

Tarih:

Adı, Soyadı :	D. Tarihi/Saati:	Yatış Günü:	Takip Eden Hem.:	Kuvöz No:
Protokolü :	D. Yeri:	Boyu :	08-16	
Tanı :	Yatış Tarihi :	Baş Çevresi :	Takip Eden Hem.:	Kuvöz Temizlik Tarihi
Kan Grubu :	D. Haftası:	Ağırlığı :	16-08	
	D. Ağırlığı:			

Topuk Kanı Tarihi: Hepatit B Tarihi: K vit. Tarihi:

Mekanik Ventilasyon HFO AC SMV Noninvazif Ventilasyon Nazal SIMV/Nazal IPPV Nazal CPAP Küvöziçi O₂ Monitör

Saat	V.Isısı.	Nabız	S.S.	TA.(S/D/M)	SPO ₂	FİO ₂	Pİ	APNE	AĞRI	K.Ş.	TA X	NOTLAR	KŞ X
09:00													
10:00													
11:00													
12:00													
13:00													
14:00													
15:00													
16:00													
17:00													
18:00													
19:00													
20:00													
21:00													
22:00													
23:00													
24:00													
01:00													
02:00													
03:00													
04:00													
05:00													
06:00													
07:00													
08:00													

NIPS YENİDOĞAN AĞRI TANILAMA SKALASI

Kategoriler	0	1	2
Yüz İfadesi	Sakin yüz.doğal ifade	Gergin yüz kasları, kırışık alın ve çene	
Ağlama	Sessiz, ağlamıyor	Hafif inilti, aralıklı ağlama	Çığlık, feryat, yüksek sesli sürekli
Solunum Şekli	Her zamanki alışılmış solunum	Değişken,düzensiz, her zamankinden hızlı, iç çekme	
Kollar	Kas, rijiditesi yok, sıklıkla gelişigüzel kol hareketleri	Gergin,düz kollar, sert ve/veya hızlı ekstansiyon/fleksiyon	
Bacaklar	Kas, rijiditesi yok, sıklıkla gelişigüzel bacak hareketleri	Gergin,düz bacaklar, sert ve/veya hızlı ekstansiyon/fleksiyon	
Uyanıklık Hali	Sessiz, huzurlu, uyuyor ve/veya sakin	Canlı, huzurlu ve sakinleştirilemeyen	
Değerlendirme	0-2 : Hafif yada Yok <input type="checkbox"/>	3-4 : Hafif-Orta <input type="checkbox"/>	>4 : Ciddi ağrı <input type="checkbox"/>

SİSTEM TANILAMASI

	08:00-16:00	16:00-24:00	24:00-08:00
Baş: Hidrosefali, kaput suksadenum, sefal hematoma, yara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boyun : Dermatit, tortikollis...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gözler: Akıntı, kızamıklık...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulak: Akıntı, şekil bozukluğu...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burun: Kanama, akıntı, yara...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağız: Pamukçuk, yarık dudak-damak, yara....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deri : Sarılık, soluk, alacalı, siyanoz, döküntü, peteşi, yara lezyon, pişik, ödem, bası yarası...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Göbek: Dümüş, kanama, kızamıklık, akıntı, kötü koku, ödem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solunum Sistemi: Öksürük, balgam, inleme, apne, takipne, hemoptiz, interkostal çekilme, sekresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KVS: Hipertansiyon, hipotansiyon, bradikardi, taşikardi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GİS: Distansiyon, ishal, kusma, hematemez, rezidü.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GÜS: Anüri, oligüri, poliüri, hematüri, mesane distansiyonu (glob), akıntı...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas-İskelet: Kırık, kontraktür, deformite, eklemelerde şişlik, kızamıklık, paraliz, Dört ekstremite dolaşımı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinir Sistemi: Konvülsiyon, jitermes fixdilate pupiller,tiz ağlama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflexler: Emme yok, yakalama yok, arama yok, moro yok, tek taraflı moro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	08-16							16-24							24-08										
	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	08
Baş/Vücut Banyosu																									
El-Yüz Bakımı																									
Göz Bakımı																									
Ağız Bakımı																									
Göbek Bakımı																									
Perine Bakımı																									
Povizyon Verme P/S																									
Çarşaf Değişimi																									
Ekstremitte Elevasyonu																									
Postural Drenaj																									
Rektal Uyarı																									
Ödem Kontrolü																									
Kanama Kontrolü																									
Aspirasyon																									
Oral Nazal ETT																									
ETT No ve Tüp Seviyesi																									
O2 Tedavisi Uygulama																									
Hipotermi Tedv. Kont																									
Fototerapi																									
Küvöz Isısı /Nem																									
Orogastrik Sond ve Seviyesi																									
IV Bölge Kontrolü																									

TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

Saat	Alarmlar	Humidifier HME	Solunum Devresi	Oksijen Sistemi	Balon Maske	Aspiratör ve Miz.	Bileklik	Küvöz	Küvöz Kapakları	Pencereler
08:00-16:00	Kontrol Edildi <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Açık <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Kapalı <input type="checkbox"/>	Kapalı <input type="checkbox"/>
16:00-24:00	Kontrol Edildi <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Açık <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Kapalı <input type="checkbox"/>	Kapalı <input type="checkbox"/>
24:00-08:00	Kontrol Edildi <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Açık <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Var <input type="checkbox"/>	Çalışır Durumda <input type="checkbox"/>	Kapalı <input type="checkbox"/>	Kapalı <input type="checkbox"/>

İZOLASYON DURUMU
VAR YOK

1- Damlalık
2- Temas
3- Solunum

KÜLTÜR SONUÇLARI
ÜREME VAR ÜREME YOK

1- Kan Kültürü
2- İdrar Kültürü

PERİYODİK BAKIMLAR	Takima Tarihi	Pansuman Değişim Tarihi	Yeri	NOTLAR
Periferik Venöz Kateter Bakımı (Branül)				
Santral Venöz Kateter Bakımı				
Göbek Kateteri Bakımı				
Stoma Bakımı				
Ekstravasyon Gelişen Bölge Bakımı				
Endotrakeal Tüp Bakımı/Vön Değişimi				
Üriner Kateter Bakımı				
Toraks Tüpü Takılması ve Bakımı				
CPAP Bakımı				
Diğer				
PERİYODİK DEĞİŞİMLER	Takima Tarihi	Değişim Tarihi	Yeri	NOTLAR
1 - IV Setler				
2 - Perfüzör Enj. ve Line				
3 - Ven Vafı				
4-.....				
Ventilatör Seti				
Üçlü Musluk				
İdrar Sondası				
Stoma Torbası				
Prop Değişimi				
OG/NG Değişimi				
HEMŞİRE NOTLARI				
08:00/16:00				
16:00-24:00				

