Özel EKOL HASTANESİ

YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM GÜNLÜK HEMŞİRE TEDAVİ VE BAKIM FORMU

TARİH: **YATIŞ GÜNÜ:**

Bebeğin Adı Soyadı: **Cinsiyeti:** **Gestasyon Yaşı :** **Doğum Tarihi:** ____/_____/_____ **Doğum Saati:** ___:___ **Bebeğin Kan Grubu:** **Annenin Kan Grubu:** **Alerji:**	**Yatış Tarihi:** **Küvöz No:** **Tanı/Hastalık Kodu:** **Anne Adı-Soyadı:** **Anne Oda No:**

Saat	Ateş (ölçüm yeri)	Nabız (Apeks)	Solunum Dak.	SPO2	O2 Uygulaması	Fototerapi Uyg.	Bilirubin Miktarı	Kilo	Boy	Baş Çevresi	Göğüs Çevresi	AKŞ	Küvöz Isı

O2 Tedavisinde ***Kuvöz İçi Oksijen Konsantrasyonu*** ölçülerek, kontrol edilir. **Ölçülen değer** .....

PARANTERAL TEDAVİLER

Hemşirelik Uyg.	**Uygulama Tar.**	**Bakım Tar.**	**HEMŞİRE GÖZLEM**
IV Katater			
O2 Nebül			
OGS			
Aspirasyon			

TAKİPLER			
AKCİĞER PA.		K Vit.	
CRP SONUCU		Hepatit Aşısı	
TİT SONUCU		Guthrie testi:	
KÜLTÜR SONUCU			
ALDIĞI-ÇIKARDIĞI TAKİBİ	08.00-17.30	17.30-08.00	
Aldığı Toplam :			
Çıkardığı Toplam:			

Hemşire İmza:

Özel EKOL HASTANESİ

YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM GÜNLÜK HEMŞİRE TEDAVİ VE BAKIM FORMU

TARİH: **YATIŞ GÜNÜ:**

BESLENME ŞEKLİ /ALDIĞI					ÇIKARDIĞI			BAKIMLAR				İmza
Saat	Anne Sütü veya Formül	Verilmesi Öngörülen Miktar	Aldığı Miktar	Oral/OGS	Kusma	İdrar ve Alt bakımı	Defekasyon ve Alt bakımı	Göz Bakımı	Göbek Bakımı	Vücut Bakımı	OGS Bakımı	
Oral Toplam												

SIVI İZLEM

Saat	I.Sıvı Cinsi D.D.S	Şişe Seviyesi	Giden Miktar	II.Sıvı Cinsi D.D.S	Şişe Seviyesi	Giden Miktar	İmza
24 Saatlik Toplam							

Dakikada Damla Sayısı (D.S.S) = $\frac{\text{Total Sıvı miktarı X 20}}{\text{60 DakikaX24}}$

Saatte Gidecek Sıvı= $\frac{\text{D.D.S X 60}}{\text{20}}$ = D.D.S X 3