Yazılı Materyal  Grup Eğitimi  Uygulamalı Eğitim

**TABURCULUK EĞİTİMİ KONU BAŞLIKLARI**

<input type="checkbox"/> Emzirme ve Beslenme	<input type="checkbox"/> İdrar ve Gaita Sıklığı / Alt Değişimi	<input type="checkbox"/> Yatma Pozisyonu / Hareket / Oyun
<input type="checkbox"/> Göbek Bakımı	<input type="checkbox"/> El Hijyeni / Bebek Banyosu	<input type="checkbox"/> Oda Sıcaklığı
<input type="checkbox"/> Anne Sütünün Sağılması ve Saklanması	<input type="checkbox"/> Mama Verilmesi (İlgili Durumlarda)	<input type="checkbox"/> Ağrı Yönetimi
<input type="checkbox"/> İlaçlar	<input type="checkbox"/> Yardımcı Araç / Gereçler	
Yardımcı Araç / Gereçler (varsa) :		
Danışılabilir İsim, Adres ve Telefonlar :	Özel Ekol Hastanesi: 0284 236 10 10 / Dahili: 269 (Yenidoğan YBÜ)	Hekim Ad-Soyad / İmza

Taburculuk süreci ve taburculuk sonrası bakım ile ilgili tüm bilgilendirme ve eğitimleri aldım.

Eğitimi Veren Hemşire	Hasta / Hasta Yakını
Adı Soyadı / İmza:	Adı Soyadı / İmza:

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
EY.FR.27	13.04.2021	00	-	1 / 1