



Özel **Ekol Hastanesi**
YENİDOĞAN GÜNLÜK MÜŞAHADE FORMU



| | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|---|---------------------------------|
| <i>Doküman No</i> DH.FR.11 | <i>Yayın Tarihi</i> 12.02.2018 | <i>Revizyon No</i> 05 | <i>Revizyon Tarihi</i> 16.09.2024 | <i>Sayfa No</i> 1 / 2 |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|---|---------------------------------|

HASTA KİMLİK BİLGİLERİ

ADI SOYADI : CİNSİYETİ: K E
PROTOKOL NO : YATIŞ TARİHİ:
DOĞUM YERİ ve TARİHİ : DOĞUMU GERÇEKLEŞTİREN HEKİM:
DOĞUM SAATİ : ALERJİ:
KAN GRUBU : AĞRI SKORU:
DOĞUM ŞEKLİ :

HEKİM DEĞERLENDİRMESİ

TANI:

HEKİM ORDERİ (BESLENME FORMÜLÜ)

| SAAT | İLACIN/FORMÜL MAMANIN ADI | UYGULAMA DOZU | UYGULAMA ŞEKLİ | UYGULAMA ZAMANI | VERİLİŞ SÜRESİ | BESİN | HEKİM İMZA |
|------|------------------------------|------------------|-------------------|--------------------|-------------------|-------|------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*Kısaltma kullanmayınız ve ilacın tam adını yazınız.



Özel **Ekol Hastanesi**
YENİDOĞAN GÜNLÜK MÜŞAHADE FORMU



| | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Doküman No DH.FR.11 | Yayın Tarihi 12.02.2018 | Revizyon No 05 | Revizyon Tarihi 16.09.2024 | Sayfa No 2 / 2 |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|

| | | | |
|-----------------------------|----------------|--------------------|----------------|
| HEMŞİRE GÜNLÜK TAKİP | | Tarih: | Oda No: |
| Doğum Doktoru: | | Çocuk Doktoru: | |
| Anne Adı-Soyadı: | | Anne Kan Grubu: | |
| Bebek Soyadı: | | Bebek Kan Grubu: | |
| Bebek Cinsiyeti: | Doğum Haftası: | Rh Uyuşmazlığı : | |
| Doğum Ağırlığı: | Gün | ABO Uyuşmazlığı: | |
| | | Direkt Coombs : | |
| Taburculuk Ağırlığı: | | Taburculuk Tarihi: | |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| YAPILAN UYGULAMALAR | | | |
| K Vit. Enjeksiyonu: | Uygulama dozu: | Uyg. Saati ve tarihi: | |
| Hepatit B Enjeksiyonu: | Uygulama dozu: | Uyg. Saati ve tarihi: | |
| Kan Grubu Tetkiki: | Uygulama Saati ve tarihi: | *Sonucu Yukarıya Yazınız. | |
| İşitme Tarama Testi: | Uygulama Saati ve tarihi: | Odyometrist: | |
| Beslenme : | İlk Emzirme Saati ve tarihi: | | |
| İdrar Çıkışı: Gündüz (08.00-18.00) / Gece (18.00-08.00) | Gaita Çıkışı: Gündüz (08.00-18.00) / Gece (18.00-08.00) | | |

| | |
|---|----------|
| Guthrie testi: Uygulama Saati ve tarihi: | Hemşire: |
|---|----------|

| Kan Şekeri Takibi | | Bilirubin Takibi | | Tarih ve Saat | Nabız Takibi | Ateş Takibi | Solunum Takibi | O2 Takibi |
|-------------------|-------|------------------|-------|---------------|--------------|-------------|----------------|-----------|
| Tarih ve Saat | Sonuç | Tarih ve Saat | Sonuç | | Sonuç | Sonuç | Sonuç | Sonuç |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|
| LABORATUVAR ve GÖRÜNTÜLEME TETKİKLERİ/ KONSÜLTASYON | | | | | SONUÇ | | | |
| - .../.../..... | | | | | | | | |
| - .../.../..... | | | | | | | | |
| - .../.../..... | | | | | | | | |

| FORMÜL KULLANIMI | | ENDİKASYON: | | ANNENİN ÖZELLİKLERİ: | | | |
|-------------------------|----------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------|--|--|--|
| Saat | Hazırlanan Doz | Verilen Miktar | Kullanılan Beslenme Aracı | Hemşire İmza | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(08.00-18.00) Hemşire İmza: (18.00-08.00)Hemşire İmza: Sorumlu Hemşire İmza: