

<b>DH.FR.01</b>	<b>16.12.2017</b>	Revizyon No	Revizyon tarihi	1/1
Bebek Adı-Soyadı:				
Doğum Tarihi:				
Bebek Kan Grubu:		Direkt Coombs:		
Doğum Haftası:				
Doğum Kilosu:				
Doğum Boyu:				
Doğum BÇ:				
Çıkış Kilosu:				
Çıkış HCT/Bil:				
<b>İŞİTME TESTİ</b>				
Yapıldı <input type="checkbox"/>	Kaldı(Sağ Kulak/Sol Kulak) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Geçti(Sağ Kulak/Sol Kulak) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yapılmadı, randevu zamanı .....	

**TAKİP EDİLECEKLER**

1. 2 gün sonra poliklinik kontrolü
2. D vitaminine başlanacak (1 x 3 damla)
3. 1. Ayda kalça USG çekilecek

**Sonuç :**

Tarih: ...../...../20.....

Saat: .....

Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Şahit Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Onayı Alan Hekim (Kaşe, imza)