(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
YENİDOĞAN İZLEM FORMU

Doküman Kodu: HB.FR.027	Yayın Tarihi: 28.11.2026	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
[]	[] []	[] []	

TAKİP EDİLECEKLER
1. 2 gün sonra poliklinik kontrolü
2. D vitaminine başlanacak (1 x 3 damla)
3. 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)