

YD.FR.06

26.04.2019

Revizyon No

Revizyon tarihi

1/2

BARKOD

Adı Soyadı:

Protokolü:

Doğum Tarihi:

Doğum Haftası:

Doğum Ağırlığı:

Boy:

Baş Çevresi:

Cinsiyet: K E

Anne Adı:

Nereden Geldiği:

Ev

Doğum Ünitesi

Ameliyathane Ünitesi

Dış Merkez

Bilgi Alınan Kişi:

Nasıl Geldiği:

112-Dr/Hemşire ve transport kuvöz ile

Ailesi ile

Personel ile

Ön Tanı:

Şikâyet:

Daha önce hastaneye yattı mı:

Evet

Hayır

Sürekli kullandığı ilaç var mı? :

K Vitamini

E

H

Hepatit B

E

H

Topuk Kanı:

E

H

Saat:

Ateş :

Nabız :

Solunum Sayısı:

TA:

SpO₂

Kuvöz hasta alımına uygun (temiz, çalışır durumda)

Kuvöz kapakları kapalı

Merkezi oksijen, aspirasyon, hava sistemi kullanımına hazır

Hasta yakınlarına servis bilgilendirme formu anlatıldı

Hasta güvenliği anlatıldı

Genel durum:	<input type="checkbox"/> Aktif	<input type="checkbox"/> Hipotonik
Deri:	<input type="checkbox"/> Soluk	<input type="checkbox"/> Pişik
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Siyanotik ikterik	<input type="checkbox"/> Ödem
	<input type="checkbox"/> Lezyon	<input type="checkbox"/> Ekimoz
	<input type="checkbox"/> Peteşi	<input type="checkbox"/> Döküntü
	<input type="checkbox"/> Kuruluk	<input type="checkbox"/> Diğer.....
Solunum:	<input type="checkbox"/> Hırıltı	<input type="checkbox"/> Dispne
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Öksürük	<input type="checkbox"/> İnleme
	<input type="checkbox"/> Taşipne	<input type="checkbox"/> Burun kanadı solunumu
	<input type="checkbox"/> Çekilme	

Baş:	<input type="checkbox"/> Ön Fontanel	<input type="checkbox"/> Kaput Suksadenum
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Arka Fontanel	<input type="checkbox"/> Sefal Hematom

Gözler:	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Diğer.....
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Akıntı	
Kulaklar :	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Diğer.....
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Akıntı	
Göbek:	<input type="checkbox"/> Düşmüş	<input type="checkbox"/> Kızarıklık
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Akıntı	<input type="checkbox"/> Diğer.....
	<input type="checkbox"/> Kanama	
Burun:	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Kanal artrezi
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Akıntı	<input type="checkbox"/> Diğer.....
Ağız:	<input type="checkbox"/> Yarık Damak	<input type="checkbox"/> Pamukçuk
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Yarık Dudak	
Konjenital anomali:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Kas-İskelet:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipertoni
	<input type="checkbox"/> Kırık-Çıkık	<input type="checkbox"/> Hipotoni
GİS:	<input type="checkbox"/> Kusma	<input type="checkbox"/> Kabızlık
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> İshal	<input type="checkbox"/> Distansiyon
		<input type="checkbox"/> Kolostomi/İleostomi
GÜS:	<input type="checkbox"/> Hematüri	<input type="checkbox"/> Akıntı
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anüri	<input type="checkbox"/> Ambiguous Genitale
		<input type="checkbox"/> Testisler Skrotumda
SSS:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Konvülziyon
		<input type="checkbox"/> Aktif
Refleksler:	<input type="checkbox"/> Emme	<input type="checkbox"/> Yakalama
		<input type="checkbox"/> Morro
Beslenme Şekli:	<input type="checkbox"/> Oral beslenmiyor	<input type="checkbox"/> OG ile besleniyor
	<input type="checkbox"/> Oral besleniyor	<input type="checkbox"/> PEG ile besleniyor