



Doküman Kodu: HB.FR.030

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

Bebek Adı-Soyadı:		
Doğum Tarihi:		
Doğum Tarihi:		Direkt Coombs:
Doğum Haftası:		
Doğum Kilosu:		
Doğum Boyu:		
Doğum BÇ:		
Çıkış Kilosu:		
Çıkış HCT/Bil:		

**İŞİTME TESTİ**

Yapıldı	Kaldı(Sağ Kulak/Sol Kulak)	Geçti(Sağ Kulak/Sol Kulak)	Yapılmadı, randevu zamanı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**TAKİP EDİLECEKLER**

- 2 gün sonra poliklinik kontrolü
- D vitaminine başlanacak (1 x 3 damla)
1. Ayda kalça USG çekilecek

Sonuç :

Tarih: ...../...../20..... Saat: .....

Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza	Şahit Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza
-----------------------------------	---

Onayı Alan Hekim (Kaşe, imza)