MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

YENİDOĞAN BİLGİ FORMU

1.TANIMLAYICI BİLGİLER					
Anne Adı Soyadı:			Cinsiyet: Erkek ( ) Kız ( )		
Protokol No:			Kilo:		
Doğum Tarihi:	Saat:		Boy:		
Bileklik No:			Baş Çevresi:		
Annede Özellik:					
Apgar: 1. dk…… 5.dk……					
Canlandırma yapıldı mı Evet ( ) Hayır ( )					
2.YENİDOĞAN BAKIMI					
Göbek Klempleme ( ) Erken (<30 sn) Geç (>30sn) ( )		Göz Damlası ( )		K-vit(İ.M.) Enjeksiyonu ( )	
Hepatit B Aşısı ( )		Hepatit Ig(Gerekliyse) ( )		Ebe/Hemşire Parafı:	
Bebeği Teslim Eden Kişi ve İmzası		Bebeği Teslim Alan Kişi ve İmzası		Sevk edildi ( ) YDYB ( ) Anne Yanı ( )	
3.GÜNLÜK İZLEM					
Göbek Bakımı Eğitimi Veren Sağlık Personeli Parafı:					
Göbek Bakımı ( )		Aşı Kartı ( ) Ebe/Hemşire Parafı:			
Topuk Kanı 1.Gün Tarih ve Saat: 5.Gün Tarih ve Saat:		**İŞİTME TESTLERİ : .../.../.... Yapıldı ( ) / Yapılmadı ( )**			
4.EMZİRME					
Emzirme Eğitimi		Verildi ( )		Verilmedi ( )	
İlk Emzirme Zamanı	İlk Emzirme Yok ( )	Kolostrum 30 Dakika ( )	Kolostrum 60 dakika ( )	İlk 2 Saat ( )	2 Saatten Fazla ( )
Annenin Kullandığı Özellikli ilaçlar	Var ( ) Belirtiniz:	Yok ( )	**(VAR İSE YENİDOĞAN BİRİMİNE DANIŞINIZ)**		
Annenin Emzirme İsteği		Var ( )		Yok ( )	
Emzirme Tekniği		Doğru ( )		Yanlış ( )	
Annenin Bebeği Tutuşu		Doğru ( )		Yanlış ( )	
Meme Ucu Sorunları		Var ( )		Yok ( )	
Bebeğin Emme Refleksi		Var ( )		Yok ( )	
Bebeğin Memeyi Kavraması		Doğru ( )		Yanlış ( )	
Elle Sağma Eğitimi		Var ( )		Yok ( )	
Oksitosin Masajı Eğitimi		Var ( )		Yok ( )	
Sadece Anne Sütü	Anne Sütü + Formül Gıda	Sadece Formül Gıda	Endikasyon gereği Formül Gıda ( ) 1.Kez ( ) 2.Kez ( ) 3.Kez	Formül Gıda Miktarı	
Bebek Gaita Çıkışı	Var ( )	Yok ( )	**(İlk 24 Saatte Değerlendiriniz)**		
Bebek İdrar Çıkışı	Var ( )	Yok ( )	**(İlk 6 Saatte Değerlendiriniz)**		
Ten Tene Temas	**Yok**	**0-1 Saat**	**1-2 Saat**	**2 Saatten Fazla**	
5.HEMŞİRE NOTLARI					