|  |
| --- |
| **YENİDOĞAN VERİ TOPLAMA FORMU**\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. |
| 1. **TANITICI BİLGİ**
 |
| Anne Adı Soyadı |  | **Cinsiyeti: ( ) Kız ( ) Erkek** |
| Doğum Tarihi/ Saati : |  | Tanısı: |  |
| Boyu: |  | Göz bakımı: |  |
| Kilosu: |  | K vit: |  |
| Baş Çevresi: |  | Hepatit B aşısı: |  |
| Vücut Isısı: |  | Ayak izi : |  |
| Nabız Hızı: |  |  |  |
| Solunum Sayısı: | YOK |  | Bileklik No  |  | Rengi |
|  |  |  | Topuk kanı alındı mı: |  |
| APGAR skoru | 1. dakika
 |  | 5. dakika |  |
| Yenidoğan Resüsitasyonu Gerekti mi? | Hayır | Evet  | Evetse girişimler |  |

|  |
| --- |
| **B-YENİDOĞANIN FİZİKSEL MUAYENESİ** |
| Genel Görünüm (Aktif, Hipoaktif, Sakin, Huzursuz, Ağlamalı…) |
| Deri (Vernikskazeoza, Lanuga, Ekimoz, Peteşi, Sarılık…..) |
| Baş (Sefalhematom, Kaput Suksadenum, Fontonellerin Durumu) |
| Yüz (Normal/ Anormal Görünüm) |
| Göz (Konjunktivit, Sklerada Sarılık….) |
| Kulak (Hizası, Akıntı….) |
| Boyun (Tortikolis….) |
| Ağız (Yarık Dudak, Damak….) |
| Memeler (Areola Oluşmuş-Oluşmamış, Kızarıklık, Şişlik, Dolgunluk….) |
| Karın (Göbek Kordonu, Herni….) |
| Kalça (Doğuştan kalça çıkığı (DKÇ)….) |
| Genitoüriner Sistem: Normal, Akıntı, Testisler (İnmiş- İnmemiş), İdrar (Normal, Azalmış, Artmış)Anomali ….) |
| Anüs (Anal Atrezi….) |
| Ekstremiteler (Polidaktili, Sindaktili….) |
| Gastrointestinal Sistem: Normal, Mekonyum, Kusma, Distansiyon, Konstibasyon, İshal, Melena, Barsak Sesleri (Normal, Azalmış, Artmış ) Karında Duyarlılık, Sertlik, …….. |
| Merkezi Sinir Sistemi: Tremor, Konvülsiyon, Spina Bifida, Refleksler (Emme, Arama, Yakalama, Moro), Ense Sertliği……… |
| Diğer |

|  |
| --- |
| **C-NÖROMÜSKÜLER DEĞERLENDİRME** |
| **PARAMETRE** | **VAR** | **YOK** |
| Arama-Emme Refleksi |  |  |
| Moro Refleksi |  |  |
| Glabella Refleksi |  |  |
| Çekme (Traksiyon) Refleksi |  |  |
| Tonik-boyun Refleksi |  |  |
| Gallant Refleksi |  |  |
| Yakalama Refleksi |  |  |
| Babinski Refleksi |  |  |
| Stepping (adımlama) Refleksi |  |  |

|  |
| --- |
| **ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ** **EBE BAKIM PLANI FORMU** |
| **Öğrencinin Adı Soyadı:** |  | **Bakım Alan Kişinin Adı Soyadı:** |
| **Tarih:** |  |
| **FSÖ** | **Tanı**  | **Beklenen Sonuçlar (NOC)** | **Planlanan Ebelik Girişimleri** | **Uygulanan Girişimler (NIC) (+/-)** | **Değerlendirme**  |  |
|  **ALAN** |  |  |  |  |  |

Sorumlu Öğretim Üyesi/Klinik Sorumlu Ebesi

İmza