



YENİDOĞAN HASTA İLK DEĞERLENDİRME FORMU (Hemşire)

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ

■ Adı, Soyadı:	■ Hasta ID No:
■ Doğum Tarihi: ■ Yaş: _____ gün	■ Yatış Tarihi: ■ Saat:
■ Cinsiyet: ☐ E ☐ K	■ Çıkış Tarihi:
■ Adres:	■ Tel:

NAKİL BİLGİLERİ

■ Geldiği Bölüm/ Kurum ☐ YDÜ Hastanesi Doğum Ünitesi ☐ Dış Merkez: _____

☐ (Eğer YDÜ'nde doğan bebek ise Doğum Dosyasını ekleyip soygeçmiş sorgulaması bölümüne geçiniz)

☐ (Eğer Tedavi amaçlı yatan bebek ise soygeçmiş sorgulaması bölümüne geçiniz)

■ Nakil Şekli ☐ Ailesi ile ☐ Dr./Hemşire ve transport küvözü ile ☐ Dr. eşliğinde kot yatak ile

ÖN TANI:

ÖZGEÇMİŞ

_____ yaşında, G _____ P _____ A _____ K _____ Y _____ sağlıklı/ _____ anneden SAT'a göre _____ hft, USG'ye göre _____ hft, Ballarda göre _____ hft, gram, C/S / NSVY ile doğan bebek _____ ön tanısı ile YDYBÜ'ne yatırıldı.

SON GEBELİKTEKİ SORUNLAR

☐ Bebek Değerlendirme Formu'nda Son Gebelik Sorunları not edilmişti.

☐ Kronik hipertansiyon ☐ Preeklampsi ☐ Eklampsi ☐ Ablasyo plasenta ☐ Plasenta previa ☐ Gestasyonel DM ☐ DM ☐ Uteroplasental yetmezlik ☐ Sigara (miktarı) ☐ Alkol (miktarı) ☐ x-ray ☐ Koryoamniyonit ☐ Kalp hastalığı ☐ Anemi ☐ Otoimmün hastalık ☐ İYE ☐ Vajinit	Annenin kullandığı ilaçlar ve süresi: ☐ Ca ☐ Fe ☐ Vitamin ☐ Mg ☐ Ritodrin ☐ Antibiyotik Diğer: Anenin diğer sağlık sorunları: ☐ yok ☐ var: Düzenli izlem: ☐ yok ☐ var: nerede? Antenatal kanama: ☐ yok ☐ var, zamanı: _____ Serklaj ☐ yok ☐ var, zamanı: _____ Erken doğum tehdidi: ☐ yok ☐ var, zamanı: _____ Erken Membran Ruptürü ☐ yok ☐ var, zamanı: _____ Tokoliz: ☐ yok ☐ var, kullanılan ajan: _____ Hospitalizasyon: ☐ yok ☐ var, nerede, ne zaman, neden Antenatal steroid ☐ yok ☐ var, kaç doz? _____, kaç kür? _____, kaçınıcı hafta(lar)? _____ Üçlü tets: ☐ yok ☐ var, sonucu: _____
Anne serolojisi: HBV: Tokso plazma: HCV: HIV: CMV: Rubella: HSV:	Amniyosentez : ☐ yok ☐ var, sonucu: _____ Koryon villüs biyopsisi: ☐ yok ☐ var, sonucu: _____ Doppler sonucu: ☐ yok ☐ var, sonucu: _____ İnfertilite tedavisi: ☐ yok ☐ var: nedeni: _____ ne yapıldı: _____ Amniyotik sıvı volümü: ☐ bilinmiyor ☐ normal ☐ oligohidramnios ☐ polihidramnios Genetik testi ☐ yok ☐ var, sonucu: _____

■ Natal ► Gebelik Yaşı: _____ hafta
► Doğum Ağırlığı: _____ gr. Doğum Boyu: _____ cm.
Doğum Baş Çevresi: _____ cm.
► Doğum Şekli: ☐ Vajinal ☐ Sezaryen ☐ Apgar Skoru: 1.dk: _____ 5.dk: _____
10.dk: _____
► Mekonyum ☐ Yok ☐ Var ► İdrar: ☐ Yok ☐ Var : _____



YENİDOĞAN HASTA İLK DEĞERLENDİRME FORMU (Hemşire)

- Resüsitasyon: ☐ Yok ☐ Aspirasyon ☐ Taktil uyarı ☐ O2 ☐
PBV* (Balon+maske) ☐ Kalp masajı PBV(EE)* ☐ İlaç
► Profilaktik Sürfaktan Tedavisi: ☐ Yok ☐ Var: _____
► İnvazif Girişim: ☐ Yok ☐ Umb. Ven kateterizasyonu ☐ Transfüzyon
☐ Parasentez ☐ Torasentez ☐ Diğer: _____

- **Özgeçmiş Özeti:** ► Kullandığı İlaçlar: ☐ Yok ☐ Var: _____
► Geçirdiği Hastalıklar: ☐ Yok ☐ Var: _____
► Operasyon/Travma : ☐ Yok ☐ Var: _____
► Alerji: ☐ Yok ☐ Var: _____
► Rh Uyumsuzluğu: ☐ Yok ☐ Var ise Rhogam: ☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı
► K Vit: ☐ Yapıldı ☐ Yapılmadı: _____
► Aşı: ☐ Yapılmadı ☐ Yapıldı: _____
► TANDEM: ☐ Alınmadı ☐ Alındı: sonucu:.....
► YDYBÜ yatışı: ☐ Yok ☐ Var:
Yatış hikayesi var ise not bölümüne kısa öykü yazınız ve epikrizi hasta dosyasına ekleyiniz

■ **NOT:**

- **Postnatal** ► Beslenme: ☐ Yok ☐ Emzirilme ☐ Biberon: Anne sütü/ Formüla
► VA* artışı ☐ Yok ☐ Var : _____
► Sarılık ☐ Yok ☐ Var ☐ Fototerapi ☐ Yok ☐ Var

Not:

PBV: Pozitif Basıncılı Ventilasyon, EE: Endotrakeal entübasyon, GK: Göğüs Kompresyonu, NCPAP: Nazal CPAP, VA: Vücut Ağırlığı

SOYGEÇMİŞİ

- Anne Baba Akrabalığı: ☐ Yok ☐
Var: _____
■ Kardeş : ☐ Yok ☐
Var: _____
■ Aile Hastalık Öyküsü: ☐ Yok ☐
Var: _____
■ Kardeş Ölüm Öyküsü: ☐ Yok ☐
Var: _____
■ Kardeşlerde tedavi gerektiren yenidoğan sarılığı/herhangi bir hastalık oldu mu? ☐ Yok
☐ Var: _____

SİSTEM SORGULAMASI

- **Yaşam Bulguları :** ► Vücut Isısı: _____°C ► KTA: _____/dk ► Solunum Sayısı: _____/dk
► Kan Basıncı: _____/ _____mmHg ► SPO2 :% ► Vücut Ağırlığı: _____gr
- **Deri** ► Rengi: _____ Döküntü/lezyon ☐ Yok ☐ Var: _____
Ek bulgular: _____
- **Baş- Boyun** ► Gözler Akıntı: ☐ Yok ☐ Var: _____
► KBB Burun pasajları ☐ Açık ☐ Kapalı
► Ağız Moniliazis: ☐ Yok ☐ Var: _____
☐ Entübe ☐ Entübe Değil
- Ek bulgular: _____



YENİDOĞAN HASTA İLK DEĞERLENDİRME FORMU (Hemşire)

■ Göğüs	► Solunum Sistemi:	☐ Normal	☐ İnleme	☐ Çekilme
► Kardiyovasküler Sistem:	☐ Bradikardi (100/dk)	☐ Taşikardi	☐ Çekilme	
Ek bulgular:				
■ Karın	► Görünüm:	☐ Normal	☐ Distantü	☐ Çökük
	► Göbek:	☐ Normal	☐ Sarı-yeşil renkli	☐ Enfeksiyon Bulgusu (kızarıklık,akıntı)
Ek bulgular:				
■ Ürogenital	► Genital Organlar:	☐ Normal	☐ Ambigus genitale	
	► Anüs:	☐ Açık	☐ Atrezi	
		☐ İdrar Yaptı	☐ Mekonyum Yaptı	
Ek bulgular:				
■ Ekstremiteler	☐ Normal	☐ Deformite/anomali: _____	☐ Femoral nabızlar: ____/____	
Ek bulgular:				
■ Nörolojik M:	1. Konvülziyon	☐ Yok	☐ Var	
	2. İritabilite	☐ Yok	☐ Var	
	3. Tonüs Değerlendirmesi	☐ hipotonik	☐ Hipertonik	
	4. Ağrı:	☐ Yok	■ Yeri- Niteliği: _____ ■ Ağrı Puanı*: _____	
Ek bulgular:				

* Hastanın ağrısı Ağrı Yönetimi Prosedürü Doğrultusunda Uygun Skala Kullanılarak Puanlanır.

UYGULANMIŞ TEDAVİLER

GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

☐ Pembe kod önlemleri alındı (Ebeveyn birlikteliği, uyumsuzluk vb sorgulama)	
☐ Hasta kol bandı takıldı	
☐ Küvöz frenleri ve kapakları kapalı	☐ Gerekli Değil
☐ Katater uygun mesafede sabitlendi, arter ve ven işaretlenmesi var	☐ Gerekli Değil
☐ İntravenöz infüzyon pompası çalışır durumda, infüzyon ayarı doğru	☐ Gerekli Değil
☐ Mekanik ventilatör setleri ve nemlendiricisi kontrol edildi	☐ Gerekli Değil

DİĞER NOTLAR

BİLGİ VEREN KİŞİ		FORMU DOLDURAN HEMŞİRE	
Hasta Yakını (Belirtiniz): _____		Tarih: _____	
☐ Diğer (Belirtiniz): _____		Saat: _____	
■ Adı, Soyadı: _____		■ Adı, Soyadı: _____	
■ İmza: _____		■ İmza: _____	