

ÇOCUK YATAN HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

ÇYB.FR.03	16.02.2018	Rev00	Revizyon Tarihi	1/11
------------------	-------------------	--------------	------------------------	-------------

HASTANIN KİMLİK ve İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adı Soyadı:	Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):...../...../.....	Cinsiyet: ☐ K ☐ E
Protokol No:.....	TC Kimlik No:.....	Bilim Dalı:
Uyruğu: ☐ T.C. ☐ Diğer	Dili:.....	
Sosyal Güvence: ☐ GSS	☐ Ücretli ☐ Özel Sağlık Sigortası	☐ Diğer.....
Anne Adı:.....	Baba Adı:	
Bilgi Kaynağı:..... Kendisi	☐ Yakını (Adı Soyadı).....	☐ Bilgi vermeyi kabul etmiyor

Adres:	Acil Durumda Ulaşılabilecek Kişi ve Telefon No: (2 adet aktif telefon numarası alınacak)
--------	--

İzlediği Poliklinik:	İzleyen Ekip:
----------------------	---------------

Gün İçinde Başvurduğu Bölümler:

Kaçıncı Başvuru:	Açıklamalar:
İzlem Süresi:	

İzlendiği Bilim Dalları:

HASTANIN YAKINMASI:

HASTANIN ÖYKÜSÜ:

ÖZGEÇMİŞ:

PRENATAL	Gebelik süresi:.....hafta	Matür ☐ Prematür ☐
	Annedeki risk faktörleri (Beslenme, Sigara, Alkol, Travma, Erken Membran Ruptürü, Kanama, Kan Uyuşmazlığı, Radyasyon, ilaç):.....	

NATAL	Doğum Tipi: ☐ NSVD ☐ C/S	Doğum yeri: ☐ Evde ☐ Hastanede
	Doğar doğmaz ağladı mı? ☐ Evet ☐ Hayır	Doğumda rengi: ☐ Mor ☐ Beyaz ☐ Normal
	Canlandırma: ☐ Yapılmadı ☐ Yapıldı (Tipini ve süresini belirtiniz) ☐ CPR ☐ PBV ☐ İlaç	
	Doğum ağırlığı:.....gr	Boy:cm
	Baş Çevresi:cm	Malformasyon:

POST NATAL	Sarılık: ☐ Yok ☐ Var ise: ☐ Kaçınıncı gün başladı:	☐ Ne kadar sürdü:	☐ Fototerapi
	İlk ay geçirilen hastalıklar:		☐ Excinarpe
	İlk ay hastaneye yatış:.....		

BESLENME	Süt Çocukluğu	☐ Anne sütü	☐ Adapte süt	☐ İnek sütü
		☐ Sebze çorbası	☐ Meyve suyu	☐ Muhallebi
		☐ Yumurta	☐ Et	☐ Diğer
	Halen	☐ Sabah		
		☐ Öğle		
		☐ Akşam		

MENTAL MOTOR GELİŞME	Baş tutma	Desteksiz oturma	Emekleme	Yürüme
	Tek kelimeler	Kısa cümle	Konuşma Bozukluğu	
	İdrar kontrolü	Dışkı kontrolü	Enüresiz/İnkontinas ☐ Yok ☐ Var	
	Emosyonel Durum.....		Okul Başarısı ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü	

D vitamini profilaksisi: ☐ Hayır ☐ Evet (.....yaş) Demir tedavisi ve profilaksisi: ☐ Hayır ☐ Evet (.....yaş)

AŞILAR

Hastanın aşıları tam mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Eksik aşıları belirtiniz ☐ Özel aşı (belirtiniz.....)

Aşılar	Tarih	Aşılar	Tarih
BCG		Hepatit B	
DBT polio		Hepatit A	
HIB		MMR	
Rota virüs		Pnomokok	
Suçiçeği		İnfluenza:	

Diğer.....

Yenidoğan döneminde tarama yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır TSH: ☐ Evet..... ☐ Hayır Fenilketonüri: ☐ Evet..... ☐ Hayır

ALİŞKANLIKLAR ☐ Yok ☐ Var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.							
Sigara:	☐ Yok ☐ Var	paket/yıl	☐ Önceden Kullanma Durumu:.....	Süre:.....			
Alkol:	☐ Yok ☐ Var	ise açıklayınız	☐ Önceden Kullanma Durumu:.....	Miktar:...../gün			
Madde bağımlılığı:	☐ Yok ☐ Var	ise açıklayınız	☐ Önceden Kullanma Durumu:.....	Süre:.....			
Bıraktı ise bıraktığı yıl (herbiri için ayrı ayrı)				Miktar:...../gün			
					Süre:.....		
					Miktar:...../gün		
GEÇİRİLEN/DEVAM EDEN HASTALIKLAR							
☐ Geçirilmiş hastalık yok				☐ Geçirilmiş hastalık var			
☐ Enfeksiyon hastalıkları (☐ Üst solunum yolu ☐ Alt solunum yolu ☐ Akciğer ☐ Üst üriner sistem ☐ Alt üriner sistem ☐ Diğer.....)							
☐ Genitoüriner sistem hastalıkları ☐ Endokrin hastalıklar ☐ Diyabet ☐ Troid ☐ Deri Hastalıkları							
☐ KBB hastalıkları (☐ LFR) hastalıkları ☐ Diş hastalıkları ☐ Kronik akciğer							
☐ Gastrointestinal sistem (☐ Enterit ☐ Hepatit ☐ Reflü ☐ Konstipasyon ☐ Diğer.....) ☐ Göz hastalıkları							
☐ Hematolojik hastalık ☐ Kalp Damar hastalıkları ☐ Ortopedik problem							
☐ Böbrek hastalıkları ☐ Onkoloji							
☐ Konjenital anomali ☐ Paraziter Hastalık:							
Diğer:							
GEÇİRİLEN AMELİYATLAR: ☐ Yok ☐ Var Varsa aşağıdaki bölümü doldurunuz.							
Ameliyatın Adı		Tarih		Ameliyat Olduğu Kurum			
KULLANMAKTA OLDUĞU İLAÇLAR							
Kullanmakta olduğu ilaçlar: ☐ Yok ☐ Var ☐ Bilgi alınmadı							
İlaçları yanında: ☐ Yok ☐ Var ☐ Kullanılmayan ilaçları aileye teslim edildi							
İlaçların düzenli kullanımı: ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hemşire tarafından teslim alındı							
☐ Hastanın yanında getirdiği ilaçlar “Hastanın Getirdiği İlaçların Kontrolü Formu”na kayıt edildi.							
Kullanılan ilacın adı	Doz	Sıklık	Son doz saati	Kullanılan ilacın adı	Doz	Sıklık	Son doz saati
ALERJİ/ALERJİK HASTALIK ÖYKÜSÜ							
Hastanın bilinen ilaç, yiyecek, lateks vb. alerjisi var mı? ☐ Yok ☐ Var							
Hastanın bilinen alerjik hastalığı var mı? (astım, bronşit, atopik dermatit vb.) ☐ Yok ☐ Var							
Varsa aşağıdaki bölümü doldurunuz							
İlaç / Diğer:				Reaksiyon:			
İlaç / Diğer:				Reaksiyon:			
İlaç / Diğer:				Reaksiyon:			
SOYGECMİŞ							
Anne yaşı:	Özellik	☐ Yok	☐ Var	(Varsa derecesi):			
Baba yaşı:	Özellik	☐ Yok	☐ Var				
Akrabalık:	☐ Yok ☐ Var	☐ Yok ☐ Var					
Kardeş sayısı:	Özellik	☐ Yok	☐ Var				
Ailede benzer hastalık:		☐ Yok	☐ Var				
Gebelik Bilgisi:							
Gebelik sayısı:..... ☐ Düşük ☐ Küretaj ☐ Sezaryen ☐ Normal doğum							
Ailede/Yakın Çevrede Hastalık:							
☐ Tüberküloz ☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ ASKH							
☐ Dislipidemi ☐ Guatr ☐ Kanser ☐ Diğer.....							
Ailenin Sosyo-Kültürel Düzeyi:							
Aile yapısı: ☐ Çekirdek ☐ Geniş aile							
Anne eğitim durumu: ☐ Okur yazar değil ☐ Okur yazar ☐ İlk öğretim ☐ Lise ☐ Üniversite				Baba eğitim durumu: ☐ Okur yazar değil ☐ Okur yazar ☐ İlk öğretim ☐ Lise ☐ Üniversite			
Anne çalışıyor mu? ☐ Hayır ☐ Evet ise mesleği:.....				Baba çalışıyor mu? ☐ Hayır ☐ Evet ise mesleği:.....			
Anne – Baba Ayrılığı ☐ Var ☐ Yok Annenin medeni durumu: ☐ Bekar ☐ Evli Babanın medeni durumu: ☐ Bekar ☐ Evli							

SİSTEM SORGULAMASI									
BAŞ BOYUN:									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz									
Baş:		☐ Saç dökülmesi ☐ Kırpık dökülmesi ☐ Kaş dökülmesi ☐ Saçta konak ☐ Bıngıldağın kapanmaması ☐ Baş ağrısı ☐ Kafa travması ☐ Baş dönmesi ☐ Diğer.....			Boyun:		☐ Boyunda ağrı ☐ Guatr ☐ Boyunda şişlik ☐ Diğer.....		
Kulak:		☐ İşitme kaybı ☐ İşitme farklılığı ☐ Kulakta çınlama ☐ Kulak akıntısı ☐ Kulakta kaşıntı ☐ Kulakta yabancı cisim ☐ Diğer.....			Ağız/Boğaz:		☐ Aft ☐ Dilde yara ☐ Ağız kokusu ☐ Geniz ☐ akıntısı ☐ Diş eti problemi ☐ Diş çürüğü ☐ Dişte eksiklik ☐ Ses ☐ Kısıklığı ☐ Dudakta çatlama/yara ☐ Yutma güçlüğü ☐ Sık tekrarlanan ağız-boğaz enfeksiyonu ☐ Diğer.....		
Göz:		☐ Görme kaybı ☐ Gözde kuruluk ☐ Göz ağrısı ☐ Göz akıntısı ☐ Çift görme ☐ Kırmızı göz ☐ Bulanık görme ☐ Şaşılık ☐ Göz kapaklarında şişlik ☐ Göz kapağı düşüklüğü ☐ Gözde sarılık ☐ Diğer.....							
Burun:		☐ Burun akıntısı ☐ Burun kanaması ☐ Koku alma problemi ☐ Burunda yabancı cisim ☐ Diğer.....			Çene:		☐ Ağrı ☐ Hareket problemi ☐ Diğer.....		
SOLUNUM SİSTEMİ:									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz. ☐ Nefes darlığı ☐ Balgam çıkarma ☐ Kanlı balgam ☐ Morarma ☐ Öksürük ☐ Hırıltılı-hışıltılı solunum ☐ Göğüs kafesinde şekil değişikliği ☐ Diğer.....									
KARDİYOYASKÜLER SİSTEM:									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz. ☐ Göğüs ağrısı ☐ Hipertansiyon ☐ Çarpıntı ☐ Bayılma ☐ Ortopne ☐ Ortostatik Hipotansiyon ☐ Diğer.....									
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM:									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz. ☐ Karında şişlik ☐ Hazımsızlık ☐ Kabızlık ☐ Ağıza sıvı gelmesi ☐ İştahsızlık ☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ İshal ☐ Karın ağrısı ☐ Kilo alamama ☐ Melana ☐ Kanlı dışkılama ☐ Kanlı kusma ☐ Kasıkta kitle ☐ Kasıkta şişme ☐ Kaşıntı ☐ Sarılık ☐ Safralar taşı ☐ Diğer.....									
GENİTO ÜRİNER SİSTEM:									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz. ☐ Dizüri ☐ Taş hikayesi ☐ Penil yara ☐ Vajinal kanama ☐ Dismenore ☐ Poliüri ☐ Yan ağrısı ☐ Penil akıntı ☐ Vajinal akıntı ☐ Diğer..... ☐ Hematüri ☐ Penil kaşıntı ☐ Vajinal kaşıntı ☐ Nokturi ☐ Testis şişliği ☐ Vajinal yara ☐ İdrar kaçırma ☐ Testis ağrısı ☐ Adet düzensizliği									
NÖROLOJİK SİSTEM:									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz. ☐ Bilinç bozukluğu ☐ Ataksi ☐ Ateşli nöbet ☐ Baş dönmesi ☐ Yürüyememe ☐ Bilinç kaybı ☐ Güçsüzlük ☐ Ateşsiz nöbet ☐ Disartri ☐ Diğer.....									
ENDOKRİN SİSTEM:									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz. ☐ Terleme ☐ Aşırı şişmanlama (.....kg) ☐ Büyüme geriliği ☐ Boy kısalığı ☐ Titreme ☐ Aşırı zayıflama (.....kg) ☐ Kıllanma artışı ☐ Diğer.....									
MEME:									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz. ☐ Memede ağrı ☐ Memede akıntı ☐ Memede kitle ☐ Memede büyüme ☐ Meme görünümünde değişiklik ☐ Diğer.....									
EKSTREMİTE:									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz. ☐ Isı artışı ☐ Soğukluk ☐ Renk değişimi ☐ Ödem ☐ Eklemde ağrı ☐ Eklemde şişlik ☐ Ekstremitte ağrısı ☐ Duyu kaybı/değişikliği ☐ Tırnak/tırnak yatağı problemi ☐ Diğer.....									
DERİ:									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz. ☐ Renk değişikliği ☐ Kaşıntı ☐ Ciltte kuruluk ☐ Sarılık ☐ Ciltte yara ☐ Ciltte döküntü ☐ Sivilce ☐ Diğer.....									

RUHSAL DURUM:									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz									
BAŞ-BOYUN-GÖZ-KULAK-DUDAK-BOĞAZ-AGIZ-DİŞLER-BOĞAZ Dikkat eksikliği ve hiperaktivite ☐ İlgi-istek kaybı ☐ Saplantı-Zorlama									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz. ☐ Korkular ☐ Algi bozukluğu ☐ Sinirlilik									
FİZİK MUAYENE	Şekil ☐ Normal ☐ Anormal	Sinüs duyarlılığı ☐ Yok ☐ Var							
	Yüz Görünümü ☐ Normal ☐ Anormal	Kraniyotabes ☐ Yok ☐ Var							
	Troid ☐ Normal ☐ Anormal	Arter-ven dolgunluğu ☐ Yok ☐ Var							
Ağırlık:.....	Kontanel persantil cm	Solunum sayısı:...../dk	Anne boy:.....						
Boy:.....	Şekil-konumu persantil ☐ Normal ☐ Anormal	Kardiyak nabız ☐ Normal ☐ Anormal	Pupiller: ☐ Eş boyutta ☐ Eş boyutta değil	Bakış ve akomodasyona reaktif					
Baş çevresi (cm):.....	Oküler hareketler ☐ Normal ☐ Anormal	Kan basıncı:.....mmHg	Nistagmus ☐ Yok ☐ Var	Hedef boy:.....					
	Konjunktiva ☐ Normal ☐ Anormal		Iris ☐ Normal ☐ Anormal	Değil.....					
Vücut kitle indeksi:.....	persantil ☐ Yok ☐ Var	Vücut sıcaklığı:...../°C	Otoskopik bakı ☐ Normal ☐ Anormal						
Bilinç:.....	İzlem-konpoz, oryante, aktif, cevap ile ilgili ☐ Var ☐ Stupor	Somnolans	Prekoma	Koma	GKS:.....				
AĞRI DEĞERLENDİRMESİ ☐ Yok ☐ Var									
AĞIZ BOĞAZ	Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan skalayı ve ağrı şiddetini belirleyiniz: ☐ Anormal								
	Dudaklar ☐ Normal ☐ Anormal								
	Adenoid ☐ Yok ☐ Var								
	Dişler ☐ Normal ☐ Anormal								
Ağrının Yeri: ☐ Normal ☐ Anormal									
Ağrı Şiddeti: ☐ Normal ☐ Anormal									
AKCİĞER – KARDİYOVASKÜLER									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz.									
Solunum tipi ☐ Torakal ☐ Abdominal ☐ Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor ral-ronkus									
yok ☐ Numerik Skala									
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
Perküyasyon 1-2 Çok az 3-4 Biraz 5-6 Orta 7-8 Güçlü 9-10 Dayanılmaz									
Oskültasyon ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Dayanılmaz									
Kalp ritmi ☐ Normal ☐ Anormal									
Kalp sesleri ☐ S1 – S2 Normal; ek ses yok üfürüm yok, sinüs ritminde ☐ Anormal									
KARIN									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz.									
NİPS AĞRI DEĞERLENDİRME SKALASI									
İnspeksiyon ☐ Normal ☐ Anormal 1									
Oskültasyon ☐ Normal ☐ Anormal 2									
Palpasyon/perküyasyon ☐ Normal ☐ Anormal									
Hepatomegali ☐ Yok ☐ Var									
Splenomegali ☐ Yok ☐ Var									
Traube ☐ Açık ☐ Kapalı									
Asit ☐ Yok ☐ Var									
Ağlama ☐ Yok ☐ Sakin ☐ Var									
Defans ☐ Yok ☐ Var									
Rebound ☐ Yok ☐ Var									
Suprapubik hassasiyet ☐ Yok ☐ Rahat-no ☐ Var									
Diğer									
GENİTAL BÖLGE									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz.									
ERKEK									
Testisler skrotumda ☐ Hayır ☐ Evet									
Puberte evresi ☐ Hayır ☐ Evet									
Sünnetli ☐ Hayır ☐ Evet									
Uyanıklık Durumu ☐ Yok ☐ Var									
NİPS Ağrı Skalası Değerlendirmesi									
ANAL BÖLGE									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz.									
İNSPEKSİYON ☐ Normal ☐ Anormal									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz.									
İSKELET SİSTEMİ									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz.									
Normal ☐ Anormal									
Parmaklar:.....									
Tırnaklar:.....									
Ödem:.....									
Saçlar									
LENF BEZLERİ (Lokalizasyon – Boyutu – Kıvamı – Niteliği)									
Patolojik Bulgu ☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz									

PATOLOJİK DEĞERLENDİRME					
Patolojik Bulgu		☐ Yok ☐ Var ise belirtiniz.			
Bilinç					
Kraniyal sinirler					
Tendon refleksleri					
Yüzeyel refleksler					
Patolojik refleksler					
Duyu incelemesi					
İstemsiz hareketler					
Serebellar sistem					
Göz dibi bakısı					
Kas tonusu					
Kas gücü					
Atrofi – Hipertrofi		☐ Yok	☐ Var		
Ense sertliği		☐ Yok	☐ Var		
Kernig		☐ Yok	☐ Var		
Brudzinski		☐ Yok	☐ Var		
PATOLOJİK BULGULARIN ÖZETİ					
ÖN TANI:					
İSTENEN TETKİK VE KONSÜLTASYONLAR/					
Laboratuvar:					
Görüntüleme bulguları:					
Konsültasyonlar:					
Ameliyat yapıldı ise:					
Ameliyat yapıldığı bölüm, doktor ismi, tarih:					
Ameliyat raporu:					
Patoloji raporu:					
KESİN TANI / TANILAR:			ICD -10:		
Önerilen tedavi:					
Klinik seyir ve izlem:					
Hastanın eğitim alması gerekli mi? ☐ Hayır ☐ Evet (Evet ise verilen eğitimleri belirtiniz)					
Kontrol randevusu: ☐ Verilmedi ☐ Verildi Tarih ve saat:.....Bölüm:.....					
Kontrolde yapılması gerekenler:					
Yorum:					
ÖZELLİKLİ / YÜKSEK RİSKLİ HASTA SINIFLAMASI					
Özellikli/Yüksek riskli hasta grubunda mı? ☐ Hayır ☐ Evet ise işaretleyiniz:.....					
☐ Diyaliz hastası		☐ Diyabet Tip I		☐ Diyabet Tip II	
☐ Suistimal-ihmal kurbanı		☐ Transfüzyon hastası		☐ Kemoterapi/radyoterapi kullanan hasta	
☐ Mental bozukluk		☐ Madde-ilaç bağımlısı		☐ Enfekte hasta	
☐ Diğer.....		☐ İmmün yetmezlikli hasta		☐ Kısıtlama gerekli hasta	
☐ Çocuk istismarı veya ihmali şüphesi var mı?		☐ Hayır		☐ Evet ise Adli Olgu İşleyişi doğrultusunda bildirim yapınız.	
☐ Gebelik		☐ Psikolojik		☐ İmmün süpresif tedavi alma	
DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN HEKİM/					
Adı Soyadı:			Tarih:		
İmza:			Saat:		
Bu bölüm TABURCULUK sırasında doldurulacaktır.					
Taburcu Tarihi:/...../.....			Saat:.....		
Hastanın sonucu:			☐ Tam iyileşme ☐ Düzelme ☐ Haliyle ☐ Exitus		
Beslenme Önerileri:					
Kullanacağı ilaçlar:					
İlaç Adı	Doz	Sıklık	İlaç adı	Doz	Sıklık

BARKOD

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

Saat:.....

Taburcu Eden Hekim:

İmza:

İMMUNOLOJİK DEĞERLENDİRME

İMMUNGLİBİLİLER	TARİH →			TARİH →			LENFOSİT PANEL	TARİH →			TARİH →		
	İgC			spesİgE				CD-3 %			CD-4/CD-3		
	İgA			C3				CD-19 %			MK %		
	İgM			C4				CD-4 %			CD-3+HLA OR+		
	İgE			PPD				CD-8 %					

OTOANTİKORLAR	TARİH →			TARİH →			TARİH →		
	ANA			AGA İgA/M			TTG İgA		
	Anti DNA			AGA İgA/m			AMA		
	Anti Smith			ASMA			LKM		
	AMA			AKA İgM			D. Commbs		
	ANCA			AKA İgA			İndirekt Commbs		
	Anti			Anti T			RF		
	Ana Profil			Anti M			ASO		

HORMONLAR

	TARİH →			TARİH →			TARİH →		
T4									
F-T4									
T3									
F-T3									
TSH									

İLERİ İNCELEMELER

	TARİH →			TARİH →			TARİH →		
CU				Haptoglobulin			HgbA 1C		
				Prealbumin			Amilaz		
Vit B12				Apo A			Lipaz		
Folik asit				Apo B			Aldolaz		
Mn				ALP56			Ter testi		
Al				A1AT			Laktik Asit		
Çinko				Ürik Asit			Pürivik Asit		
Fe				Osmolorite					
TDBK				Amonyak			G6FD		
TSH				CEA 19-8			AFP		
BUN							CEA - 125		
Trigliserid									
Kolesterol									

TARİH 									
HEMOGRAM	WBC								
	RBC(mm3)								
	Hb (g/dl)								
	Htc %								
	MCV								
	RDW								
	Absolut Nötrofil Sayısı								
	Retikülosit								
	PLT (mm3)								
	YAYMA	% PNL							
% Lenfosit									
% Monosit									
% Eosinofil									
Morfoloji									
A.F.R.	ESR								
	CRP								
	SAA								
	Ferritin								

TARİH →									
BİYOKİMYA	İYON	Na							
		K							
		Cl							
		Ca							
		P							
		Mg							
	ENZİM	AST							
		ALT							
		ALP							
		GGT							
		CK/CK-MB							
		LDH							
	T.BİL./D.BİL.								
	T.Prot./Alb.								
	Glukoz								
	Üre								
	Kreatinin								

TARİH →									
KANAMA	PZ								
	APTZ								
	INR								
	D-Dimer/Fibrinojen								
	Mixing								

BARKOD

KAN GAZI									
TARİH	pH	pCO ₂	pO ₂	Htc.	Laktik Asit	HCO ₃	Baz Açığı	Saturasyon	Yorum

MİKROBİYOLOJİ	TARİH	MATERYAL	SONUÇ ANTİBİYOGRAM						
SEROLOJİ	TARİH →			TARİH →			TARİH →		
	Anti HAV IgM			CVIV IgM			Mycoplasma IgM		
	Total Anti HAV			CMV IgG			Mycoplasma IgG		
	HBs			EBV IgM			HSV IgM		

	Anti HBs			EBV IgG			HSV IgG		
	Anti HBs IgM			Anti EA IgM			HIV 1+2		
	Anti HBc Total			Anti EA IgG			Grup Agglünitasyon		
	HbcAg			Parvo IgM			H.Pylort IgG		
	Anti Hbs			Parvo IgG			Dışkıda H.Pylori		
	HBV DNA			Rubella IgM			CM/Antigeneml		
	Anti HVC IgM			Rubella IgG					
	Anti HVC IgG			Toxo IgM					
	HVC RNA			Toxo IgG					
	Anti HDV			Lyme					
	VDRL / RPR								

ÇOCUK YOĞUN BAKIM HEKİM GÖZLEM FORMU

ÇYB.FR.03	16.02.2018	-	-	11/11
-----------	------------	---	---	-------

Hastanın Adı Soyadı:	Cinsiyet: ☐ K ☐ E
Protokol Numarası:	TC Kimlik No:
Doğum Tarihi:	Yattığı Bölüm:

TANI:

TARİH	Adı Soyadı / İmza	HEKİM GÖZLEM NOTU
		3