

**EK - 7**  
**T.C. Sağlık Bakanlığı**  
**Yenidoğan Sevk ve Nakil Formu**

<b>HASTAYA AİT BİLGİLER</b>			
Hastanın Adı/Soyadı: _____		TC Kimlik No: _____	
Cinsiyeti: _____		TC Kimlik No: _____	
Anne Adı: _____		TC Kimlik No: _____	
Baba Adı: _____		_____	
Adres _____			
Tel/Cep Tel: _____		Tel/Cep Tel: _____	
Hasta ile birlikte giden yakını: _____			
<b>TIBBİ BİLGİLER</b>			
Doğum Tarihi: _____		Gestasyon haftası: _____	Doğum tartısı: _____
Düzeltilmiş yaşı: _____		Mevcut tartısı: _____	Kan grubu: _____
Doğum şekli: NSD <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Acil Sectio <input type="checkbox"/> Elektif sectio: <input type="checkbox"/>			
Apgar 1. dak: _____		5. dak: _____	
Doğumda resüsitasyon: _____			
Sürfaktan: _____ Cinsi: _____		Doz: _____	Zaman: _____
Klinik Özet: _____			
_____			
_____			
Tanılar/sorunlar: Tıbbi: 1) _____		Cerrahi: 1) _____	
2) _____		2) _____	
3) _____		3) _____	
4) _____		4) _____	
5) _____		5) _____	
Konjenital anomaliler: _____		<b>Transfer nedeni:</b> _____	
Anne/bebekte enfeksiyon: _____		İleri merkeze sevk: _____	
		Cerrahi merkeze sevk: _____	
		Geri merkeze sevk: _____	
		Konsültasyon: _____	
		Görüntüleme: _____	
		Diğer: _____	
<b>SEVK ÖNCESİ DEĞERLENDİRME</b>			
Küvöz <input type="checkbox"/>		Radyan Isıtıcı <input type="checkbox"/>	Beşik <input type="checkbox"/>
Vücut ısısı: _____			
IV sıvılar Cinsi: _____ ml/saat _____		Yer: _____	IV Sıvısı yok <input type="checkbox"/>
1) _____			
2) _____			
3) _____			
<b>Baş-boyun</b> Sorun yok <input type="checkbox"/>		Kaput <input type="checkbox"/>	S. Hematom <input type="checkbox"/>
Yarım damak/dudak <input type="checkbox"/>		Kitle: _____	Fontanel: _____
Konal atrezi <input type="checkbox"/>		Sütürler: _____	Diğer: _____
<b>Deri</b> Sarılık <input type="checkbox"/>		Siyanoz <input type="checkbox"/>	Döküntü <input type="checkbox"/>
Alacalı <input type="checkbox"/>		Soluk <input type="checkbox"/>	Pletorik <input type="checkbox"/>
Ekimoz/morarma <input type="checkbox"/>		Diğer: _____	Öneriler: _____
<b>Solunum:</b> Sorun yok <input type="checkbox"/>		Taşipne <input type="checkbox"/>	İnleme <input type="checkbox"/>
Spontan <input type="checkbox"/>		Nazal CPAP <input type="checkbox"/>	Mek. Ventilasyon: <input type="checkbox"/>
FiO2: _____		Basınç: _____	Basınçlar: _____
SO2: _____		ET tüp no/cm: _____	ET tüp no/cm: _____
Kan gazı: pH: _____		PCO2: _____	PO2: _____
Akciğer grafisi: _____		Göğüs tüpü (cm): _____	BE: _____
<b>Dolaşım</b> Sorun yok <input type="checkbox"/>		KTA: _____	Üfürüm: _____
Kan Basıncı: _____		Periferik: _____	Kapiller doluş > 3": _____
Kateter: UV <input type="checkbox"/>		UA <input type="checkbox"/>	Öneriler: _____
<b>Ekstremiteler:</b> Sorun yok <input type="checkbox"/>		Anomali: _____	
Ödem: _____		Sıcak <input type="checkbox"/>	Soğuk <input type="checkbox"/>
Karın Sorun yok <input type="checkbox"/>		Gergin <input type="checkbox"/>	Çökük <input type="checkbox"/>
Renk değişikliği: _____		İdrar: _____	Gaita: _____
<b>Nöroloji</b> Sorun yok <input type="checkbox"/>		Hipoton <input type="checkbox"/>	Hiperton <input type="checkbox"/>
Konvülsiyon: _____		İrritasyon <input type="checkbox"/>	Refleksler: _____
Lab KŞ: _____		Hct: _____	Bilinç değişikliği: _____
<b>İlaçlar</b> Antibiyotikler: _____		1) _____	2) _____
Dopamin: _____		mçg/kg/dak	3) _____
Fenobarbital: _____		mg/kg	Dobutamin: _____
Midazolam: _____		mg/kg	mg/kg/dak
		Diğer: _____	Prostaglandin: _____

Sorumlu Uzman Tabip  
(imza ve kaşe)

Tarih:  
Saat: