



YENİ DOĞAN YENİ DOĞAN YENİ DOĞAN BAKIM HİZMETLERİ PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	YD.PR.01
YAYIN TARİHİ	06.03.2014
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	24.05.2016
SAYFA	1 / 8

1.AMAÇ: Bu prosedürün amacı; Hastanemiz yenidoğan yenidoğan bakım hizmetlerinden yararlanan hastalarımızın kabulü ve taburcu ilemleri ile ilgili bir sistem oluşturulmasıdır.

2.KAPSAM: Yenidoğan, Yenidoğan Yoğun Bakım, Yenidoğan Cerrahi Yoğun Bakım servislerini kapsar.

3.KISALTMALAR:-

4.TANIMLAR:-

5.SORUMLULAR:

- Baş hekim
- Sağlık Hizmetleri Müdürü
- Yenidoğan Yoğun Bakımında çalışan tüm Doktorlar, Hemşireler ve Personel
- Yenidoğan Cerrahi Yoğun Bakım Servisinde Çalışan Tüm Doktorlar, Hemşireler ve Personel

6.FAAL YETKİLERİ:

6.1.HASTA KABUL İZLEMLERİ

6.1.1. Hastanın kabul edildiği birim:

- Doğumhanede vajinal yol ile doğan bebekler veya ameliyathanede sezeryan ile doğan bebekler,
- Acil servisten yatan bebekler,
- Poliklinikten yatan bebekler,
- Doğumunda ilk müdahalesi yapılan bebekler, hazırlanıp tıbbi bir sorun yoksa doğan bakıma alınıp, kadın doğum yoğun bakımında anne yanında bırakılırlar.

6.1.2. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınması gereken bebekler ısıtılmış transport küvözü ile Yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınıp, bebeğin durumuna göre kot veya ısıtılmış açık yoğun bakım yatağına / kuvöze alınır.

6.1.3. Bebek için monitör infüzyon pompası ve diğer gerekli ise ventilatör hazır bulundurulmalı, üniteye kabulü esnasında kimlik doğrulaması yapılır.

6.1.4. Doktor yatı kağıdını sekretere verip, yatı izlemleri yapılır. (bebeğin genel durumuna göre hangi yoğun bakım düzeyinde yatacağı belirtilir. Yatı kağıdının üzerine boy, kilo, cinsiyet bilgileri yazılır.

6.1.5. Kol bandındaki isim dosyadaki ve teslim formundaki isim ve numaranın aynı olup olmadığının kontrol edilmesi.

6.1.6. Yoğun bakıma alınan bebeğin, baş çevresi, boyu, kilosu ölçülüp kaydedilir.

6.1.7. Cinsiyete uygun kol bandı renginin seçilip seçilmediği kontrol edilmelidir. Bebek tanımlama kartı, cinsiyetine göre doldurulup, güvenlik kol bandı kontrol izlemleri Hemşire Gözlem Formuna kaydedilmesi gerekir. 1500 gr. altındaki bebeklere 0,5 mg, 1500 gr. üstündeki bebeklere 1 mg K vitamini yapılır. Göbeğin bakımı yapılır, temiz kuru kalacak şekilde bezin üstünde bırakılır. Bebek kirli ise sadece silme yapılır giydirilir. Bebek stabil olduktan sonra ilk banyosu yaptırılır. (24 saat sonra) Yenidoğan bebeğe uygun parmak probu ile (disposibl-tek kullanımlık) pulsoximetre veya monitör takibine alınıp bebeğin hastalığı ile ilgili tıbbi müdahaleler yapılır. (Hood, oksijen, ventilasyon vs.gibi) gerekli tüm tetkikler yapılır. Kültürler alınır. Göbek, kulak, boğaz, gaita) Gerekirse damar yolu açılır.

6.1.8. İlk Değerlendirme: Yapılan tüm izlemler hasta dosyasına kaydedilir, imzalanır. Hasta yakınlarından gerekli bilgiler alınıp, Hasta Ön Değerlendirme Formuna kaydedilir.

6.1.9. Doktor tarafından verilen ordera göre tedavi planlanır. Hemşire bebeğin ihtiyacına göre bakımını planlar, uygular ve kaydeder.

6.1.10. Hasta yakınlarına doktor tarafından gerekli bilgiler verilir. Yoğun bakım kurallarıyla ilgili açıklama yapılır form verilir.

6.1.11. Ön değerlendirme için annenin adı, soyadı ve kan grubu kontrol edilir.

6.1.12. Bebeğin gestasyonel yaşı kontrol edilmelidir.

6.1.13. Doğum ekli, geldiği yer, tarihi ve saati kontrol edilip ön değerlendirme formuna kaydedilir.

6.1.14. Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde 1. 2. ve 3. Düzey hizmet verilmekte ve hasta kabul kriterleri düzeylere göre belirlenir.

6.1.15. Yenidoğan yoğun bakım düzeyleri;

6.1.15.1. Düzey 1

Fizyolojik olarak stabil olan, yoğun bakım hizmeti gerektirmeyen ancak tanı, tedavi, beslenme ve bakım hizmetleri gereken veya daha üst düzey yoğun bakımda tedavi sonrası düzelen ancak takip ve tedavinin devamı gereken hastaları içerir.

- Fototerapi
- Yeterli enteral beslenmeye ulaşamayan bebeklerin izlemi
- Farmakolojik müdahale gerektirmeyen apne/bradikardi izlemi
- Isı stabilitesinin sağlanması
- Sepsisin başlangıcının değerlendirilmesi



YENİ DOĞAN YENİ DOĞAN BAKIM HİZMETLERİ PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	YD.PR.01
YAYIN TARİHİ	06.03.2014
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	24.05.2016
SAYFA	2 / 8

- Oksijen tedavisi veya parenteral beslenme desteği bulunmayan prematüre bebeklerin büyüme ve gelişiminin izlemi
- Genel durumu stabil olan bebeklerde tanısal değerlendirme
- Düzey 2 ve 3 de izlenirken tedavi sonrası düzelen ancak takip, tedavi, tedavi veya taburculuk öncesi anne emzimi açısından izlenen hastalar kabul edilir.

6.1.15.2. Düzey 2

Birinci düzeydeki temel bakıma ek olarak 1000gr üstü veya 32 haftadan büyük yeni doğanlar ile prematürlük apnesi olan, sıcaklığı koruyamayan, oral beslenemeyen hasta yeni doğanların detaylı ve nitelikli gözlem ve girişimlerinin yapılabilirliği ve ya amsal destek gereksinimi bulunan yeni doğanların takip ve tedavilerini içerir. Düşük doğum ağırlıklı (<2500 gram): Doğum ağırlıklı 2000-2500 gram olan bebeklerin bazılarının hastaneye yatırılması gerekmezken bazılarının yoğun bakım desteği ihtiyacı olmasa da uygun düzeyde bakımına kadar bakımları gerekir.

Premature: 36 gestasyon haftası veya daha küçük gestasyon haftasındaki bebeklerin bakım ve takibi

Enfeksiyon: Klinik olarak enfeksiyon şüphesinin bulunması (antibiyotik alan bebekler)

Solunum problemleri:

- Apne, siyanotik epizodlar (solunum sayısı, kalp tepe atımı, tansiyon arteriyelin pulse oksimetre veya apne monitörü ile devamlı monitorizasyonunun gerektiği durumlar)
- Solunum sıkıntısı şüphesi varlığı (klasik CPAP, nazal veya küvöz içi oksijen tedavisi gereken bebekler)
- 1 saatten daha fazla solunum sıkıntısı bulgularının devam etmesi

Gastrointestinal problemler, klinik şüpheye yol açan beslenme problemleri ve safralı kusma veya barsak obstrüksiyonu düşünülen diğer bulgular

Metabolik problemler, yeterli beslenmeye rağmen serum glikoz ve elektrolit düzeylerinin yeterli düzeyde sağlanamaması (hipoglisemi ve elektrolit problemleri olan bebekler)

Santral sinir sistemi problemleri;

- Konvülsiyon
- Orta derece doğum asfiksi (beinci dakika apgar skoru 4-6 ve/veya doğumda resüsitasyon uygulanan bebekler)
- Malfarmasyonlar, Pierre Robin Sendromu gibi postnatal dönemde veya izlem dönemi sonunda girişim gerekmeyen konjenital anomaliler
- Kardiyovasküler monitorizasyon gerektiren veya girişim gerekli olduğu konusunda şüphelenen problemleri, Çocuk Hastalıkları Uzmanı tarafından düzey 2'de tedavinin gerekli olduğu düşünülen her hasta Sosyal sorunlar/terminal bakım (bu bebeklerin aile yanında veya evde bakımının devam etmesi gerekmektedir)

6.1.15.3. Düzey 3

Çok küçük prematüre bebeklerin yanı sıra çok ciddi hastalığı olan veya majör cerrahi tedavi gerektiren yenidoğanların tedavilerinin yapılabilmesi, gerektiğinde devamlı yaşam desteği ve yoğun bakım olanaklarının sağlanması birimlerdir. III.seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri III A, III B olmak üzere iki düzeyde yapılandırılır.

III A

1. 32 hafta veya 1500 gramın altında olan tüm yenidoğanlar (mekanik ventilasyon, nazal CPAP gereksinimi olan veya olmayan)
2. Gebelik haftası ve doğum ağırlığı ne olursa olsun inotrop ve plazma desteği gerektiren iki veya daha fazla organ işlev bozukluğu olan tüm yenidoğanlar.
3. Gebelik haftası ve doğum ağırlığı ne olursa olsun, entübe olarak mekanik ventilasyon uygulanan tüm yenidoğanlar.
4. Periton diyalizi veya hemofiltrasyon uygulanan yenidoğanlar.
5. Gebelik haftası ve doğum ağırlığı ne olursa olsun majör cerrahi ***** uygulanan bebekler (Bu grup hastalar entübe olarak mekanik ventilasyon uygulandıktan süre boyunca seviye III, entübe edilse seviye II kabul edilir.)
6. Hipotermi tedavisi uygulanan tüm yenidoğanlar (Hipotermi tedavisi aldığı süre boyunca)
7. Retinopati (RO) muayenesi

III B

III A seviyesine ilave olarak;

- ECMO tedavisi uygulanan hastalar *****
- **Retinopati (ROP) muayene ve tedavisi**



YENİ DOĞAN YÖNÜ BAKIM HİZMETLERİ PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	YD.PR.01
YAYIN TARİHİ	06.03.2014
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	24.05.2016
SAYFA	3 / 8

6.2. SIKLIKLA TEDAVİ EDİLEN HASTALIKLAR, UYGULANAN PROSEDÜRLER VE HİZMETLER

6.2.1. Hastalıklar:

- Prematüre
- Respiratuar Distres Sendromu
- Yenidoğanın Geçici Takipnesi
- Neonatal Sepsis
- Neonatal Hiperbilirubinemi
- Nekrotizan Enterokolit
- Neonatal Hipoglisemi
- Prematüre Apnesi
- Konjenital Diafragma Hernisi
- Prematüre retinopatisi (ROP), Anomalili bebekler
- Konjenital kalp hastalıkları
- Metabolik hastalıklar
- Nörolojik hastalıklar

6.2.2. Prosedürler, Hizmetler ve Faaliyetler:

- Ventilator Tedavisi
- Sürfaktan Tedavisi
- Fototerapi
- Exchange Transfüzyon

6.3. YENİ DOĞAN ÜNİTESİNE KABUL EDİLECEK HASTALAR:

Yeni doğan yenidoğan bakım 0-28 günlük hastaları kabul etmektedir.

1. Dereceden Öncelikli Hastalar:

- Yeni doğan yenidoğan bakım 0-28 günlük olan hastaları kabul etmektedir.
- 36 haftanın altında doğan prematüreler
- Doğum ve S/C sonrasında resüsitasyon yapılmı olan yeni doğanlar
- Doğum sonrası apne, inleme, siyanoz, çekilme, takipne, interkostal çekilme gibi solunum problemi olan yeni doğanlar
- Doğum öncesi ya da sonrasında belirlenmi konjenital anomalisi olan yeni doğanlar
- Asfiksik doğum veya fetal asfiksi olan yeni doğanlar
- Koyu mekonyumlu doğan yeni doğanlar
- Sepsis düşünülen tüm yeni doğanlar
- Doğum travması geçiren yeni doğanlar
- İndirek billuribin seviyesi yenidoğan fototerapi veya kan deoksijenimisinde sınırında olan yeni doğanlar
- Pnömotorax olan yeni doğanlar
- Konvüzyon geçiren tüm yeni doğanlar

2. Dereceden Öncelikli Olan Hastalar:

- 36-38 haftalık yeni doğanlar
- Kusma, emmeme gibi beslenme problemi olan yeni doğanlar
- Yüksek ateş ve/veya dehidratasyon sorunu olan yeni doğanlar
- Elektrolit imbalansı olan yeni doğanlar
- Hipoglisemi riski olan veya hiperglisemi olan yeni doğanlar
- Diabetik anne bebekleri
- Preeklampatik veya eklampatik anne bebekleri
- Hipokalsemi olan yeni doğanlar
- Kardiyopulmoner monitarizasyon gereken yeni doğanlar

3. Dereceden Öncelikli Olan Hastalar:

- Sepsis şüphesi olan yeni doğanlar
- 24 saatte erken membran rüptürü olan yeni doğanlar
- Omfaliti olan yeni doğanlar
- Enfekte deri lezyon bozukluğu olan yeni doğanlar
- Hafif beslenme ve dehidratasyonu olan yeni doğanlar
- Pnömoni veya akut bronşolit olan yeni doğanlar
- Doğrudan enfeksiyonu veya akut gastroenterit tanısı alan tüm yeni doğanlar

4. Derecede olan hastalar, bu hastalar değerlendirilmediği bırakılacaktır.

- Tedavisi büyük ölçüde tamamlanmış yeni doğan yenidoğan bakım hizmetlerine gereksinim göstermeyen hastalar,
- İleri derecede ya da mayan konjenital kalp anomalisi olan vakalar,
Yeni doğan yenidoğan bakım servisine Poliklinik, Acil servis, Doğum Odası, Ameliyathane ve Kadın



YENİ DOĞAN YÖNÜ BAKIM HİZMETLERİ PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	YD.PR.01
YAYIN TARİHİ	06.03.2014
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	24.05.2016
SAYFA	4 / 8

Doğum Servisleri'nden Uzman çocuk doktorları ve Çocuk Cerrahi Uzman doktorlarının de erlendirmesi sonucunda Yeni Doğan Yönu Bakım kriterlerine uygun hastalar kabul edilir. Birime kabul edilen hastanın yakını bilgilendirilerek onam formu onaylatılıp hasta yakını yatı a yönlendirilir.(Mesai saati içinde birim sekreteri, mesai saati dı nda acil barkoda yönlendirilir.) Birim sekreteri ya da acil barkoddan yatı ı yaptıran hasta yakını dosyayı yeni do an yo un bakıma teslim eder. Dosya kontrol edilerek servis protokol defterinden yatı numarası, hasta bilgi yönetim sistemi üzerinden de kuvöz numarası verilerek dosya hazır hale getirilir. Hem ire tarafından kar ılanan hasta müdahale yata ına alınarak tartılır. Kan ekerine bakılır ve kaydedilir. İlk müdahalesi yapılan hasta önceden ısıtılmı olan küvöze alınıp, küvöz numarası hasta dosyasına kayıt edilir. Hasta yakınına hastane ve bebe in hastalı ı ile ilgili bilgiler verilir.

6.4.HASTA NAKİL LEMLERİ

6.4.1. Doktor tarafından sevk edilecek kurumla irtibat sa lanmı olan hastanın ailesinin sevk saatinde serviste olması sa lanır. 112 acil birim ile irtibata geçilerek hastanın hangi yolla nakil olması gerekiyorsa (kara, hava yolu, uçak veya helikopter vb.) bildirilip, bu yolla ilgili bilgi formu doldurulup, hasta epikrizi de eklenerek nakil olaca ı hastane ve kabul eden doktor belirtilerek 112'ye Fax çekilir. Nakil için olumlu cevap gelince hasta hazırlanır.

6.4.2. Yeni doğan bebe in nakli:

- Bebe in nakledilece i merkezle görü mek.
- Bir merkez tarafından bebe in kabul edilmesi,
- 1 Ambulans Servisinin bilgilendirilmesi,
- Belgelerin eksiksiz doldurulması,
- Ambulans nakil talimatnamesine uyulması,
- Ambulans ekipmanlarının donanımlı olması,
- Bebe in ailesinden yazılı onam alınması,

Yenidoğan bebe in nakledilmesinden önce stabilize oldu unu gösteren kriterler;

- Siyanoz yoktur.
- Yeterli hava yolu ve ventilasyon sa lanmı tır.
- Vücut ısısı normaldir.
- Kalp hızı 120-160 atım/dk' dır.
- Kan basıncı 25-35 mmHg'nın üzerindedir.
- Kan ekeri >40 mg/dl
- Kan pH> 7,30
- Metabolik bozukluklar düzeltilmi .

Taıma ekibi; Teknik ve Medikal açıdan bilgili, tecrübeli ve yetenekli bir ekip olmalı ve uyumlu çalı malıdır.

Nakil sırasında ambulanda bulunması gereken araç ve gereçler; Transport küvözü, solunum, kalp ve kan basıncı monitörü, pulse oksimetre, oksijen kayna ı, laringoskop, balon ve maske, ventilatör, aspiratör, yeni doğan için uygun ölçülerde endotrakeal tüp, umbilikal damar kateterleri, gö üs tüpleri, ilaçlar, el dezenfektanı,

Nakledilen bebekle birlikte gönderilmesi gerekenler; Hastanın adı, doğum tarihi, öyküsü, Apgar skorları, gebelik ya ı ve doğum a ırlı ı, vital bulguları, oksijen/ventilatör gereksinimi, yapılan laboratuvar incelemeleri, bebek beslenmi ise ne ile beslendi i, yapılan bakım ve tedaviler, yapılan tüm görüntüleme incelemeleri, kord kanı örne i,

Bebe in nakli sırasında "be H" ve asidoz yönünden yakın takip ve tedavi edilmesi gerekir.

1. Hipotermi
2. Hipotansiyon
3. Hipoglisemi
4. Hipoksi
5. Hiperkapni

Riskli Bebekler:

- Prematürel
- Gestasyonel ya ına göre DDAB
- Perinatal asfiktik
- A ır hasta
- Hipotermik
- Diabetik anne bebekleri

Riskli Bebeklerde Nakil Sırasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

- 2-4 satte bir Kan ekerine bakmak
- Oral alamayan bebeklere IV glukoz solüsyonları ba lanmalıdır



YENİ DOĞAN YÖNÜ BAKIM HİZMETLERİ PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	YD.PR.01
YAYIN TARİHİ	06.03.2014
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	24.05.2016
SAYFA	5 / 8

- K <40mg/dl
- Semptomatik bebeklerde %10'luk glukozun intravenöz bolus ekinde (2-3cc/kg) verilmesi uygun olur.

Hava yoluyla nakil;

- Uçakların kalkışı ve inişlerinde oluşan akselerasyon ve deselerasyon kuvvetleri, serebral kan akımında değişiklik yapabilir.
- Prematürelde ve hipoksik bebeklerde tehlikelidir.
- Nakile başlamadan önce üs grafipleri incelenmelidir.
- Uçakların kalkışı ve inişlerinde oluşan akselerasyon ve deselerasyon kuvvetleri, serebral kan akımında değişiklik yapabilir.
- Prematürelde ve hipoksik bebeklerde tehlikelidir.
- Nakile başlamadan önce üs grafipleri incelenmelidir ntravenöz sıvıların yerçekimine göre verilmesi hatalı olur; mutlaka özel pompalar kullanılmalıdır.
- Elektromanyetik ortam ve vibrasyon nedeniyle monitörler yanlış gösterebileceği unutulmamalıdır.

6.5.HASTA TABURCU LEMLERİ

- 6.5.1. Taburculuğuna karar verilen bebeğin annesi e itim için 1-2 gün önceden servise alınır, emzirme bebek bakımı, ilaçları, özel hastalığı varsa dikkat etmesi gerekenler hakkında e itim verilir ve bebeğin bakımı sağlanır.
- 6.5.2. Taburcu olacağı gün: Bebeğin enfeksiyondan korunması, oda ısısı ve nemi, bebeğin uyku çevresi ve yatağı, giydirilmesi, seyahati, acil durumlarda bebeğe yaklaşımları, bebeğin banyosu, alt bakımı, göbük bakımı, emzirme, beslenme e itimi, ağılları, kullanacağı ilaçları anlatılır. Taburcu formu anneye imzalatılır.
- 6.5.3. Tarama testleri (fenilketanüri, TSH ve biotidinaz eksikliği tarama testleri) i itme testi kalça çıkıklığı veya hastalığı özel birim kontrolü için randevuları alınıp (sekreter tarafından) hastaya tarihleri yazılı verilir.

6.6.KLİNİK SÜREÇ

6.6.1.MONİTÖRİZASYON:

- Genel durumu bozuk olan siyanoze görünümde yakın takip ihtiyacı olan hastalar oksijen saturasyonu, kalp atım hızı ve tansiyon takip edilmesi amacıyla monitörize edilir.
- Yatağına alınan hasta (kuvöz, açık yenidoğan bakım yatağı, kot, ilte vb.) oksijen saturasyon, kalp atım hızını ve tansiyonu ölçmek için hastaya uygun parmak probu, uygun bölgelere (parmak ucu, avuç içi, ayak tabanı, probun avuç içi yada ayak tabanı baş parmak hizasına gelecek ekinde) takılır. Hastaya uygun de erli olan alarm parametreleri ayarlanır.
- Tansiyon ölçümü için hastanın kilogram ve doğum haftasına uygun tansiyon manometre seçilir. Uygun ekstremiteye manometre bağlanır. Gerekli görülen durumlarda (konjenital kalp hastalıkları vb.) 4 ekstremitte kontrolleri yapılır. Alarm parametreleri ayarlanır.
- EKG ölçümü için pediatrik elektrotlar tercih edilmelidir. Elektrotlar uygun bölgelere yerleştirilir (sağ meme başı üstü, sol meme başı üstü ve sol meme başı altı). Elektrot kabloları renklerine göre kırmızı sağ, sarı sol, yeşil sol alt kısma olacak ekinde takılır. EKG alarm parametreleri, grafik ayarları uygun ekinde ayarlanır. Gözlenen tüm veriler hastanın durumuna göre (15 dak. veya saatlik vs ölçülüp) hemire gözlem formuna kaydedilir.

6.6.2.VENTİLATÖRDEKİ BEBEĞİNİZLEMİ:

- Solunum yetmezliği olan hastaların desteklenmesi amacıyla uygulanan mekanik ventilasyon, özellikle yenidoğanda morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde etkileyen bir yöntemdir.
- Mekanik ventilasyon, solunumülevi yetersiz olan veya solunumu olmayan bebeklerde alveolar ventilasyon yoluyla oksijenasyonu ve biriken karbondioksitin atılımını sağlamak solunumu rahatlatmak desteklemek amacıyla kullanılır. Hastanın solunumu yeterli olana kadar, nefes alması desteklenir.
- Gerekli malzemeler hazır bulundurulur. (seti uygun takımlı ventilatör, uygun tüp (no 2-2,5-3-3,5-4-4,5) laringoskop, balon maske, aspirasyon malzemesi. (sonda no 5-6-8-10) flaster, steteskop)
- Bebek uygun ekinde entübe edildikten sonra tüp boyu seviyesi standarda göre ayarlanır (kilo+cm) yerinde olup olmadığı kontrol edilip, tespit edilir. Ventilatör ayarlarını bebeğe uygun ekinde doktor ayarlar. (set, nemlendirici ve kablolar önceden hazırlanmış ve kontrol edilmiştir.)
- Bebeğin durumuna göre pozisyon verilir (genelde sırtüstü) basınç noktaları desteklenir. Tüp açıklığını sağlamak için uygun aspirasyon sağlanır. Uygun aralıklarla kan gazı bakılır.
- Akciğer grafişi çekilerek tüpün yerinde olup olmadığı, akciğerin yeterli havalanıp havalanmadığı kontrol edilir.
- Vital bulgular yakından izlenir, kaydedilir.
- Ağız bakımı ve diğer tüm bakımları uygun aralıklarla yapılır.
- Aralıklı pozisyon değişikliği sağlanır. (4-6 saatte bir)
- Beslenmesi düzenlenir. TPN veya ek olarak enteral beslenme düzenlenir. Uygun AÇT yapılır. Gerekli ilaçlar verilir. Her iftte bir kez entübasyon tüpünün yeri değiştirilir.



YEN DO AN YO UN BAKIM H ZMETLER PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	YD.PR.01
YAYIN TAR H	06.03.2014
REV ZYON NO	02
REV ZYON TAR.	24.05.2016
SAYFA	6 / 8

- Dola ım takibi yapılır. Kuvöz ısı, nem ayarları kontrol edilip kaydedilir.
 - Bebe in geli msel bakımı için ıklandırma, ses, gürültü, güvenlik önlemleri alınır.
 - Aileler uygun zaman aralıklarında bilgilendirilir.
- 6.6.3.VENT LATÖRDEN AYRILMADAN ÖNCEK ZLEM:**
- Sürekli SPO2 izlemi
 - Kan gazlarının ölçümü
 - Bebe in solunumu tetiklemesinin izlenmesi
 - Solunum yetmezli i belirtileri: siyanoz, solukluk, retraksiyonlar, solunum hızı, akci erlere hava giri i, ajitasyon
 - Kalp hızı, ritmi ve kan basıncı izlemi
 - Weaning öncesi akci er grafisi çekilerek akci er hastalı ının de erlendirilmesi
- 6.6.4.VENT LATÖRDEN AYIRMA YÖNTEM :**
- Yöntem Uygulanan ventilatör moduna göre de i iklik gösterebilir.
 - Ayırma sürecinde de i iklikler tedrici, sık ve küçük yapılarak, bebe in gaz de i iminde sorumluluk alması sa lanır. Büyük ve uzun aralıklı de i iklik yapılmamalıdır.
 - **Önce PIP ve F O2 azaltılmaya ba lanır**, bunlar dü ük düzeylere indikten sonra hız (bu basamak kullanılan moda göre de i ebilir.) azaltılmaya ba lanır.
 - **PIP ≤ 15cmH2O, FiO2 ≤%40 iken** bebek ekstübasyona hazır kabul edilir ve hız azaltılarak, bebe in spontan solunum çabasını artırması istenir.
 - **Hız <20-25/dak'ya indikten sonra, PIP 12 cm H2O ve FiO2 <30-40 dolayında ekstübe edilir ve nazal CPAP'e 5-6cm H2O veya nazal IPPN PEEP:5-6 ml/ H2O PIP 14-15 H2O Hız:25-30/dk.**
- 6.6.5.EKSTÜBASYON ÖNCES LAÇ KULLANIMI**
- Dekametazon: Özellikle mekanik ventilasyon uzun süredir uygulanıyorsa veya önceki ekstübasyon denemesi ba arısız ise hava yollarında ödem ve inflamasyon olabilece inden yararlı olabilir.
 - Doz: 0,25-0,5 mg/kg/gün
 - Ekstübasyondan 24 saat önce ba lanır ve ba arılı olursa sonraki 24 saat devam edilir.
 - Solunum çabası az olan preterm bebeklerde solunum merkezini uyarmak için;
 - Aminofilin:Yükleme:8 mg/kg IV 30 dk veya PO, idame : 1,5-3 mg/kg, PO/ IV yava pu e 12 st arayla
 - Kafein sitrat:Yükleme: 20 mg/kg (idame: 5-10 mg/kg, 24 saat arayla)
- 6.6.6.SKORLAMA S STEM LE BEBE N TAK B :**
- Sarnat evreleme skalası
 - New Ballard
 - A rı skalası
 - Narton skalası
- 6.6.7.VENT LATÖRDEN AYIRMA:**
- Solunum yetmezli i, belirtilerinde iyile me olan hastalar doktoru tarafından uygun görülen zamanda, yani üst basınç 12 cmH2O, Solunum sayısı <25/dk altına dü mü se oksijen gereksinimi %40'ın altında kalan bebeklerde, kan gazları normal aralıklarda ise ventilatörden ayırma dü ünülür.
 - 24 saat önceden hastalara Dexametazon yapılabilir.
 - Apne için kafein sitrat veya aminofilin kullanılır.
 - Ventilatörden ayırdıktan sonra nazal CPAP veya Nazal IPPV geçilir. Ardından tolere ederse Hood ile oksijene, daha az oksijen gereksinimi olan bebeklerde kuvöz içi oksijene geçilir.

MOD F YE SARNAT EVRELEMES (Hipotermiye alınacak hastalarda)

	EVRE I	EVRE II	EVRE III
Bilinç durumu	Hiperalert	Letarjik	Stupor, a rılı uyarılara minimal yanıt veya yok
Spontan aktivite	Normal	Azalmı	Yok
Postür	Normal	Dital fleksiyon Tam ekstansiyon	Deserebre
Tonus	Normal kas tonusu	Hipotoni	Flask
İkel refleksler	E ik dü ük	Zayıf	Yok
• Moro	Zayıf	Yetersiz	Yok
• Emme			
Otonom fonks.	Midriasis	Myozis	Dilate / Non-reaktif
• Pupiller	Normal	Bradikardi	De i ken
Kalp hızı	Hafif takipne	Periyodik solunum	Apne
Solunum			



YEN DO AN YO UN BAKIM H ZMETLER PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	YD.PR.01
YAYIN TAR H	06.03.2014
REV ZYON NO	02
REV ZYON TAR.	24.05.2016
SAYFA	7 / 8

- Hafif (Evre1) daima iyile ir.
- Orta (Evre 2) iyile ecek vakalar 7-10 günde normale dönmelidir. Sekel %25
- A ır (Evre 3) %100'ünde sekel yada Mortalite
- Evreleme 24 saat sonra tekrarlanır.

SNAP-PE II SKORU

Parametre	Bulgu	Puan
Ortalama kan Basıncı (mmHg)	30	0
	29-20	9
	<20	19
	>35,6	0
En dü ük ısı	35,6-35	8
	<35	15
PO ₂ /F _i O ₂	>2,49	0
	1,00-2,49	5
	0,30-0,99	16
	<0,30	28
Serum pH	7,20	0
	7,10-7,19	7
	<7,10	16
Çok sayıda konvülsiyon	Yok	0
	Var	19
Diürez (mL/kg/saat)	1	0
	0,1-0,9	5
	<0,1	18
Do um a ırlı ı	≤750 g	17
	750-999 g	10
	1000 g	0
5.dk Apgar skoru	<7	18
	7	0
SGA varlı ı	SGA var	12
	SGA yok	0

6.7.ENFEKS YONLARIN KONTROLÜ VE ZLENMES :

- 6.7.1. Hastaneye yatı tan sonra ilk 48 saate veya taburculuktan sonra ilk 10 gün içindeki enfeksiyonlara, hastane enfeksiyonları (nazokomiyal enfeksiyonlar) denir.
- 6.7.2. Servise giren herkes yapaca ı i her ne olursa olsun öncelikli olarak ellerini yıkaması ve el dezenfektanı kullanması yönünde uyarılır.
- 6.7.3. Hasta ba ında bulunan el dezenfektanları hastaya dokunmadan önce ve sonra uygulanır.
- 6.7.4. Her hasta için ayrı stetoskop kullanılır. Ünitenin ve ünite de kullanılan her türlü tıbbi cihaz ve malzemenin temizli i Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenen aralıklarla ve belirtilen ekilde yapılır.
- 6.7.5. Enfeksiyon üphesi olan hastaların vücut sıvılarından kültür alınarak enfeksiyon etkeni saptanmaya çalı ılır.
- 6.7.6. Sepsis tanısı olan hastalar izolasyon odasına alınarak ortamdaki izolasyonu sa lanır.
- 6.7.7. Ba ka merkezlerden kabul edilen ve enfeksiyon üphesi olan hastalar enfeksiyon yada izolasyon odasından izlenir.
- 6.7.8. Sepsis tanısı olan hastaların izlenimi Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile birlikte yapılır.
- 6.7.9. Atıklar tıbbi atık yönetimine uygun toplanıp atılmalıdır.
- 6.7.10. Ortam ısısı 22-26 nem %30-60 oranında olmalıdır.
- 6.7.11. Yeterli hem ire sayısı sa lanmalı;
 - 1.seviye için 5 bebe e 1 hem ire,
 - 2.seviye için 4 bebe e 1 hem ire,
 - 3 A seviyesi için 3 bebe e 1 hem ire,
 - 3 B seviyesi için 2 bebe e 1 hem ire olmalıdır.
- 6.7.12. Ziyaret kuralları tanımlanmı olmalı, ziyaretçi sayısı sınırlı tutulmalıdır.
- 6.7.13. Tüm bebeklerin malzemeleri kendine aittir veya disposbl kullanılmalıdır.
- 6.7.14. Personelin elleri temiz olmalı, tırnakları kısa olmalı dezenfektan kullanımı konusunda sürekli e itim almalıdır.
- 6.7.15. nvaziv i lemlerde mutlaka antiseptik solüsyon kullanılmalıdır.
- 6.7.16. Anne sütü enfeksiyon ajanlarına kar ı koruma sa ladı ı için bebeklerin anne sütü almaları sa lanmalı, ailelere süt sa ma ve saklama ko ulları anlatılmalıdır.



YENİ DOĞAN YÖNÜ BAKIM HİZMETLERİ PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	YD.PR.01
YAYIN TARİHİ	06.03.2014
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	24.05.2016
SAYFA	8 / 8

6.7.17. Dirençli organizmaların gelişmesini önlemek amacıyla, geni spektrumlu antibiyotiklerin kullanım protokolüne uygun hareket edilmelidir.

6.7.18. Kateterler kullanılan setler standartlara göre de sterilizirilmelidir.

6.8.YENİ DOĞAN ARIKİNİN ÖNLENMESİ VE TEDAVİSİ :

6.8.1. GENEL KURALLAR:

• Nivaziv girişimleri mümkün olduğu kadar aynı anda yapılmaya çalışılmalıdır.

• Yeni doğan bakım ünitesinde ılık ve ses mümkün olduğu kadar azaltılmalıdır.

6.8.2. LANSETELE TOPUK KANİ ALINMASI, CİLDE YAPILAN FLASTERLERİN ÇIKARTILMASI, VENÖZ YADA ARTERİYEL GİRİMLER, İM YADA SC ENJEKSİYONLAR, LOMBER PONSİYON, ENDOTRAKEAL ASPİRASYON, NAZOGASTRİK YADA OROGASTRİK TÜP YERLEŞTİRME.

• İlemlerden 2 dakika önce 0,5-2 ml %30 dextroz, PO verilerek ardından emzik verilecek, işlem süresi 2 dakikayı aşarsa yada bebek tekrar ağlarsa emzik üzerine 2 dakika aralarla en fazla 3 defa olmak üzere %30 dextroz 1 damla uygulanacaktır.

• Nazogastrik yada orogastrik tüp, kayganlığı sağlamak için takılmadan önce serum fizyolojik ile ıslatılacaktır.

6.8.3. GÖĞÜS TÜPÜ TAKILMASI YADA ÇIKARTILMASI:

• İlemlerden 2 dakika önce 0,5-2 ml%30 dextroz, PO verilerek ardından emzik verilecek, işlem süresi 2 dakikayı aşarsa yada bebek tekrar ağlarsa emzik üzerine 2 dakika aralarla en fazla 3 defa olmak üzere %30 dextroz 1 damla damlatılacaktır.

• Cilt ve cilt altına lokal anestezi amacıyla lidocain uygulanacaktır. (%0,5-1'lik 0,3 ml/kg)

• İlemler sırasında ve göğüs tüpü takılı kaldığı süre içinde 1 mcg/kg /saat Fentanyl infüzyonu uygulanacak, gerekirse doz 5mcg/kg/saat'e çıkartılacaktır.

• Fentanyl uygulaması sırasında göğüs rijiditesi geliştirdiği takdirde, IV Naloxone 0,1 mg/kg uygulanabilir. Fentanyl uygulaması öncesinde resüsitasyon ekipmanlarının ve Naloxone'un hazır bulundurulması gereklidir.

6.8.4. ELEKTROENDOTRAKEAL ENTÜBASYON:

• İlemler öncesinde IV Fentanyl 1 mcg/kg 30 dakikada gidecek şekilde tek doz yapılacaktır. Acil entübasyonlar için geçerli değildir.

6.8.5. MEKANİK VENTİLASYON SIRASINDA:

• Klinik olarak endikasyonu olmadıkça rutin analjezi ve sedasyon uygulanmayacaktır.

• Ventilatörde uyumsuzluk gibi klinik durumlarda 0,01 mg/kg/saat IV midazolam infüzyonu 6 saat süre ile verilecek, 6 saat sonra hastanın klinik durumuna göre sedasyonun devamı yada kesilmesi planlanacaktır.

6.8.6. UZUN SÜRELİ OPÖD ANALJEZİ ALAN BEBEKLERDE WEANING:

• <3 gün: Hemen kesilebilir yada doz %50 azaltılıp, 24 saat içinde kesilecektir.

• 3-7 gün: Hergün %25-50 azaltılarak kesilecektir.

• 7 gün: Hastanın klinik toleransına göre 6-12 saat aralarla doz %10 azaltılarak kesilecektir.

6.8.7. EEG, EKO, BBT, MRI vb İLEMLER ÖNCESİNDE SEDASYON

• 0,2 mg/kg Midazolam sublingual yada Chloral hydrate 25-75 mg/kg PO / rektal verilebilir. Chloral hydrate günde 1 defadan fazla ve hiperbilirubinemili bebeklerde kullanılmamalıdır. Midazolam verilmeden önce acı tadı gidermek amacıyla 0,5-1cc %30 dextroz ile karıştırılması önerilir. Damar yolu açık olan hastalara IV midazolam 0,05mg/kg en az 5 dakikada olmak üzere uygulanabilir.

7. GİZLİLİK DOKÜMANLARI

- Hemen Gözlem Formu
- Hasta Ön Değerlendirme Formu

HAZIRLAYAN ÇOCUK NEONATOLOJİ BİLİM DALI ÖZGÜR MÜDÜR	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİMİ DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN BAHEKİM
---	---	----------------------