

TÜRK NEONATOLOJİ DERNEĞİ BÜLTENİ

SAYI : 13

BAHAR 2006

**SAHİBİ VE SORUMLU
YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ**
Gülşen ERDEM

•

EDİTÖR
Murat YURDAKÖK

•

YAYINLAYAN
Türk Neonatoloji Derneği

•

BASIM YERİ
Alp Ofset Matbaacılık Ltd. Şti
0.312 230 09 97

•

ISSN 1302 - 5562

Türk Neonatoloji Derneği Bülteni
ülkeminde neonatoloji alanında çalışan
hekimler arasında iletişim sağlamak için
yılda iki kez yayınlanmaktadır.

TÜRK NEONATOLOJİ DERNEĞİ

Yönetim Kurulu
Gülsevin TEKİNALP / Başkan
Mehmet SATAR / Başkan Yardımcısı
Murat YURDAKÖK / Genel Sekreter
Saadet ARSAN / Sayman
Esin KOÇ / Veznedar
Yıldız PERK
Metem AKİSÜ

•

Denetleme Kurulu
Şule YİĞİT
Münevver TÜRKMEN
Ayşe KORKMAZ

•

Onur Kurulu
Fadıl ERTOĞAN
Olcay ORAN
Gülşen ERDEM

•

Haberleşme
Hacettepe Üniversitesi
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
Ankara 06100
Tel: 0.312 305 13 90
Faks: 0.312 310 55 09
e-posta: yurdakok@hacettepe.edu.tr
www.neonatoloji.org.tr

İÇİNDEKİLER

Ülkemizde Neonatoloji Uzmanı Yetiştiren Kuruluşlar	2
Neonatoloji Yan-Dal Eğitiminde Akreditasyon Standartları	7
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinden Yenidoğan Bebeklerin Taburculuk Bilgi ve Rıza (Onam) Formu	11
Yenidoğan Servisinde Tıbbi Tedavi, İşlem Ve Girişimler İçin Bilgilendirme ve Rıza (Onam) Formu	13
Yenidoğan Yoğun Bakım Servisinde Girişim Hasta Onam Formu	17
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Tıbbi Tedavi, İşlem Ve Girişimler İçin Bilgilendirme ve Rıza (Onam) Formu	21
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Ek Girişimler İçin Hasta Onam Formu	28
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde / Yenidoğan Servisinden Hasta Taburculuk Rıza (Onam) Formu	30
Mizah: "Hıdır Hemşire" ile Yenidoğan Bebeklere "Kanguru" Bakımı	33

ÜLKEMİZDE NEONATOLOJİ UZMANI YETİŞTİREN KURULUŞLAR

Öğretim üyeleri	Yetiştirdiği uzmanlar	Yan-dal ihtisası yapanlar
Adnan Menderes, Aydın		
Doç. Dr. Münevver Türkmen	Yok	Yok
Akdeniz Üniversitesi, Antalya		
Prof. Dr. Nihal Oygür	Dr. Yelda Mumcu (1998-2000) Dr. Aşkın Güra (2000-2002) Dr. Hakan Ongun (2002-2005)	Dr. Seyhan Erişir (2005-)
Ankara Üniversitesi, Ankara		
Prof. Dr. Fadıl Ertogan (Emekli)	Dr. Saadet Arsan (1991-1993)	Dr. Ömer Erdeve (2003-)
Prof. Dr. Tomris Türmen (İzinli)	Dr. Esin Koç (1991-1993)	
Prof. Dr. Saadet Arsan	Dr. Namdar Uluşahin (1991-1993)	
Doç. Dr. Begüm Atasay	Dr. Ayşegül Zenciroğlu (1991-1994) Dr. Ayşe Ecevit (1994-1996) Dr. Gülşen Sönmezışık (1994-1996) Dr. Begüm Atasay (1997-1999) Dr. Ayla Günlemez (2001-2003) Dr. Sevim Ünal Kızılateş (2000-2002)	
Atatürk Üniversitesi, Erzurum		
Prof. Dr. Uğur Dilmen (Ayrıldı)	Dr. Ayhan Taştekin (2000-2004)	Dr. Hasan Kahveci (2004-)
Prof. Dr. Rahmi Örs	Dr. Bahri Ermiş (2002-2004)	Dr. İbrahim Caner (2005-)
Yrd. Doç. Dr. Ayhan Taştekin		
Başkent Üniversitesi, Ankara ve Adana		
Prof. Dr. Berkan Gürakan	Dr. Aylin Tarcan (2000-2002)	Dr. Hasan Kılıçdağ (2004-)
Doç. Dr. Aylin Tarcan	Dr. Filiz Tiker (2000-2003)	Dr. Zeynel Gökmen (2004-) Dr. Ece Yapakçı (2005-)

Celal Bayar Üniversitesi, Manisa

Doç. Dr. Nermin Tansuğ	Yok	Yok
------------------------	-----	-----

Çukurova Üniversitesi, Adana

Prof. Dr. Mehmet Satar	Dr. Aytuğ Atıcı (1992-1996)	Dr. Ferda Özlü (2003-)
Doç. Dr. Nejat Narlı	Dr. Münevver Türkmen (1995-1998)	Dr. Kenan Özcan (2004-)
Doç. Dr. Hacer Yapıcıoğlu Yıldızdaş	Dr. Nejat Narlı (1995 -2003)	Dr. Erdal Taşkın (2004-)
	Dr. Hacer Yapıcıoğlu Yıldızdaş (1999-2003)	
	Dr. Ercan Kırimi (1998-2000)	
	Dr. Ercan Tutak (2000-2003)	

Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Prof. Dr. Hasan Özkan	Dr. Nuray Duman (1999-2001)	Dr. Sümer Sütçüoğlu (2005-)
Doç. Dr. Nuray Duman	Dr. Hande Gülcan (2000-2001)	Dr. Didem Yeşilirmak (2005-)
Doç. Dr. Abdullah Kumral	Dr. Abdullah Kumral (2000-2002)	
	Dr. Mansur Tatlı (2001-2003)	
	Dr. Esra Özer (2003-2006)	

Ege Üniversitesi, İzmir

Prof. Dr. Nilgün Kültürsay	Dr. Mete Akisu (1994-1998)	Dr. Şebnem Çalkavur (2003-)
Prof. Dr. Mete Akisu	Dr. Nermin Tansuğ (1993-1995)	Dr. Bilin Çetinkaya-Çakmak (2003-)
Doç. Dr. Mehmet Yalaz	Dr. Resmiye Oral (1994-1997)	Dr. Özge Köroğlu-Altun (2005-)
	Dr. Çiğdem Bekler (1996-1998)	
	Dr. Mehmet Yalaz (1999-2004)	
	Dr. Hasan Çetin (2001-2004)	
	Dr. Cengiz Öztürk (2001-2004)	

Erciyes Üniversitesi, Kayseri

Prof. Dr. Neşide Çetin (Emekli)	Dr. Mustafa Akçakuş (2000-2003)	Dr. Esat Köklü (2004-)
Prof. Dr. M. Adnan Öztürk	Dr. Tamer Güneş (1999-2003)	Dr. Derya Büyükkayhan (2004-)
Prof. Dr. Selim Kurtoglu		
Doç. Dr. Mustafa Akçakuş		
Doç. Dr. Tamer Güneş		

Fatih Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. Uğur Dilmen (Ayrıldı)

Dr. E. Esra Önal (1999-2001)

Dr. Nurdan Uraş (2004-)

Prof. Dr. Safa Kaya (Ayrıldı)

Dr. Füsün Uysal (1999-2001)

Dr. Ahmet Karadağ (2004-)

Doç. Dr. Mansur Tatlı

Gazi Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. Yıldız Atalay

Dr. Canan Türkyılmaz (1996-1998)

Dr. M. İbrahim Hirfanoğlu (2005-)

Prof. Dr. Esin Koç

Dr. Suna Ünal (2001-2004)

Dr. Özden Turan (2005-)

Prof. Dr. Ebru Ergenekon

Dr. Nurullah Okumuş (2002-2005)

Doç. Dr. Canan Türkyılmaz

Doç. Dr. E. Esra Önal

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara

Prof. Dr. Faruk Alpay

Dr. Mustafa Kul (2001-2003)

Yok

Doç. Dr. S. Ümit Sarıcı

Dr. Mustafa Kul

Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. Müyesser Tuncer (Emekli)

Dr. Hacer Ergin (1992-1994)

Dr. Tuğba Gürsoy (2003-)

Prof. Dr. Olcay Oran (Emekli)

Dr. Berkan Gürakan (1993-1995)

Dr. Emre Canpolat (2005-)

Prof. Dr. Gülşen Erdem (Emekli)

Dr. Şule Yiğit (1993-1996)

Prof. Dr. Gülsevin Tekinalp

Dr. Didem Aliefendioğlu (1996-1998)

Prof. Dr. Murat Yurdakök

Dr. Ayşe Korkmaz (1997-2000)

Prof. Dr. Şule Yiğit

Dr. Canan Aygün (1998-2000)

Doç. Dr. Ayşe Korkmaz

Dr. Ümit Sarıcı (2000-2002)

Dr. Özlem Tekşam (2002-2004)

Dr. Aslı Çınar (2002-2005)

Dr. Ercan Sivaslı (2003-2006)

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

Prof. Dr. Nüvit Altinkaya (Emekli)

Dr. Yıldız Perk (1993-1996)

Dr. Şahin Hamilçikan (2004-)

Prof. Dr. Yıldız Perk

Dr. Barbaros Ilıkkan (1993-1996)

Dr. Hayrettin Yıldız (2005-)

Doç. Dr. Barbaros Ilıkkan

Dr. Mehmet Vural (1994-1997)

Dr. Abdullah Akbaş (2005-)

Doç. Dr. Mehmet Vural

Dr. Nazmi Ataoğlu (1993)

Dr. Nazmi Ataoğlu

Dr. Nilgün Köksal (1994-1995)

Dr. Sibel Özbek (1997-1999)

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Prof. Dr. Gülay Can	Dr. Zeynep İnce (1991-1993)	Dr. Fatma Narter (2003-)
Prof. Dr. Asuman Çoban	Dr. Raif Üçsel (1993-1995)	
Prof. Dr. Türkan Dağoğlu	Dr. Gül Özkaya Yücer (1993-1996)	
Prof. Dr. Zeynep İnce	Dr. Fazilet Metin (1993-1995)	
	Dr. Füsün Okan (1997-2000)	
	Dr. Murat Palabıyık (2000-2002)	
	Dr. Leyla Karadeniz (2002-2005)	

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon

Prof. Dr. Yakup Aslan	Yok	Dr. Mehmet Mutlu (2006-)
-----------------------	-----	--------------------------

Karadokuz Üniversitesi, Zonguldak

Yrd. Doç. Dr. Bahri Ermiş	Yok	Yok
---------------------------	-----	-----

Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale

Doç. Dr. Didem Aliefendioğlu	Yok	Yok
------------------------------	-----	-----

Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli

Prof. Dr. Ayşe Sevim Gökcalp	Yok	Dr. Gökhan Büyükkale (2004-)
Prof. Dr. Ayşe Engin Arısoy		Dr. Afşin Ünver (2006-)
Doç. Dr. Gülcan Türker		
Yrd. Doç. Dr. Ayla Günlemez		

Marmara Üniversitesi, İstanbul

Prof. Dr. Eren Özek	Dr. Hülya Bilgen (1993-1996)	Dr. Ziya Yurdakul (2004-)
Doç. Dr. Hülya Bilgen	Dr. İpek Akman (1998-2000)	Dr. Emel Altuncu (2005-)
Doç. Dr. İpek Akman	Dr. Rahmi Örs (1996-1998)	
	Dr. Tutku Özdoğan (1999-2001)	
	Dr. Tamer Ünver (2002-2004)	

Mersin Üniversitesi, Mersin

Prof. Dr. Ayтуğ Atıcı	Yok	Dr. Ali Haydar Turhan (2004-)
-----------------------	-----	-------------------------------

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun

Prof. Dr. Şükrü Küçüködük

Yok

Dr. Bilge Tanyeri (2004-)

Doç. Dr. Canan Aygün

Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir

Prof. Dr. M. Arif Akşit

Dr. Ayşe Neslihan Tekin (1994-2001)

Prof. Dr. Ayşe Neslihan Tekin

Pamukkale Üniversitesi, Denizli

Prof. Dr. Arif Akşit (1992-1998)

Dr. İlknur Kılıç (1995-1998)

Dr. Özmert Özdemir (2005-)

Prof. Dr. Hacer Ergin

Prof. Dr. İlknur Kılıç

Uludağ Üniversitesi, Bursa

Prof. Dr. Nilgün Köksal

Yok

Dr. Hilal Özkan (2005-)

Dr. Merih Çetinkaya (2006-)

Yeditepe Üniversitesi, İstanbul

Yrd. Doç. Dr. Filiz Tiker

Yok

Yok

Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van

Doç. Dr. Ercan Kırımı

Dr. Abdullah Ceylan (1999-2005)

Dr. Sevlıya Öcal (2006-)

Prof. Dr. Abdullah Ceylan

Dr. Oğuz Tuncer (2001-2004)

Sağlık Bakanlığı, Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Doç. Dr. Ayşegül Zenciroğlu

Yok

Dr. Nihal Demirel (2003-)

Dr. Ahmet Yağmur Baş (2003-)

Sağlık Bakanlığı, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Prof. Dr. Uğur Dilmen

Yok

Yok

Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Prof. Dr. Asiye Nuhoglu

Yok

Dr. Güner Karatekin (2003-)

Dr. Füsün Okan

Dr. Sinan Üslu (2003-)

Dr. Ali Bülbül (2003-)

NEONATOLOJİ YAN-DAL EĞİTİMİNDE AKREDİTASYON STANDARTLARI

NEONATOLOJİ EĞİTİM PROGRAMI

İçerik: Bu program Türk Neonatoloji Yeterlilik Kurulu'nun Türkiye'de neonatoloj yan-dal eğitimi için öngördüğü eğitim müfredat programını kapsar.

Tanım: Neonatoloji, yüksek riskli ve hasta yenidoğanların tanımlanması ve tedavisi ile ilgilenen bir pediatri yan-dalıdır.

Neonatoloji yan-dal eğitim programının amacı: Temel amacı her bir yan-dal uzman adayının hasta yenidoğanın tanımlanması ve tedavisinde yeterli hale gelmesi için uygun organize ilerleyici bir eğitim almasının sağlanmasıdır. Eğitim sürecinde adayın teorik, pratik, tanısal, teknolojik ve eğitici yeterlilik ve deneyimini kazanması hedeflenir.

Süre: Neonatoloji yan-dal eğitimi pediatri uzmanlık eğitiminden sonra 3 yıldır. Bu süre içinde adayın aşağıdaki teorik ve pratik eğitimi tamamlaması gerekir.

Teorik Eğitim

1. Epidemiyoloji

- Perinatal dönem mortalite/morbidite oranları ve bunları etkileyen faktörler
- Veri toplama yöntemleri

2. Fetal patofizyoloji ve fetusun değerlendirilmesi

- İntrauterin büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi
- Maternal hastalıklarda bebeğin etkilenmesi (diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalıkları, hematolojik hastalıklar gibi)
- Fetal anomalilerin tanısı, yaklaşımlar, perinatal multidisipliner değerlendirme ve danışmanlık verilmesi

3. Perinatal dönem farmakolojisi

- Maternal ilaçların fetal etkileri
- Term ve preterm yenidoğanlarda sık kullanılan ilaçlar (seçim, doz, yan etkiler)

4. Postnatal adaptasyon

- Doğumda oluşan respiratuar, kardiyovasküler ve diğer fizyolojik değişiklikler
- Doğum odasında resüsitasyon
- Doğumu izleyen dönemde sistemlerde oluşan gelişmeler
- Anne sütü ve emzirme fizyolojisi

5. Neonatal transport

6. Prematürelikle ilişkili sorunlar

a. Solunum

- Gelişimsel fizyoloji
- Surfaktan ve RDS
- Solunum desteğinde kullanılan yöntemler
- Mekanik ventilasyon ilkeleri (konvansiyonel ve ossilatör)
- Ventilasyon komplikasyonları
- Pulmoner fonksiyonların değerlendirilmesi
- Kan gazlarının değerlendirilmesi

b. Kardiyovasküler

- Patent duktus arteriyozus
- Persistan pulmoner hipertansiyon
- Konjenital kalp hastalıklarının tanınması ve ilk yaklaşımlar
- Hipotansiyon, şok ve yaklaşımlar

c. Gastrointestinal

- Gelişimsel fizyoloji
- Enteral beslenme (yöntemler, içerikler, izlem, komplikasyonlar)
- Nekrotizan enterokolit
- Parenteral beslenme (izlem standartları, değerlendirme, komplikasyonlar)
- Ağır neonatal gastrointestinal problemlerin değerlendirilmesi
- d. Renal
 - Yenidoğan böbrek fizyolojisi
 - Sıvı-elektrolit dengesi fizyolojisi
 - Yenidoğanda akut böbrek yetmezliği ve diyaliz
- e. Nörolojik
 - Yenidoğanın nörolojik gelişimsel özellikleri
 - Periventriküler-intraventriküler kanama, periventriküler lökomalazi
 - Prematürel retinopati, işitme izlemi
- 7. Zamanında ve prematüre doğan bebeğin ortak sorunları
 - a. Hiperbilirübinemi
 - b. Hematoloji/enfeksiyon
 - Konjenital enfeksiyonlar
 - Nazokomial enfeksiyonlar
 - İmmünolojik özellikleri
 - Sepsis
 - Trombosit/lökosit/hemoglobin değişikliklerinin anlamı ve yaklaşımlar
 - c. Metabolik sorunlar
 - Kalsiyum
 - Glukoz
 - Metabolik hastalıklar
 - d. Konjenital anomalilerde ilk yaklaşımlar ve izlemde sorunlar
 - e. Konvülsiyonlar
 - f. Yenidoğanın derisinin özellikleri ve

termoregülasyon

g. Cerrahi girişim sonrası yenidoğan izlemi

Pratik Eğitim

1. Resüsitasyon pratiği
 - Organizasyon
 - Uygulamalar
2. Solunumun desteklenmesi
 - Nazal CPAP
 - Entübasyon
 - Sürfaktan tedavisi
 - Ventilatör kullanımı
 - Uzun süreli ventilasyonda komplikasyonlara yaklaşım
3. Göğüs tüpü takılması
4. Damar yolu girişimleri
 - Umbilikal arter kateterizasyonu
 - Umbilikal ven kateterizasyonu
 - Periferik yoldan santral ven kateterizasyonu
 - Periferik arter kateterizasyonu
5. "Exchange" transfüzyon
6. Diyalizdeki hastanın izlemi
7. Transport
8. Suprapubik aspirasyon
9. Göğüs fizyoterapisi
10. Yenidoğan sedasyonu ve ağrı kontrolü
11. Yenidoğanda deri ve yara bakımı
12. Teknolojik beceriler
 - Küvöz kullanımı
 - Ventilatör kullanımı
 - Monitörlerin temel teknik özellikleri
13. İzlem polikliniği
 - Büyümenin ve fizik gelişimin izlenmesi
 - Beslenmenin planlanması

- Nöromotor ve gelişimsel izlemler
- Multidisipliner yaklaşım: Nöroloji / FTR / Göz / KBB iletişimi
- Aşılama

NEONATOLOJİ EĞİTİMİ VEREN KURULUŞLARDA BULUNMASI GEREKEN ÖZELLİKLER

Eğitimci ve eğitilenlerin özellikleri

1. Neonatoloji Yan-Dal Eğitimcisi

- a. Neonatoloji yan-dal eğitimi veren kuruluşlarda "tam gün çalışan en az bir neonatoloji uzmanı" eğitimci olmalıdır.
- b. Eğitici/eğitilen oranı en çok 1/3 olmalıdır.
- c. Eğitim sorumlusu veya diğer bir neonatoloji eğitimci tarafından günlük hasta-eğitim viziti yapılmalıdır.
- d. Çalışma dışında (akşamlar, hafta sonları ve resmî tatil günleri) en az bir neonatoloji eğitimcisi icapçı (kolay ulaşılabilir) olmalı ve gereken durumlarda hastaneye gelebilmelidir.

2. Neonatoloji Yan-Dal Eğitimi Sorumlusu

- a. Neonatoloji yan-dal eğitimi veren kuruluşlarda bir eğitimci programdan sorumlu ("Eğitim Sorumlusu") olarak görev alır. Eğitim sorumlusu neonatoloji uzmanı olmalıdır. Bu sorumlunun Üniversite Hastaneleri'nde Profesör ya da Doçent ünvanı olmalıdır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim Hastaneleri'nde ise bu görevi Yenidoğan Klinik Şefi yapar.
- b. Neonatoloji yan-dal eğitimi programının planlanması, yürütülmesi ve denetlenmesi eğitim sorumlusunun kontrolündedir.
- c. Neonatoloji yan-dal eğitimi veren kuruluşlarda eğitim sorumlusu Türk Neonatoloji Derneğinin üyesi olmalıdır.

3. Neonatoloji Yan-Dal Eğitim Programı

- a. Eğitim kuruluşunun ve programının değerlendirilmesi Neonatoloji Yeterlik Kurulu tarafından yapılmalıdır.
- b. Eğitim kuruluşunun bir neonatoloji yan-dal eğitim programı olmalı veya kuruluş Neonatoloji Yeterlik Kurulu tarafından kabul edilen bir

programı izlemelidir.

4. Yenidoğan Servisinde çalışan asistanlar

- a. 24 saat süresince en az bir pediatri asistanı tarafından görev yapılmalı, bu pediatri asistanının başka bir serviste görevi olmamalıdır.
- b. Eğitim kuruluşundaki eğitici ve eğitilenlerin yılda en az bir kez pediatri veya neonatoloji kongresine katılması sağlanmalıdır.
- c. Asistanların yılda en az bir kez eğitimleri yönünden değerlendirmesi yapılmalıdır.
- d. Her bir asistanın "Asistan Karnesi" olmalıdır.

5. Neonatoloji yan-dal eğitiminde "Zorunlu Rotasyonlar"

- a. En az 3 ay doğum servisi rotasyonu olmalıdır.
- b. Yıllık yenidoğan hasta sayısı 200'den az olan kuruluşlarda eğitim alan asistanların hasta sayısı 300'ün üzerinde olan kuruluşlarda en az 3 ay rotasyon yapması sağlanmalıdır.
- c. Yıllık çok küçük doğum ağırlıklı hasta hasta sayısı 50'den az olan kuruluşlarda eğitim alan asistanların yıllık çok küçük doğum ağırlıklı hasta sayısı 100'ün üzerinde olan kuruluşlarda en az 3 ay rotasyon yapması sağlanmalıdır.

6. Neonatoloji Yan-Dal Uzmanlık Sınavı

- a. Asistanlık süresinin bitiminde sınav yapılır. Bu sınav "tez-yazılı-sözlü" basamaklarını içerir
- b. Asistanların bir yan dal tezi yapması zorunludur. Sürenin bitiminde bu tez sınav komisyonu tarafından değerlendirilir. Yan-dal sınavına girebilmek için bu tezin Sınav Jürisi tarafından kabulü gerekir.
- c. Jüride Neonatoloji Yeterlilik Kurulunun belirlediği en az 1 kişi olmalıdır.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin özellikleri

1. Ünite aynı anda yoğun bakım gerektiren en az 3 hastayı, toplamda en az 15 hastayı yatıracak kapasitede olmalı ve yataklar arası mesafe ve yatak başı gerekli hava-oksijen çıkışları, prizler, aspirasyon sistemleri olabildiğince yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı

konusunda yapılmış olan önerilere uygunluk göstermelidir.

2. Ünitede her odada el yıkamak için uygun derinlikte lavabo olmalı ve musluklar el hijyenine uygun şekilde açılıp kapanır olmalıdır (oda sayısı en az 1).

3. Ünitede en az 3 yoğun bakım küvözü (ısı kontrollü, nemlendirme özelliği olan), bebek yatağı, 3 ventilatör, nabız-oksümetre ve en az üç kanallı hasta başı monitörü bulunmalı, monitör ve nabız-oksümetre sayıları ünitenin yatak kapasitesine göre ayarlanmalıdır. Çok kanallı monitörlerin invaziv ya da noninvaziv kan basıncı ölçebilme özelliği olmalıdır.

4. Ünitede yoğun bakım ihtiyacı olan hasta başına en az 3 adet infüzyon pompası bulunmalıdır. Hastalara sürekli infüzyon ile inotrop ilaç, prostaglandin, total parenteral nütrisyon uygulanabilmelidir.

5. Ünite içinde fototerapi uygulanabilmelidir.

6. Ünitede yatan hasta kapasitesine göre balon ve maske bulunmalıdır. Bir takım doğum salonunda kullanılmak üzere en az 3 laringoskop seti bulunmalıdır.

7. Ünite ya da hastane içinde (aynı binada) kan gazları ölçümü için gerekli cihaz bulunmalıdır.

8. Ünitede intratrakeal surfaktan uygulaması yapılabilmelidir.

9. Ünitede umbilikal arteriyel / venöz kateterizasyon, periferik arteriyel kateterizasyon, perkütan santral kateterizasyon için gerekli malzeme bulunmalıdır.

10. Ünite içinde ya da kısa sürede gelebilecek şekilde (aynı binada) portabl röntgen cihazı bulunmalıdır.

11. Ünitede ultrasonografi ve ekokardiyografi yapılabilmelidir.

12. Hastanede EEG çekilebilmelidir.

13. Ünite içinde prematürel retinopatisi yönünden oftalmolojik muayene yapılabilmelidir.

14. Hastanede pediatrik kardiyoloji, pediatrik nöroloji, pediatrik cerrahi, göz hastalıkları, radyoloji, nöroşirürji, pediatrik nefroloji, FTR bölümleri bulunmalıdır.

15. Yatan hastalardan TSH ve fenilketonüri taramaları için topuk kanı alınabilmeli ve gerekli laboratuvarlara ulaştırılabilmelidir.

16. Yenidoğan ünitesinin yıllık hasta sayısı en az 150, çok düşük ağırlıklı bebek sayısı en az 30, ventilatör ya da CPAP ile izlenen hasta sayısı en az 20 olmalıdır.

17. Doğum salonundan servise ya da servisten başka hastanelere hasta transportunu sağlayacak portabl transport küvözü bulunmalıdır.

18. Ünitenin hasta kayıt ve istatistik yapabilecek bir sistemi olmalıdır.

19. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşireleri serviste kalıcı olup, başka bölümlerde çalışmayan hemşireler olmalıdır.

20. Ünitede hemşireler için ayrıca bir hizmet içi eğitim programı bulunmalı ve öğretim üyeleri ve yan dal asistanları bu eğitimde aktif olarak görev almalıdır.

21. Ünitede ya da hastanede diyetisyen ve fizyoterapist görev almalıdır.

Doğum odasının özellikleri

1. Neonatoloji yan dal eğitimi için yıllık doğum sayısı en az (1000) olmalı ve bunların en az % 10'u riskli gebelik olmalıdır.

2. Doğum salonu resüsitasyonu için balonmaske, oksijen kaynağı, aspiratör, laringoskop seti ve entübasyon tüpleri, gerekli ilaçlar doğum salonu acil çantası/tepsisinde bulunmalıdır.

3. Doğum salonunda bebeklerin ısı kaybını en aza indirecek sistemler kurulmuş olmalıdır.

İzlem Polikliniği'nin özellikleri

a. Her yenidoğan yoğun bakım ünitesinin taburcu ettiği riskli bebekleri izlediği özel bir izlem polikliniği olmalı ve mümkünse genel pediatri polikliniğinden uzakta yer almalıdır.

b. İzlem polikliniği hastaları multidisipliner bir yaklaşımla izleyip düzenli olarak diğer bölümlerle olan kontrollerinin sürmesini sağlamalıdır.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİNDEN YENİDOĞAN BEBEKLERİN TABURCULUK BİLGİ VE RIZA (ONAM) FORMU

Hastanemizde doğan tüm yenidoğan bebekler, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görevli bir doktor tarafından doğum sırasında ve sonrasında muayene edilmektedir. Bebeğinize taburcu olmadan önce ve taburculuk sırasında uygulanacak olağan tetkik ve uygulamalar konusunda gerekli bilgilerin yazılı olarak verilmesi amacı ile bu form hazırlanmıştır.

- Bebeğinize doğum sonrasında kas içine K vitamini ve hepatit B aşısı (sarılık aşısı) yapılmaktadır. Bu işlem sırasında bebeklerin az bir kısmında enjeksiyon yapılan yerde kanama ve şişlik görülebilir.
- Bebeğe doğum sonrası göz enfeksiyonu gelişmesini önlemek amacı ile antiseptik göz damlası damlatılmaktadır. Çok nadiren bazı bebeklerde tahriş, göz akıntısı ve şişliğe sebep olabilmektedir.
- Bebeğinizin göbeğine doğumu sırasında göbek kordonu bağlanıp kesilirken iyotlu solüsyonla bakım yapılmıştır. Bebeğinizin göbeği henüz düşmediyse alt bezinin dışında, kuru ve temiz tutmanız gerekmektedir. Göbeğinde kanama, akıntı, kızarıklık, koku olduğunu fark ederseniz hemen bir sağlık kuruluşuna başvurunuz, göbeği düştükten sonra bebeğinizi yıkayabilirsiniz.
- Tüm yenidoğan bebekler taburcu olmadan sarılık açısından muayene edilmektedir. Hekim tarafından sarılık saptandığı takdirde alınan kan tahlili ile bebekte sarılık düzeyi değerlendirilmekte ve gerekli tedavi planı uygulanmaktadır. Yenidoğan bebeklerde sarılık çoğu zaman tamamen normal, kendiliğinden düzelen bir durum olsa da sarılığın çok yüksek olduğu durumlarda bebeğin beyninde kalıcı, geri dönüşümsüz hasara neden olabilmektedir. Hastanede yattığı süre içinde sarılığı olup

tedavi gören bebeklerde de tedavi ile sarılık gerileyip taburcu olduklarında sarılık tekrar yükselebilmektedir. Bu nedenle bebeğinizi sarılık kontrolü için size belirtilen günde kontrole getirmeniz son derece önemlidir.

- Bebeğinizi yenidoğan döneminde bebek her istediğinde emzirmek en uygunudur. Ancak 3-4 saatten fazla uyuyup güç uyandırılan, emmek istemeyen, kusan, günde 5 defadan daha az idrar yapan bebeklerde beslenme yetersizliği veya ciddi bir hastalık olabileceğinden hekim tarafından muayene edilmesi gereklidir. Bebeğinize anne sütü dışında su, serum, şekerli su gibi besinler vermeyiniz. Anne sütü ile beslenme konusunda herhangi bir sorun olduğu takdirde doktora başvurunuz. Emziren annelerin sağlık durumlarında sorun olduğunda ya da ilaç kullanmaları gerektiğinde bu hastalık ya da kullanılacak ilaçların emzirme ile ilgili bir soruna yol açıp açmayacağını doktorunuza danışınız.
- Bebeğiniz taburcu olmadan önce topuktan alınan kan ile fenilketonüri adı verilen kalıtsal bir metabolizma hastalığı için taramaya tabi tutulmaktadır. Bu testin sonucu normal olduğu takdirde size herhangi bir bilgi verilmeyecektir. Test sonuçlarında kuşku olduğu takdirde adresinize bildirilecektir. Bu durumda bebeği hastaneye tekrar getirmeniz ve test yaptırmanız gerekmektedir. Fenilketonüri hastalığı tedavi edilmezse ileri dönemde bebekte zeka geriliği ve havalelere neden olmaktadır. Erken tanı konulduğunda uygun izlem ve tedavi ile hastalığa ait bulgular en aza indirilebilir.
- Bebeğinizin 15 günlük olduğunda genel kontrol için muayene olması gerekmektedir. 15 günlük olduğunda yönlendirilmiş olduğunuz sağlık kuruluşuna başvurunuz. Bu sırada size aşılarının hangi tarihlerde yapılacağı bildirilecektir.

• Bebeğiniz 10 günlük olduğunda D vitamini damlası başlamanız gerekmektedir. D vitamini verilmeyen bebeklerde raşitizm (kemik gelişiminde bozukluk) ismi verilen bir hastalık gelişebilmektedir. D vitaminini bebeğinize 1 yaşına kadar aynı dozda vermeye devam ediniz.

• Bebeğinizin taburcu olurken sağlıklı görünmesi daha sonraki saatler ya da günler içinde sağlığının bozulmayacağı anlamına gelmez. Bu nedenle bebeğinizde ateş, sarılık, beslenmeme, uyandırılmama, idrar yapmada azalma, idrar veya dışkı renginde değişiklik, kusma, hareketlerinde yavaşlık, sık soluma, solunumda duraklama, anormal ağlama ve anormal hareketler gibi olağan dışı bir bulgu gördüğünüzde en yakın sağlık kuruluşuna derhal başvurunuz.

• Yenidoğan döneminde işitme taraması yapılması önerilmektedir. Bebeğinize doğumda işitme taraması yapıp yapılmadığını sorgulayınız. Yapılmasını diliyorsanız nerede yaptıracağınız konusunda yönlendirme alınız.

• Yenidoğan bebeklerin konjenital hipotiroidi hastalığı açısından tiroid hormon testlerinin yapılması önerilmektedir. Ancak konjenital hipotiroidi halihazırda Sağlık Bakanlığı tarafından fenilketonüri gibi ücretsiz olarak tüm bebeklerde taranmamaktadır. Dilerseniz bebeğinizin tiroid fonksiyon testlerini hastanemizde yaptırabilirsiniz.

• Bebeğinizin ilâve olarak

.....

.....

Hastaneden taburcu olmanız, bebeğinizin tamamen sağlıklı olduğu ve hiçbir şekilde hastalanmayacağına dair garanti oluşturmaz.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım.

Yukarıdaki yazı bana

..... tarafından okundu, ben de dinledim ve anladım.

Yasal velisi ya da vasisi olduğum

.....'nın taburculuğunu, kendi rızamla, hiçbir baskı görmeksizin ve tesir altında kalmaksızın gerçekleştiriyorum. Yukarıda bana anlatılan izlem planına uygun davranmanın tamamen benim sorumluluğumda olduğunu kabul ediyorum.

Adı ve soyadı:

Yakınlık derecesi:

Tarih:

İmza:

Şahidin adı ve soyadı (görevi ya da yakınlık derecesi):

Tarih:

İmza:

Doktorun adı ve soyadı:

Tarih:

İmza:

YENİDOĞAN SERVİSİNDE TIBBİ TEDAVİ, İŞLEM VE GİRİŞİMLER İÇİN BİLGİLENDİRME VE RIZA (ONAM) FORMU

Yenidoğan Servisi, doğumdan sonra ilk 28 gün içindeki bebeklerin kabul edildiği bir servistir. Bu serviste tüm hastalara yapılan genel tanı ve tedavi girişimleri yanında bebeğinizin kesin ya da olası hastalık/hastalıklarına yönelik ek tanı ve tedavi uygulamaları yapılacaktır. Bu tanı ve tedavi uygulamaları öncesinde aileler bilgilendirilecektir. Ancak başlangıçta öngörülme-yen bebeğin izlemi sırasında ortaya çıkan yeni sorunlara göre bazı acil girişimlerin yapılması gerekli olabilir. Bu form ile sizlere Yenidoğan Servisi'nde yapılabilecek genel ve acil tanı ve tedavi girişimleri hakkında bilgilendirme sağlanması amaçlanmıştır.

Sepsis ve enfeksiyon : Yenidoğan bebeklerde enfeksiyon ve sepsis diğer çocuklara ve erişkin bireylere göre daha farklı ve daha ağır seyreder ve hayati tehlikesi de daha yüksektir. Erken doğan ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde bu olasılık ve riskler de çok daha fazla oranda artmıştır. Ayrıca annenin sularının doğumdan önce erken gelmesi, annenin enfeksiyonları, çoğul gebelik, zor doğumlar, bebeğe yapılan her türlü yoğun girişim (kateter takılması, boğazına, akciğerine tüp yerleştirilmesi gibi) bu riski arttırmaktadır. Yenidoğan bebeklerde enfeksiyon hastalıklarının belirtileri ve bulguları da farklılıklar gösterir. Yoğun bakımda yatan hastalarımızda sepsis ya da enfeksiyondan kuşkulandığında sık kan tahlilleri, kan kültürleri, gerekli hallerde idrar, dışkı, sepsis gelişen bebeklerde menenjit çok sık görüldüğü için belden beyin-omurilik suyu ve diğer vücut sıvılarının alınarak incelenmesi ve kültür alınması ile çeşitli radyolojik tetkikler gerekli olabilir. Hastanın durumuna ve öngörülen enfeksiyona yönelik olarak antibiyotik tedavisi, gerekli durumlarda solunum cihazına bağlanma, kan veya kan ürünlerinin verilmesi, kateter takılması gerekebilmektedir. Bunların yapılmaması durumunda bebeğin tanı ve tedavisi mümkün olamayacaktır. Sepsis diğer

yaş gruplarına göre prematürelde daha fazla olmak üzere ölüm riski yüksek bir hastalıktır. İlk 4 günde ortaya çıkanlarda bu oran % 65'lere ulaşabilmektedir.

Sarılık: Zamanında doğan bebeklerin %60'ında, erken doğan bebeklerin %80'inde hayatın ilk günlerinde sarılık görülmektedir. Yenidoğan sarılığı çoğu kez zararsız ve kendiliğinden düzelen bir durum olsa da sarılığın belli seviyenin üzerinde artması bebeklerde beyinde, işitme sisteminde kalıcı zedelenmeye sebep olabilmektedir. Bebeğinizde sarılık olduğu takdirde bu sarılığın miktarı ve sarılığa neden olabilecek diğer hastalıklar yönünden bebekten kan tahlilleri ve idrar tahlili gerekmektedir. Bebekte saptanan sarılığın durumuna göre fototerapi (ışık tedavisi) uygulanmaktadır. Fototerapinin uzun dönemde bebekte bilinen bir yan etkisi bulunmamakla birlikte tedavi sırasında bebeklerin bir kısmında ciltte döküntü, trombositlerde düşüklük, sık ve sulu dışkı yapma görülebilir. Bebeklerin kısmı fazla su kaybedebilir. Sarılık düzeyinin çok daha fazla yüksek olduğu ve beyin hasarına yol açma riskinin bulunduğu durumlarda bebeğe kan değişimi uygulanabilmektedir. Yapılmadığı takdirde bebekte kalıcı geri dönüşümsüz beyin hasarı ve işitme kaybı gelişebilir. Kan değişimi sırasında bebeğin göbeğindeki damara kateter yerleştirilerek uygun olarak testleri yapılan kan ile bebeğin kanı değiştirilmektedir. Bu işlem sırasında azami özen gösterilse dahi bir takım riskler söz konusu olabilmektedir. Bu riskler enfeksiyon, damar içi pıhtı oluşumu ve buna bağlı bozukluklar, trombosit düşüklüğü, kan şekeri ve kan biyokimyasal değerlerinde bozukluklar, kan gazı bozuklukları, bağırsaklarda nekrotizan enterokolit denilen klinik durumdur.

Beslenme ve beslenme problemleri: Erken doğan bebeklerde emme ve yutma yeteneği

yeterli olgunluğa erişmediği için ağızdan beslenme genellikle ilk günlerde mümkün olmamaktadır. Erken doğan bebeklere yeterli beslenme miktarı sağlanana kadar ya da nekrotizan enterokolit gibi ağızdan beslenmeyi engelleyen hastalık durumlarında damardan günlük gereksinimlerini karşılayacak besin maddeleri ve vitaminlerin verilmesi gerekmektedir. Bu şekilde damardan uygulanan beslenmeye total parenteral beslenme adı verilmektedir. Bunun için bebeğe damar yolu ya da kateter takılması gerekmektedir. Total parenteral beslenme uygulanmadığı takdirde bebeklerde beslenme yetersizliğine bağlı bozukluklar ve hastalıklar görülür. Total parenteral beslenme uygulanan bebeklerde katetere bağlı olan yan etkiler dışında özellikle uzun süreli kullanıldığında kan şekeri ve elektrolit değerlerinde dengesizlik, karaciğer ve safra yollarını ilgilendiren hastalıklar, vitamin ve mineral bozuklukları ortaya çıkabilir. Bebeklerin durumu uygun olduğu en kısa süre içinde emme-yutma işlevleri olmasa dahi sonda takılarak enteral (ağızdan) beslenmeye geçilmektedir. Bu süre bebeğin hastalığının durumuna göre bebekten bebeğe farklılık göstermektedir.

Emme-yutma işlevleri olgunlaşmamış ya da hastalığı sebebi ile ağızdan beslenemeyecek durumda olan bebeklere eğer uygunsa damardan beslenme yerine öncelikle burundan ya da ağızdan mideye ulaşan bir sonda vasıtası ile anne sütü ya da mama verilmektedir. Verilecek anne sütü veya mama miktarı da bebeğin durumuna göre farklılıklar göstermektedir. Bebek bu şekilde beslenmediği takdirde beslenme yetersizliği, bağırsak ve mide gelişiminde gerilik ortaya çıkabilir. Bebeğin emme-yutma işlevleri yeterli olgunluğa eriştikten sonra enjektörle veya damlalıkla, biberonla ya da anne memesinden beslenmeye geçilmektedir. Zamanında doğan ve beslenen bebeklere 10. günde D vitamini, erken doğan bebeklere ise D vitamini yanı sıra diğer vitaminlerin de verilmesi gerekmektedir. Uygun dozda verildiğinde vitamin desteği yapılmasının yan tesiri olmamaktadır. Bu vitaminlerin verilmemesi durumunda bebekte vitamin eksikliğine bağlı hastalıklar görülecektir. Damardan beslenen bebeklere de günlük vitamin ihtiyaçları damardan verilmektedir. Ayrıca tüm yenidoğan bebeklere daha sonra ka-

nama bozukluğu gelişmemesi için doğumdan sonra K vitamini yapılmaktadır.

Yenidoğanın geçici takipnesi : Doğum sonrası erken dönemde, anne karnında bebeğin akciğerlerini dolduran sıvının doğum sonrasında emilmesinde gecikme sonucu ortaya çıkan, kendi kendini sınırlayan, yenidoğan dönemine özgü bir akciğer hastalığıdır. Bu bebeklerde doğumdan sonra birkaç saat içinde hızlı ve sık soluk alıp verme, morarma, inleme gibi bulgular ortaya çıkar. Yenidoğan döneminde akciğer enfeksiyonu (zatürre) ve sepsis de benzer bulgularla ortaya çıkabileceği için bu bebeklerin yakından izlenmesi gerekmektedir. Çoğu bebek sadece oksijen tedavisi ile düzelebileceği gibi bazı ağır hastalarda bebeğin solunum desteği için soluk borusuna veya burnuna tüp takılarak mekanik ventilatör adı verilen solunum cihazına bağlanması gerekebilir. Bebeğin enfeksiyon yönünden alınan tahlil sonuçları gelene dek antibiyotik tedavisi alması gerekebilir. Bebeğin solunum sıkıntısı fazla ise ağızdan beslenmez. Damar yolu açılarak serum ve damardan beslenme verilir. Bu hastalık tedavi edilmediğinde :

- Bebek yeterli derecede solutulmadığı takdirde oksijensiz kalarak beyinde ve diğer hayati organlarda kalıcı zedelenmeler olabilir.
- Bebek tedavi edilmediği takdirde solunum ve kalp yetmezliğinden kaybedilebilir.
- Tedavi olmadığı durumda hatta, tedavi öncesi ve sırasında da hava kaçağı sendromları (akciğer yada kalp zarları içine akciğerden hava girmesi) ortaya çıkabilir.

Aşılama: Tüm yenidoğan bebeklere doğumdan sonra en kısa süre içinde Hepatit B (sarılık) aşısı yapılmaktadır. Bebeğin diğer aşıları, aşı takvimine uygun olarak yapılmaktadır. Aşılarla ilgili de çok nadir de olsa yan etkiler söz konusu olabilir.

- Bebeğinizin ilâve olarak

.....

.....

Yukarıda başlıca problemlerini aktardığımız Yenidoğan Servisinde izlenen hastalarda her hastaya özel farklı hastalıklar da söz konusu olabilir. Bu durumlarda hastanızın ilave sorunları hakkında sizlere ayrıca bilgilendirme yapılacaktır. Burada en yeni ve bilimsel yöntemlere göre tanı ve tedavi yapılmış olsa bile bebeğinizin yenidoğan döneminde olmasına bağlı olarak bazı hastalık ve komplikasyonlar yine de gelişebilir.

Sonuç olarak yenidoğan servisinde en sık yapılan tanı ve tedavi girişimleri aşağıda belirtilmiştir. Bu girişimler (bir veya birkaçı) sadece hastanın durumu gerektirirse yapılacaktır. Acil bir durum olmadıkça hastanıza ne gibi bir girişim yapılacağı hakkında önceden size bilgi verilmeye çalışılacaktır.

- Nefes almasına yardım etmek ve gerekirse suni solunum cihazına bağlamak için nefes borusuna ya da burnuna tüp yerleştirilmesi
- Beslenme amacıyla burun ya da ağızdan mideye sonda yerleştirilmesi
- İlaç verilmesi amacıyla damarlara serum takılması
- Kan basıncı ölçümü, kan alınması veya ilaç verilmesi amacıyla damar yolu (kateter) takılması
- Atardamarlara sürekli kan basıncı ölçümü ve kanda oksijen vb. ölçümü için damar yolu (kateter) takılması
- İdrar sondası takılması
- Değişik vücut boşluklarından (belden, karnından veya akciğerlerden) sıvı örnekleri alınması

- Kan veya kan ürünlerinin verilmesi
- Sık kan alınması veya damar yolu açılması
- Hava kaçakları geliştiğinde göğse ya da kalp zarları arasına tüp yerleştirilerek biriken havanın boşaltılması
- Diyaliz yapılması

Bu girişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek yan etkiler şunlar olabilir (Bunlar mutlaka her bebekte görülmesi beklenen yan etkiler değildir, bazılarının görülme olasılığı oldukça nadirdir ancak ortaya çıkabilecek bazı yan etkiler ölümle dahi sonuçlanabilir);

- Soluk borusuna tüp yerleştirilmesi sırasında soluk borusu veya yemek borusunda yırtılma, ödem, hava yollarında nedbe doku ya da nekroz, damakta zedelenme olabilir.
- Burna yerleştirilen tüp nedeniyle midede şişme, hava kaçakları, burun derisinde zedelenme ve şekil bozukluğu gelişebilir. Ayrıca sondaya bağlı olarak mide içeriğinin geri gelmesi ve apne denilen solunum durmaları, burunda zedelenme ve tahriş görülebilir.
- Vücuda yerleştirilen sonda ve tüplerin sabitlenmesi için kullanılan flasterlere bağlı olarak deride zedelenme ve doku kayıpları ortaya çıkabilir,
- Mekanik ventilatör tedavisi sırasında hava kaçağı sendromları (pnömotoraks, pnömediastinum, pulmoner interstisyel amfizem, pnömoperikardiyum, pnömoperitonyum) olabilir, uzun süreli mekanik ventilatöre bağlı kalan bebeklerde soluk borusunda daralmalar gelişip, boğazdan soluk almayı sağlayıcı hava deliği açılması gerekebilir.
- Dışarıda vücut içerisine yerleştirilen her türlü alet (kateter, tüp, sonda vb) enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır.
- Kullanılan antibiyotiklerin kendisine bağlı olarak bazı bebeklerde böbrek, karaciğer ve işitme ile ilgili komplikasyonlar olabilir.
- Yerleştirilen kateterlerde enfeksiyon, kanın pıhtılaşarak damarlarda ya da kateter içinde tıkanıklıklar, kanama, hava kaçakları ve kateterin takıldığı yere göre kalpte ritm bozuklukları, nekrotizan enterokolit ortaya çıkabilir.

.....

Yenidoğan Servisine kabul, herhangi bir hastalığın yada durumun iyileşeceğine dair garanti oluşturmaz.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım.

Yukarıdaki yazı bana

..... tarafından okundu, ben de dinledim ve anladım.

Yasal velisi ya da vasisi olduğum

.....dosya numaralı

.....'nın teşhis, tedavi ve takibi için gerekli tüm işlem ve girişimlerin yapılmasını, yukarıda yazılan tüm risklerle birlikte kendi rızamla, hiçbir baskı görmeksizin ve tesir altında kalmaksızın kabul ediyorum.

Adı ve soyadı:

Yakınlık derecesi:

Tarih:

İmza:

Şahidin adı ve soyadı (görevi ya da yakınlık derecesi):

Tarih:

İmza:

Doktorun adı ve soyadı:

Tarih:

İmza:

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SERVİSİNDE GİRİŞİMLER İÇİN HASTA RIZA (ONAM) FORMU

Bu form Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi veya Servisinde izlenen bebeklerin tanı ve tedavileri için yapılan girişimlerin başlıcaları ve olası komplikasyonları hakkında ailelere yazılı olarak bilgilendirme yapılması amacı ile hazırlanmıştır. Bebeğinizin tanısına göre bunların bir ya da daha fazlası yapılabilir, hiçbirisi yapılmayabilir ya da burada belirtilmemiş ek girişimlerin yapılması da söz konusu olabilir. Her girişim öncesinde aileler bilgilendirilmeye çalışılacaktır. Ancak başlangıçta öngörülmeyen, bebeğin izlemi sırasında ortaya çıkan yeni sorunlara göre bazı acil girişimlerin yapılması gerekli olabilir.

TOPLAR DAMARLARA KATETER TAKILMASI (VENÖZ KATETERİZASYON)

1. Damardan serum ve beslenme sıvılarının verilmesi,
2. İlaç tedavisi uygulanması amacı ile toplar damarlara kateter ismi verilen ince plastik benzeri tüpler takılabilmektedir.

Olası komplikasyonlar

1. Enfeksiyon,
2. Damar iltihabı (flebit),
3. Damarlarda spazm,
4. Hematom adı verilen kan birikimi,
5. Hava ya da pıhtı parçacıklarının damara kaçması ile dolaşım bozukluğu ve organ zedelenmesi (emboli),
6. Cilt altı dokulara sıvı yada ilaç sızıntısı,
7. Göbek damarlarına takılan kateterlerde karaciğerde nekroz (doku yıkımı), kalpte ritm bozuklukları, portal hipertansiyon, nekrotizan enterokolit gelişebilir.

TOPUK KANI ALINMASI

Sarılık, kan gazı, bazı tarama testleri (fenilketonüri gibi) topuktan alınan kan ile tahlil edilebilmektedir.

Olası komplikasyonlar

1. Topuktaki cilt ve cilt altı yumuşak dokularda enfeksiyon (sellülit),
2. Ayak kemiklerinde enfeksiyon (osteomyelit),
3. Topukta nedbe dokusu oluşumu ve iz kalması (skar),
4. Kireçlenmiş nodüller,
5. Yetersiz kan alımı ve yetersiz sonuçlar.

ATAR DAMARDAN (ARTERİYEL) KAN ALMA

1. Atardamarlardaki kandaki kan gazını değerlendirmek,
2. Toplardamarlardan kan alınamadığı durumlarda tahlil için kan almak için yapılır.

Olası komplikasyonlar

1. Kan alınan bölgede hematoma adı verilen kan sızması ve şişliği,
2. Atardamarda spazm, kan pıhtısı oluşumu ile damarda tıkanıklık (tromboz) ve bu pıhtının vücudun diğer damarlarına kaçması (emboli),
3. Enfeksiyon.

ATARDAMARLARA KATETER TAKILMASI

Sık sık atardamardan kan almanın gerektiği durumlarda, göbekteki veya vücuttaki diğer atardamara kateter adı verilen plastik benzeri bir maddeden yapılmış, ince bir boru yerleştirilir.

rilir. Bu sayede gerekli durumlarda atardamardan kan basıncının takibi de yapılabilir.

Olası komplikasyonlar

1. Atardamarda spazm, hematoma adı verilen kan sızması ve şişliği, damarda yırtılma,
2. Kan pıhtısı oluşumu ile damarda tıkanıklık (tromboz) ve bu pıhtının vücudun diğer damarlarına kaçması (emboli), kan kaybı,
3. Enfeksiyon,
4. Ciltte kanlanmanın bozulması (iskemi) veya gangren.

MİDE SONDASI TAKILMASI

1. Emme-yutma işlevlerindeki yetersizlik nedeni ile ağızdan beslenemeyen hastaların beslenmesi,
2. Hastalığı nedeni ile ağızdan beslenmesi sancılı olan bebeklerin beslenmesi,
3. Mide ya da bağırsakların hastalık nedeni ile sürekli boşaltılması gereken hastalar,
4. Ağızdan beslenemeyen hastalara bazı ilaçların verilmesinin gerekli olduğu durumlar
5. Mide içeriğinin tahlili gereken durumlarda bebeklere ağızdan ya da burundan mideye uzanan bir sonda takılması gerekebilmektedir.

Olası komplikasyonlar

1. Solunum duraklaması (apne) ve kalp hızında yavaşlama (bradikardi)
2. Yemek borusu (ösefagus), arka yutak (posterior farinks), mide veya oniki parmak bağırsağında (duodenum) zedelenme ve yırtılmalar,
3. Oksijenlenmede azalma,
4. Aspirasyon (mide içeriğinin akciğerlere kaçması).

MESANEYE SONDA TAKILMASI

1. İdrar yolu iltihabı düşünülen hastalarda idrar kültürü almak,
2. İdrar miktarının izlenmesi gerekli olan hastalarda,

3. İdrarını yapamayıp mesanede rahatsızlık gelişmiş hastalarda mesaneyi boşaltmak amacıyla,

4. Voiding sistourogram adı verilen radyolojik tetkikin yapılması gereken hastalarda mesaneye sonda takılması gerekebilir.

Olası komplikasyonlar

1. Enfeksiyon,
2. İdrar yolunda travma,
3. Kanlı idrar yapma (hematüri),
4. İdrar yolunda daralma (striktür)

MESANEDEN İĞNE İLE İDRAR ALINMASI (SÜPRAPÜBİK ASPİRASYON)

İdrar yolu iltihabı düşünülen ve bu nedenle idrar kültürü alınacak hastadan diğer yöntemlerle idrar kültürü alınmasında bir engel varsa bir iğne ile mesaneden (alt karından idrar torbasına girilerek) idrar alınabilir.

Olası komplikasyonlar

1. Kanama,
2. Enfeksiyon,
3. Bağırsakta delinme.

GÖĞÜS TÜBÜ TAKILMASI

Akciğerleri çevreleyen zarlar arasına hava kaçığı (pnömotoraks), sıvı ya da iltihap birikimi (ampiyem) olduğu durumlarda bu zarlar arasındaki hava ya da sıvılar, hem akciğerlerin solunum işlevlerini bozmakta hem de büyük damarlara baskı yaparak hayati tehlikeye neden olmaktadır. Bu durumlarda hastanın kaburgalarının arasından zarlar arasına uzanan plastik benzeri maddeden yapılmış tüpler doktor tarafından takılmaktadır. Bu sayede akciğer ve büyük damarlara olan baskı azaltılmaktadır.

Olası komplikasyonlar

1. Enfeksiyon,
2. Kanama,
3. Sinir hasarlanması,
4. Akciğerlerde travma

ENDOTRAKEAL İNTÜBASYON (SOLUK BORUSUNA TÜP YERLEŞTİRİLMESİ)

1. Solunum cihazı ile solunum desteği verilmesi gereken hastalarda,
2. Akciğer enfeksiyonu nedeni ile solunum yollarından kültür alınması gereken hastalarda,
3. Akciğerlerindeki aşırı salgılar nedeni ile solunum yollarını yeterli düzeyde açık tutamayıp tıkanıklık gelişen hastalarda,
4. Doğum öncesi ve sırasında bebeğin dışkıyı (mekonyum) yapması ve bu dışkının bebeğin akciğerlerine kaçtığı durumlarda bebeğin soluk borusuna (trakea) tüp yerleştirilmesi gerekmektedir.

Olası komplikasyonlar

1. Soluk borusunda (trakea) delinme,
2. Yemek borusu (ösofagus) delinme,
3. Gırtlakta (larinks) ödem ve darlıklar,
4. Damakta zedelenme

KAN DEĞİŞİMİ

1. Sarılık değeri beyin hücrelerine zarar verecek düzeyde yükselen bebeklere,
2. Kan uyuşmazlığına bağlı olarak ciddi etkilenen bebeklere (Yenidoğanın hemolitik hastalığı),
3. Sepsisli bazı bebeklere,
4. Dissemine intravasküler koagülasyon adı verilen, damar içinde kanama-pıhtılaşma sisteminin ağır bozukluğu ile yaşamı tehdit eden acil klinik durumda,
5. Ağır asit-baz dengesi bozukluğuna sebep olan doğuştan metabolik hastalıklarda,
6. Ağır sıvı veya elektrolit dengesizliklerinde,
7. Polisitemi (kan hacminin aşırı yüksekliği) varlığında,
8. Ağır anemi ve protein eksikliği ile seyreden hidrops fetalis adı verilen acil yaşamı tehdit eden durumlarda uygulanmaktadır.

Bu girişim sırasında bebeğin göbek kordonundaki damarlara kateter yerleştirilerek bebekten alınan kan, Kan Bankası tarafından hazır-

lanan ve sarılık (hepatit B ve C), AIDS, sifiliz hastalıklarına karşı testleri yapılmış, hastanın ve klinik durumuna uygun kan grubundaki erişkin kanı ile değiştirilmektedir.

Olası komplikasyonlar

1. Enfeksiyon ve bağışıklık sistemine özgün geç komplikasyonlar,
2. Damarsal komplikasyonlar (damarlarda pıhtı oluşumu ile tıkanma, pıhtının diğer damarlara kaçması ile organların dolaşımında bozulma, damarlarda zedelenme),
3. Pıhtılaşma sisteminde bozukluk (trombositlerde azalma, pıhtılaşma faktörlerinde azalma, kanamalar),
4. Kan elektrolit düzeylerinde bozukluklar (potasyum, kalsiyum düzeylerinde anormallikler),
5. Kan şekeri düşüklüğü,
6. Kan asit-baz dengesi bozuklukları,
7. Nekrotizan enterokolit (Bağırsaklarda dolaşım bozukluğuna bağlı olarak bağırsak işlevlerinde bozulma ile seyreden, bağırsak delinmesi, şok ve ölüme kadar ilerleyebilen ciddi bir hastalık),
8. Testleri yapılmış, ışınlanmış ve filtre edilmiş olmasına karşın kan ürünleriyle CMV ve bazı diğer viral enfeksiyonların, kan ürünü kullanımından sonra erken ve geç dönemde ortaya çıkışı.

BELDEN SIVI ALINMASI (LOMBER PONSİYON)

1. Menenjit kuşkusu olan hastalar,
2. Subaraknoid kanama kuşkusu olan hastalar,
3. Kalıtsal metabolik hastalıkların bazı tiplerinde beyin-omurilik sıvısında bazı biyokimyasal testler yapmak,
4. Beyin-omurilik sıvısına ilaç verilmesi gereken durumlar,
5. Merkezi sinir sistemi enfeksiyonu geçirmekte olan hastalarda hastalığın ve tedavinin izlemine değerlendirmek amacı ile bel omurları arası boşluklardan özel iğneler vasıtası ile beyin-omurilik sıvısı alınması gerekebilmektedir.

Olası komplikasyonlar

1. Enfeksiyon,
2. Omurilikte intraspinal epidermoid tümör gelişimi
3. Beyindeki foramen magnum ismi verilen delikten beyin dokularının fıtıklaşması,
4. Omurilik ve sinirlerde zedelenme,
5. Solunum tutulması (apne) ve kalp hızında yavaşlama (bradikardi),
6. Oksijenlenmede bozulma (hipoksi),

KARIN BOŞLUĞUNDAN SIVI ALINMASI (PARASENTEZ)

1. Karında asit (sıvı) saptanan olgularda teşhise yardımcı olacak tahlillerin yapılabilmesi için örnek almak,
2. Karında aşırı sıvı birikmiş olgularda, bu sıvının akciğerlere baskısı nedeni ile solunum ve dolaşımın yeterli olmadığı durumlarda bebeğin solunumun rahatlatmak amacı ile karın içi sıvının boşaltılması amacı ile karın içi sıvısı iğne vasıtası ile boşaltılmaktadır.

Olası komplikasyonlar

1. Kan basıncında düşüklük,
2. Enfeksiyon,
3. İnce bağırsaklarda delinme,
4. Mesanede delinme,
5. Karın içi sıvısının sebat eden kaçaklarının oluşumu

PERİKARDİYOSENTEZ

Kalbi çevreleyen zarlar arasında sıvı birikimi ya da hava kaçağının olduğu durumlarda, kalbin fonksiyonlarını etkileyecek düzeyde ağır vakalarda kalp zarları arasında toplanan sıvı ya da havanın ekokardiyografi ismi verilen bir çeşit ultrason görüntülemesi eşliğinde özel iğnelerle boşaltılmasıdır.

Olası komplikasyonlar

1. Kalp kasında yırtılma,
2. Akciğer zarları arasına hava kaçağı (pnömotoraks) ya da kanama (hemotoraks),
3. Enfeksiyon

• Bebeğinizin ilâve olarak

.....

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım.

Yukarıdaki yazı bana

..... tarafından
 okundu, ben de dinledim ve anladım.

Yasal velisi ya da vasisi olduğum çocuğum

.....'nın teşhis, tedavi ve takibi için gerekli tüm işlem ve girişimlerin yapılmasını, yukarıda yazılan tüm risklerle birlikte kendi rızamla, hiçbir baskı görmeksizin ve tesir altında kalmaksızın kabul ediyorum.

Adı ve soyadı:

Yakınlık derecesi:

Tarih:

İmza:

Şahidin adı ve soyadı (görevi ya da yakınlık derecesi):

Tarih:

İmza:

Doktorun adı ve soyadı:

Tarih:

İmza:

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TIBBİ TEDAVİ, İŞLEM VE GİRİŞİMLER İÇİN BİLGİLENDİRME VE RIZA (ONAM) FORMU

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi erken doğum ya da diğer nedenlerle yoğun bakım gerektiren hastaların kabul edildiği bir servistir. Bu serviste tüm hastalara yapılan genel tanı ve tedavi girişimleri yanında bebeğinizin kesin ya da olası hastalık/hastalıklarına yönelik ek tanı ve tedavi uygulamaları yapılacaktır. Bu tanı ve tedavi uygulamaları öncesinde aileler bilgilendirilecektir. Ancak başlangıçta öngörülme- yen bebeğin izlemi sırasında ortaya çıkan yeni sorunlara göre bazı acil girişimlerin yapılması gerekli olabilir. Bu form ile sizlere yoğun bakım ünitemizde yapılabilecek genel ve acil tanı ve tedavi girişimleri hakkında bilgilendirme sağlanması amaçlanmıştır.

Bebeğiniz yenidoğan yoğun bakım ünitesine erken doğum (prematürite) nedeni ile yatırılmış ise, bebeğinizde olması beklenen sorunlar şunlardır:

Respiratuar distres sendromu: Bebeğin akciğer gelişiminin tamamlanmadan doğması nedeni ile akciğerlerde yapılan surfaktan ismi verilen maddenin yetersizliği yüzünden bebeğin yeterli solunumunu sağlayamaması ile karakterize bir hastalıktır. Bebek ne kadar erken doğmuşsa hastalığın görülme sıklığı ve ölüm riski o kadar yüksektir. Genel olarak 1500 gramdan daha düşük doğum kilosuna sahip bebeklerin yarısında ortaya çıkar. Bu amaçla bebeğe mekanik ventilatör denilen bir cihaz yardımı ile solunum desteği yaptırılması gerekmekte ve gerekli durumlarda akciğerlerine surfaktan adlı ilaç verilmektedir. En gelişmiş ülkelerde bile RDS'den ölüm riski yüksektir. Surfaktan tedavisi ile RDS'ye bağlı ölümler ve hava kaçakları (akciğer yada kalp zarları içine akciğerden hava girmesi) ancak yarı yarıya azalmaktadır. Bebeğe bu durumda aşağıdaki girişimlerin yapılması gerekmektedir :

- Damar yolunun açılarak serum takılması
- Soluk borusuna (trakea) veya burnuna tüp yerleştirilmesi

- Soluk borusuna yerleştirilen tüpten surfaktan adı verilen ilacın verilmesi
- Soluk borusuna veya burnuna yerleştirilen tüp aracılığı ile bebeğin mekanik ventilatöre bağlanarak solunum desteği yapılması
- Bebeğe tedavi öncesi ve sonrasında gerekli aralıklarla akciğer filmi çekilmesi
- Göbekteki damarlarına kateter adı verilen ince plastik tüplerin yerleştirilerek tedavi için gerekli serumların verilmesi ve aralıklı alınan kan örnekleri ile kan gazı değerlerinin takip edilmesi
- Bebekte enfeksiyon kuşkusu durumunda antibiyotik tedavisi verilmesi
- Bebeğin gerekli durumlarda sakinleştirilmesi amacı ile ilaç tedavisi uygulanması

Bu hastalık hiç tedavi edilmediğinde ise daha sıklıkla:

- Bebek oksijensiz kalarak beyinde ve diğer hayati organlarda kalıcı zedelenmeler olabilir.
- Bebek solunum ve kalp yetmezliğinden kaybedilebilir.
- Hava kaçağı sendromları (akciğer ya da kalp zarları içine akciğerden hava girmesi) daha fazla sıklıkta ortaya çıkabilir.
- Tedavi edilmediğinde daha sık olmakla birlikte RDS'li bebeklerin ve genel olarak premature bebeklerin izlemi sırasında sık görülebilen hastalıklar ve bu hastalıklar sırasında yapılabilecek girişimler aşağıda özetlenmiştir.

Nekrotizan enterokolit: Bağırsakların kısmen ya da tamamen kanlanmasının bozulması ile karakterize önemli bir sindirim sistemi hastalığıdır. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde izlenen bebeklerin yaklaşık %10' unda gelişebilmektedir. Esas olarak prematüre (erken

doğan) bebeklerde görülmekle birlikte hastaların %10'unu zamanında doğan bebekler oluşturmaktadır. Neden geliştiği tam olarak bilinmemekle birlikte, tek bir nedene bağlı olmadığı, erken doğuma bağlı sindirim sisteminin tam gelişmemesi yanında; doğum öncesi ya da sırasında oksijensiz kalma, kalp ve akciğer hastalıkları nedeniyle oksijensiz kalma, beslenme, kan değerlerinin aşırı yüksek olması ve bağırsaklarda bakteri ya da virusların çoğalması gibi faktörlerin hastalığa yol açtığı kabul edilmektedir. Nekrotizan enterokolit kuşkusunu olan hastalara aşağıdaki tetkiklerin yapılması gerekli olmaktadır .

- Tam kan sayımı ve kan yayması, kan biyokimyası testleri
- Kan kültürü ve enfeksiyon ile ilişkili testler
- Kan gazı ölçümü
- Dışkı tahlili
- Karın filmi (gerekli görülün sıklıkta)

Nekrotizan enterokolit düşünülen ya da kuşkulanan hastalara aşağıdaki tedaviler uygulanmaktadır:

- Ağızdan ya da mide sondası ile beslenme kesilir, damar yolu açılarak parenteral beslenme (damardan beslenme) başlanır.
- Geniş etkili ikili ya da üçlü antibiyotik tedavisi başlanır.
- Mideye yerleştirilen sonda aracılığı ile bebeğin mide-bağırsaklardaki gaz ve sıvılar boşaltılır ve izlenir.
- Hastalık bu tedavilerle kendini sınırlayabilir ya da tüm tedaviye rağmen ilerleyebilir.
- Bağırsaklarda delinme ya da klinik durumda ileri derecede bozulmanın gerçekleşmesi durumunda delinmiş ya da gangren olmuş bağırsak bölümlerinin çıkarılması ya da karna dren yerleştirilmesi gibi cerrahi girişimler gerekli olabilir. Bu nedenle bu hastalar Çocuk cerrahisi uzmanları ile birlikte izlenmektedir.

Bebeğinizde nekrotizan enterokolit teşhisi konulması durumunda yukarıda sözü edilen tetkik ve tedaviler yapılmadığı takdirde bebek hayatını kaybedebilir. Tedavi sırasında ya da

sonrasında da aşağıda sayılan komplikasyonlar görülebilir:

- Parenteral beslenmeye (damardan beslenme) bağlı komplikasyonlar
- Özellikle cerrahi girişim sonrası bağırsakta darlıklar, işlev bozuklukları, kısa bağırsak sendromu, sindirim işlev bozuklukları ve cerrahi girişime bağlı diğer komplikasyonlar
- Ölüm

Beslenme ve beslenme problemleri: Erken doğan bebeklerde emme ve yutma yeteneği yeterli olgunluğa erişmediği için ağızdan beslenme genellikle ilk günlerde mümkün olmaktadır. Erken doğan bebeklere yeterli beslenme miktarı sağlanana kadar ya da nekrotizan enterokolit gibi ağızdan beslenmeyi engelleyen hastalık durumlarında damardan günlük gereksinimlerini karşılayacak besin maddeleri ve vitaminlerin verilmesi gerekmektedir. Bu şekilde damardan uygulanan beslenmeye total parenteral beslenme adı verilmektedir. Bunun için bebeğe damar yolu ya da kateter takılması gerekmektedir. Total parenteral beslenme uygulanmadığı takdirde bebeklerde beslenme yetersizliğine bağlı bozukluklar ve hastalıklar görülür. Total parenteral beslenme uygulanan bebeklerde katetere bağlı olan yan etkiler dışında özellikle uzun süreli kullanıldığında kan şekeri ve elektrolit değerlerinde dengesizlik, karaciğer ve safra yollarını ilgilendiren hastalıklar, vitamin ve mineral bozuklukları ortaya çıkabilir. Bebeklerin durumu uygun olduğu en kısa süre içinde emme-yutma işlevleri olmasa dahi sonda takılarak enteral (ağızdan) beslenmeye geçilmektedir. Bu süre bebeğin hastalığının durumuna göre bebekten bebeğe farklılık göstermektedir.

Emme-yutma işlevleri olgunlaşmamış ya da hastalığı sebebi ile ağızdan beslenemeyecek durumda olan bebeklere eğer uygunsa damardan beslenme yerine öncelikle burundan ya da ağızdan mideye ulaşan bir sonda vasıtasıyla anne sütü ya da mama verilmektedir. Verilecek anne sütü veya mama miktarı da bebeğin durumuna göre farklılıklar göstermektedir. Bebek bu şekilde beslenmediği takdirde beslenme yetersizliği, bağırsak ve mide gelişiminde gerilik ortaya çıkabilir. Bebeğin

emme-yutma işlevleri yeterli olgunluğa eriştikten sonra enjektörle veya damlalıklarla, biberonla ya da anne memesinden beslenmeye geçilmektedir. Zamanında doğan ve beslenen bebeklere 10. günde D vitamini, erken doğan bebeklere ise D vitamini yanı sıra diğer vitaminlerin de verilmesi gerekmektedir. Uygun dozda verildiğinde vitamin desteği yapılmasının yan tesiri olmamaktadır. Bu vitaminlerin verilmemesi durumunda bebekte vitamin eksikliğine bağlı hastalıklar görülecektir. Damardan beslenen bebeklere de günlük vitamin ihtiyaçları damardan verilmektedir. Ayrıca tüm yenidoğan bebeklere daha sonra kanama bozukluğu gelişmemesi için doğumdan sonra K vitamini yapılmaktadır.

Kafa içi kanama: Yenidoğan bebeklerin doğum öncesi ve sırasındaki zorlanmalara bağlı olarak ya da erken doğan bebeklerde beyin damarlarının özelliği gereği kafa içi kanamaya yatkınlıkları söz konusudur. Bebek ne kadar erken doğarsa o kadar sık görülür, genel olarak 1500 gramın altındaki bebeklerde yaklaşık %20 oranında ortaya çıkar. Bu durum bebeklerde hiçbir bulgu vermeksizin görülebileceği gibi havale geçirme, solunum bozulmaları, kan basıncında değişiklikler veya ani ölüm yol açabilmektedir. Yenidoğan yoğun bakım servisinde izlenen bebekler yattıkları süre içinde haftalık olarak beyin ultrasonu ile kafa içi kanama açısından değerlendirilmektedirler. Kafa içi kanama saptanan bebeklere gerekli tıbbi durum olduğu takdirde daha ileri beyin görüntüleme yöntemleri (beyin tomografisi ya da manyetik rezonans) uygulanabilmektedir. Kafa içi kanama saptanan bebekler baş çevresi artış hızı, havale geçirme durumu ve nörolojik muayene yapılarak izlenmekte ve havale geçirme durumu olduğu takdirde havale durdurucu ve havale geçirmesini önleyici ilaç tedavisi almaktadırlar. Kafa içi kanaması ağır olan ve kanamanın beyin sıvı dolaşımını bozduğu hastalar Beyin Cerrahisi uzmanları ile değerlendirilerek gerekli olduğu takdirde beyinle karın boşluğu arasına şant takılması veya beyin boşluklarındaki fazla sıvının kapalı bir sistemle vücut dışına alınması gibi cerrahi işlemler yapılabilmektedir. Kafa içi kanaması olan bebeklerde ileriki yaşamlarında hasar olup olmayacağı kanamanın ağırlığına ve yerine bağlı olarak değişmektedir. Bebeğinizde haftalık ultrason ile kafa içi kanama açısın-

dan değerlendirme yapılmasının herhangi bir yan etkisi olmayacaktır. Yapılmadığı takdirde teşhiste ve tedavilerde gecikme söz konusu olabilir. Uygulanacak ilaçlara ait yan etkiler söz konusu olmakla birlikte bebeğin havale geçirmesi bebeğin ölümüne, daha ağır beyin hasarına yol açabilir.

Periventriküler lökomalazi ise beyin boşluklarını çevreleyen beyaz cevher denilen beyin dokusunun zedelenmesi olarak tanımlanabilir. Genel olarak erken doğuma bağlı olmakla birlikte, doğum öncesi ve sırasında beyinde oksijenlenme ve kanlanmanın bozukluğu ve anne karnında enfeksiyonlara maruz kalma sorumlu tutulmaktadır. Kesin tanısı doğumdan sonra en erken ikinci haftadan sonra yapılan beyin ultrasonografisinde bahsedilen bölgelerde kistik olabilen hasarın izlenmesi ile konur. Bilinen kesin bir tedavisi yoktur. Sıklıkla spastik felçlere yol açtığı için erken dönemde fizik tedavi uygulanmaktadır.

Prematüre retinopatisi (Prematüre bebeklerde gözdeki retina tabakasının bozukluğu): Düşük doğum ağırlıklı ya da erken doğan bebeklerde gözdeki retina tabakasında bulunan damarların gelişimi tamamlanmadan doğuma bağlı olarak ortaya çıkan anormal damar gelişimi ile karakterize bir durumdur. Bazı olgularda tek başına prematüre doğmak yeterli bir risk faktörüdür. Kesin olmamakla birlikte aşırı oksijene maruz kalmak, anneye ait bazı komplikasyonlar, solunum durmaları, kan gazı bozuklukları, kafa içi kanama, kansızlık, kan transfüzyonları ve enfeksiyonlar ilave risk faktörleri olabilmektedir. Hastalığın erken evreleri çok sık görülmekle birlikte (1000 gramın altındakilerde % 80) tedavi gerektiren ileri evreler daha nadirdir. Erken doğan bebeklerde hiçbir klinik bulgu vermeksizin de görülebilmektedir. Hastalığın ilk bulguları geç ortaya çıktığından başlangıç incelemesi 4-6 haftalar arasında yapılır. Bebeğiniz taburcu olurken göz muayene izlemleri tamamlanmamışsa sizin için alınacak olan randevu tarihlerinde bebeğinizi göz muayenesi için kontrole getirmeniz gerekmektedir. Göz muayenesi sırasında retinanın uygun olarak değerlendirilebilmesi amacı ile bebeğin göz bebeğini büyütücü göz damlaları damlatılmaktadır. Bu damlaların etkisi ile bazı bebeklerde solunum durması (apne), morarma, beslenme toleranssızlığı olabil-

mektedir. Bu muayenenin yapılmaması durumunda bebeğinizde retina damarlarında bir sorun olup olmadığı anlaşılacaktır. İleri evre hastalık zamanında tedavi edilmediği takdirde bebekte tam körlüğe sebep olabilir. Bebeğin izlem planı ve tedavi gerektiren durumlarda bunun şekli ve sonuçları Göz Hastalıkları hekimi tarafından sizlere aktarılacaktır.

Sepsis ve enfeksiyon: Yenidoğan bebeklerde enfeksiyon ve sepsis diğer çocuklara ve erişkin bireylere göre daha farklı ve daha ağır seyrederek ve hayati tehlikesi de daha yüksektir. Erken doğan ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde bu olasılık ve riskler de çok daha fazla oranda artmıştır. Ayrıca annenin sularının doğumdan önce erken gelmesi, annenin enfeksiyonları, çoğul gebelik, zor doğumlar, bebeğe yapılan her türlü yoğun girişim (kateter takılması, boğazına, akciğerine tüp yerleştirilmesi gibi) bu riski arttırmaktadır. Yenidoğan bebeklerde enfeksiyon hastalıklarının belirtileri ve bulguları da farklılıklar gösterir. Yoğun bakımda yatan hastalarımızda sepsis ya da enfeksiyondan kuşkulandığında sık kan tahlilleri, kan kültürleri, gerekli hallerde idrar, dışkı, sepsis gelişen bebeklerde menenjit çok sık görüldüğü için belden beyin omurilik suyu ve diğer vücut sıvılarının alınarak incelenmesi ve kültür alınması ile çeşitli radyolojik tetkikler gerekli olabilir. Hastanın durumuna ve öngörülen enfeksiyona yönelik olarak antibiyotik tedavisi, gerekli durumlarda solunum cihazına bağlanma, kan veya kan ürünlerinin verilmesi, kateter takılması gerekebilir. Bunların yapılmaması durumunda bebeğin tanı ve tedavisi mümkün olmayacaktır. Sepsis diğer yaş gruplarına göre prematürelere daha fazla olmak üzere ölüm riski yüksek bir hastalıktır. İlk dört günde ortaya çıkanlarda bu oran % 65'lere ulaşabilmektedir.

İşitme problemleri: Yoğun bakımda izlenen bebeklerde hem duyuşal hem de iletim tipi işitme kaybı riski daha fazladır. Bu durum hem bebeğin erken doğması ve buna bağlı olarak yaşadığı problemler, hem de erken doğan bebeklerdeki hayati durumları tedavi etmede kullanılan ilaç ve tedavilere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bu nedenle taburcu edilmesi planlanan tüm prematüre bebeklere işitme taraması yapılması gerekmektedir. Bu amaçla

otoakustik emisyon denilen bir test ve gerekli hallerde beyin sapı işitsel yanıtlarının değerlendirilmesi gibi daha ileri işitme testleri yapılabilir. Tarama yapılmadığı takdirde bebekte işitme problemi olup olmadığı anlaşılacaktır. Bu test sırasında bebekte herhangi bir zararlanma riski yoktur. Testin yapılmaması durumunda işitme ile ilgili sorunların belirlenmesinde gecikme söz konusu olur. Bebeğin durumuna göre ilk işitme testi normal olsa dahi bazı durumlarda testin belli aralıklarla tekrarı gerekebilir.

Patent duktus arteriosus: Anne karnında normalde açık olup, akciğerlere kan taşıyan duktus arteriosus adı verilen damarsal bir yapı, doğumdan sonraki ilk günler içinde kendiliğinden kapanmaktadır. Erken doğan ve respiratuvar distres sendromu olan bebeklerde daha sık görülen (1000 gramın altındakilerde % 80) bu yapının açık kalması durumuna patent duktus arteriosus (PDA) denilmektedir. Açıklığın büyüklüğü ile orantılı olarak bebeğin akciğerlerine çok fazla kan gideceğinden bebekte ciddi solunum sıkıntısı ve kan oksijen düzeyinde azalmanın en başta olduğu klinik tablo gelişir. Patent duktus arteriosustan kuşkulanan bebeklere ekokardiyografi ismi verilen bir çeşit ultrason yöntemi ile tetkik yapılması gerekmektedir. Bu tetkikin bebeğe bir zararı yoktur. Ekokardiyografi sonucuna göre PDA saptanan bebeklere ilaç tedavisi verilmesi gerekebilir. Tedavide kullanılan ilaçların trombositlerde düşme, sindirim sisteminde kanama ve nekrotizan enterokolit, böbrek işlevlerinde bozulma, idrar çıkışında ve beyin kan akımında azalma gibi yan etkileri olabilir. Tedavi verilmediği takdirde PDA'ya bağlı olarak solunum sorunları kötüleşebilir, kalp yetmezliği gelişebilir. Bazı hastalarda ilaç tedavisi ile PDA kapanması olmadığı durumda cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulabilmektedir.

Anemi (kansızlık): Erken doğan bebeklerde kemik iliğinin ve kırmızı kan hücrelerinin özelliğinden dolayı zamanında doğan bebeklere göre anemiye daha yatkındırlar. Yoğun bakımda izlenen bebeklerde teşhis için sık kan alma ihtiyacı olduğundan anemi daha sık görülen bir durumdur. Bebeğin yaşı, hastalığının durumu ve kansızlık düzeyine göre yoğun bakımda yattığı süre içinde bir ya da birden faz-

la kan verilmesi ihtiyacı olabilir. Bebeğe verilecek kanlar hepatit B ve C, AIDS, sifiliz gibi hastalıklar açısından Kan Bankasında teste tabi tutulmasına rağmen kan yolu ile bulaşan diğer hastalıklara ait riskler mevcuttur. Kan nakli sırasında tüm tedbirler alınmasına karşın bazı hastalarda ateş, hemolitik reaksiyonlar görülebilir. Bebeklere gerekirse, doğum kilosuna göre demir tedavisi de verilmektedir. Demir tedavisine bağlı olarak bazı bebeklerde ishal, kabızlık, mide yakınmaları, dışlarda renk değişikliği, siyah renkli dışkı yapma görülebilir.

Sarılık: Zamanında doğan bebeklerin %60'ında, erken doğan bebeklerin %80'inde hayatın ilk günlerinde sarılık görülmektedir. Yenidoğan sarılığı çoğu kez zararsız ve kendiliğinden düzelen bir durum olsa da sarılığın belli seviyenin üzerinde artması bebeklerde beyinde, işitme sisteminde kalıcı zedelenmeye sebep olabilmektedir. Bebeğinizde sarılık olduğu takdirde bu sarılığın miktarı ve sarılığa neden olabilecek diğer hastalıklar yönünden bebekten kan tahlilleri ve idrar tahlili gerekmektedir. Bebeğe saptanan sarılığın durumuna göre fototerapi (ışık tedavisi) uygulanmaktadır. Fototerapinin uzun dönemde bebekte bilinen bir yan etkisi bulunmamakla birlikte tedavi sırasında bebeklerin bir kısmında ciltte döküntü, trombositlerde düşüklük, sık ve sulu dışkı yapma görülebilir. Bebeklerin bir kısmı fazla su kaybedebilir. Sarılık düzeyinin çok daha fazla yüksek olduğu ve beyin hasarına yol açma riskinin bulunduğu durumlarda bebeğe kan değişimi uygulanabilmektedir. Yapılmadığı takdirde bebekte kalıcı geri dönüşümsüz beyin hasarı ve işitme kaybı gelişebilir. Kan değişimi sırasında bebeğin göbeğindeki damara kateter yerleştirilerek uygun olarak testleri yapılan kan ile bebeğin kanı değiştirilmektedir. Bu işlem sırasında azami özen gösterilse dahi bir takım riskler söz konusu olabilmektedir. Bu riskler enfeksiyon, damar içi pıhtı oluşumu ve buna bağlı bozukluklar, trombosit düşüklüğü, kan şekeri ve kan biyokimyasal değerlerinde bozukluklar, kan gazı bozuklukları, bağırsaklarda nekrotizan enterokolit denilen klinik durumdur.

Yenidoğanın geçici takipnesi : Doğum sonrası erken dönemde, anne karnında bebeğin akciğerlerini dolduran sıvının doğum sonrasında

emilmesinde gecikme sonucu ortaya çıkan, kendi kendini sınırlayan, yenidoğan dönemine özgü bir akciğer hastalığıdır. Bu bebeklerde doğumdan sonra birkaç saat içinde hızlı ve sık soluk alıp verme, morarma, inleme gibi bulgular ortaya çıkar. Yenidoğan döneminde akciğer enfeksiyonu (zatürre) ve sepsis de benzer bulgularla ortaya çıkabileceği için bu bebeklerin yakından izlenmesi gerekmektedir. Çoğu bebek sadece oksijen tedavisi ile düzelebileceği gibi bazı ağır hastalarda bebeğin solunum desteği için soluk borusuna veya burnuna tüp takılarak mekanik ventilatör adı verilen solunum cihazına bağlanması gerekebilir. Bebeğin enfeksiyon yönünden alınan tahlil sonuçları gelene dek antibiyotik tedavisi alınması gerekebilir. Bebeğin solunum sıkıntısı fazla ise ağızdan beslenmez. Damar yolu açılarak serum ve damardan beslenme verilir. Bu hastalık tedavi edilmediğinde:

- Bebek yeterli derecede solutulmadığı takdirde oksijensiz kalarak beyinde ve diğer hayati organlarda kalıcı zedelenmeler olabilir.
- Bebek tedavi edilmediği takdirde solunum ve kalp yetmezliğinden kaybedilebilir.
- Tedavi olmadığı durumda hatta, tedavi öncesi ve sırasında da hava kaçağı sendromları (akciğer ya da kalp zarları içine akciğerden hava girmesi) ortaya çıkabilir.

Aşılama: Tüm yenidoğan bebeklere doğumdan sonra en kısa süre içinde Hepatit B (sarılık) aşısı yapılmaktadır. Bebeğin diğer aşıları, aşı takvimine uygun olarak yapılmaktadır. Aşılarla ilgili de çok nadir de olsa yan etkiler söz konusu olabilir.

Yukarıda başlıca problemlerini aktardığımız Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde izlenen hastalarda her hastaya özel farklı hastalıklar da söz konusu olabilir. Bu durumda hastanızın ilave sorunları hakkında sizlere ayrıca bilgilendirme yapılacaktır. Burada en yeni ve bilimsel yöntemlere göre tanı ve tedavi yapılmış olsa bile bebeğinizin erken doğmasına bağlı bazı hastalık ve komplikasyonlar yine de gelişebilir.

Sonuç olarak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde en sık yapılan tanı ve tedavi girişimleri aşağıda belirtilmiştir. Bu girişimler (bir veya

birkaçı) sadece hastanın durumu gerektirirse yapılacaktır. Acil bir durum olmadıkça hastanıza ne gibi bir girişim yapılacağı hakkında önce size bilgi verilmeye çalışılacaktır.

- Nefes almasına yardım etmek ve gerekirse suni solunum cihazına bağlamak için nefes borusuna ya da burnuna tüp yerleştirilmesi
- Beslenme amacıyla burun ya da ağızdan mideye sonda yerleştirilmesi
- İlaç verilmesi amacıyla damarlara serum takılması
- Kan basıncı ölçümü, kan alınması veya ilaç verilmesi amacıyla damar yolu (kateter) takılması
- Atardamarlara sürekli kan basıncı ölçümü ve kanda oksijen vb. ölçümü için damar yolu (kateter) takılması
- İdrar sondası takılması
- Değişik vücut boşluklarından (belden, karnından veya akciğerlerden) sıvı örnekleri alınması
- Kan veya kan ürünlerinin verilmesi
- Sık kan alınması veya damar yolu açılması
- Hava kaçakları geliştiğinde göğse ya da kalp zarları arasına tüp yerleştirilerek biriken havanın boşaltılması
- Diyaliz yapılması

Bu girişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek yan etkiler şunlar olabilir (Bunlar mutlaka her bebekte görülmesi beklenen yan etkiler değildir, bazılarının görülme olasılığı oldukça nadirdir ancak ortaya çıkabilecek bazı yan etkiler ölümle dahi sonuçlanabilir);

- Soluk borusuna tüp yerleştirilmesi sırasında soluk borusu veya yemek borusunda yırtılma, ödem, hava yollarında nedbe doku ya da nekroz, damakta zedelenme olabilir.
- Burna yerleştirilen tüp nedeniyle midede şişme, hava kaçakları, burun derisinde zedelenme ve şekil bozukluğu gelişebilir. Ayrıca sondaya bağlı olarak mide içeriğinin geri gelmesi ve apne denilen solunum durmaları, burunda zedelenme ve tahriş görülebilir.
- Vücuda yerleştirilen sonda ve tüplerin sabitlenmesi için kullanılan flasterlere bağlı olarak deride zedelenme ve doku kayıpları ortaya çıkabilir,
- Mekanik ventilatör tedavisi sırasında hava kaçağı sendromları (pnömotoraks, pnömediastinum, pulmoner interstisyel amfizem, pnömoperikardiyum, pnömoperitonyum) olabilir, uzun süreli mekanik ventilatöre bağlı kalan bebeklerde soluk borusunda daralmalar gelişip, boğazdan soluk almayı sağlayıcı hava deliği açılması gerekebilir.
- Dışarıda vücut içerisine yerleştirilen her türlü alet (kateter, tüp, sonda vb) enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır.
- Kullanılan antibiyotiklerin kendisine bağlı olarak bazı bebeklerde böbrek, karaciğer ve işitme ile ilgili komplikasyonlar olabilir.
- Yerleştirilen kateterlerde enfeksiyon, kanın pıhtılaşarak damarlarda ya da kateter içinde tıkanıklıklar, kanama, hava kaçakları ve kateterin takıldığı yere göre kalpte ritm bozuklukları, nekrotizan enterokolit ortaya çıkabilir.

• Bebeğinizin ilâve olarak

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Acil bir durum olmadıkça hastanıza ne gibi bir girişim yapılacağı hakkında önce size bilgi verilmeye çalışılacaktır.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine kabul, herhangi bir hastalığın ya da durumun iyileşeceğine dair garanti oluşturmaz.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım.

Yukarıdaki yazı bana

..... tarafından okundu, ben de dinledim ve anladım.

Yasal velisi ya da vasisi

olduğum.....

dosya numaralı

.....'nın teşhis, tedavi ve takibi için gerekli tüm işlem ve girişimlerin yapılmasını, yukarıda yazılan tüm risklerle birlikte kendi rızamla, hiçbir baskı görmeksizin ve tesir altında kalmaksızın kabul ediyorum.

Adı ve soyadı:

Yakınlık derecesi:

Tarih:

İmza:

Şahidin adı ve soyadı (görevi ya da yakınlık derecesi):

Tarih:

İmza:

Doktorun adı ve soyadı:

Tarih:

İmza:

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE EK GİRİŞİMLER İÇİN HASTA RIZA (ONAM) FORMU

ANNE/BABA/VELİ'SİNİN DİKKATİNE;

Bebeğinizin durumu ve önerilen cerrahi, tıbbi ve tanısal girişimler hakkında bilgilendirildiniz. Bu onam formu, size verilmiş olan tıbbi bilgilerin önemli kısmının yazılı olarak tartışmaya yer bırakmaksızın beyan edilmesi amacı ile tasarlanmıştır. Bu formun amacı sizin daha iyi bilgilendirilmenizi ve yapılacak girişimler konusunda onam vermenizi ya da vermemenizi sağlayabilmektir

.....

Dr.....,

bebeğimde aşağıdaki durum(ların) söz konusu olabileceğini bana anlattı. (lütfen halk dilinde belirtiniz.)

.....

Bebeğimin hastalığının tanı ve tedavisi için aşağıdaki girişimlerin yapılmasının gerekebileceğini anlıyorum (lütfen halk dilinde belirtiniz):

.....

Yapılması planlanan girişimlerin faydalı olacağı öngörülse de, tıbbi ve cerrahi girişimlerin her zaman risk taşıdığını anlıyorum. Bu genel riskler arasında alerjik reaksiyonlar, kanama, kan pıhtısı oluşumu, beyin hasarı, duyu kaybı, diğer vücut fonksiyonlarının ya da yaşamın kaybı yer almaktadır.

Bebeğimin hastanedeki yatışı sırasında kan ya da kan ürünleri alması gerekebileceğini anlıyorum. Tüm kan ve kan ürünlerinin Hepatit B, Hepatit C, sifiliz, HIV (AIDS), HTLV-1 gibi enfeksiyon ajanları için test edildiğini anlıyorum. Ancak yapılan testlerde enfeksiyon saptanmamış olsa dahi kan ve kan ürünleri verilmesi ile düşük bir ihtimal olarak enfeksiyon kapılabileceği riskinin bulunduğunu anlıyorum. Çünkü, testleri yapılmış, ışınlanmış ve filtre edilmiş olmasına karşın kan ürünleriyle CMV ve bazı diğer enfeksiyonların, kan ürünü kullanımından sonra erken ve geç dönemde ortaya çıkabileceği bana izah edildi. Ek olarak kan ve kan ürünü verilen çocukların üçte birinde ateş, döküntü gibi alerjik reaksiyonlar yaşandığını da anlıyorum.

Bebeğim için yapılması planlanan girişimler ile ilişkili olarak aşağıdaki ek risklerin söz konusu olabileceğinin farkındayım (lütfen ek risk faktörlerini halk dilinde belirtiniz, gerekiyor ise liste olarak iliştiniz):

.....

Tıbbi uygulamalar sırasında daha önceden tartışılmamış olan beklenmedik risk ve komplikasyonların gelişebileceğinin farkındayım.

Ayrıca bebeğimin hastalığının tanı ve tedavisi için yapılacak olan girişimler sonucunda daha başka girişimlerin gerekebileceğini anlıyorum ve bu girişimlerin de yerine getirilmesini onaylıyorum. Bebeğimin tanı ve tedavisine ilişkin olarak şahsıma herhangi bir vaadde bulunulmamış, söz ya da garanti verilmemiştir.

Yapılacak girişimlerin yararları ve riskleri, tedavi verilmez ise söz konusu olabilecek sonuçlar anlatılmıştır. Benimle tartışılan konuları ve bu formun içeriğini anlıyorum. Bana soru sorma imkanı verilmiştir ve sorularıma tatminkar yanıtlar almış durumdayım.

Bu formu okuduktan ve doktorlarımızla konuştuktan sonra bu formun altına attığım imzam ile aşağıdakileri beyan ederim;

Kendi isteğimle doktorumuza ve sağlık ekibinde yer alan diğer meslektaşlarına yukarıda anlatılan girişimleri uygulama yetkisini ve onayımı veriyorum.

Adı ve soyadı:

Yakınlık derecesi:

Tarih:

İmza:

Şahidin adı ve soyadı (görevi ya da yakınlık derecesi):

Tarih:

İmza:

Doktorun adı ve soyadı:

Tarih:

İmza:

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEN YENİDOĞAN SERVİSİNDEN HASTA TABURCULUK RIZA (ONAM) FORMU

Hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi/Yenidoğan Servisinde tedavisi yapılan bebeğiniz yenidoğan hastalıkları konusunda ihtisas yapmış yenidoğan uzman hekimleri tarafından değerlendirildikten sonra taburculuğuna karar verilmektedir. Bebeğiniz taburcu olduktan sonraki takibi konusunda bilgilendirme amacı ile bu form sizlere sunulmaktadır.

- Taburcu olduktan sonra hangi günde kontrole geleceğiniz size bildirilecektir, belirtilen günde kontrole gelmeniz çok önemlidir.

- Bebeğinizin hastalığı ile ilgili olarak daha sonraki izleminde başka bölümler tarafından da takibi gerekiyorsa bu bölümler tarafından belirlenen randevu tarihleri size taburcu olacağınız zaman bildirilecektir. İzlem polikliniğimizin yönlendirmesi ile belirtilen tarihlerde çocuğunuzu ilgili bölümlere kontrole getirmeniz gerekmektedir.

- Bebeğinizin göbeği henüz düşmediyse alt bezinin dışında, kuru ve temiz tutmanız gerekmektedir. Göbeğinde kanama, akıntı, kızarıklık, koku olduğunu fark ederseniz hemen bir sağlık kuruluşuna başvurunuz.

- Tüm yenidoğan bebekler taburcu olmadan sarılık açısından muayene edilmektedir. Hekim tarafından sarılık saptandığı takdirde alınan kan tahlili ile bebekte sarılık düzeyi değerlendirilmekte ve gerekli tedavi planı uygulanmaktadır. Yenidoğan bebeklerde sarılık çoğu zaman tamamen normal, kendiliğinden düzelen bir durum olsa da sarılığın çok yüksek olduğu durumlarda bebeğin beyninde kalıcı, geri dönüşümsüz hasara neden olabilmektedir. Hastanede yattığı süre içinde sarılığı olup tedavi gören bebeklerde de tedavi ile sarılık gerileyip taburcu olduklarında sarılık tekrar yükselebilmektedir. Bu nedenle bebeğinizi sarılık kontrolü için size belirtilen günde kontrole getirmeniz son derece önemlidir.

- Bebeğinizi yenidoğan döneminde bebek her istediğinde emzirmek en uygundur. Ancak 3-4 saatten fazla uyuyup güç uyandırılan, emmek istemeyen, kusan, günde 5 defadan daha az idrar yapan bebeklerde beslenme yetersizliği veya ciddi bir hastalık olabileceğinden hekim tarafından muayene edilmesi gereklidir. Bebeğinize anne sütü dışında su, serum, şekerli su gibi besinler vermeyiniz. Anne sütü ile beslenme konusunda herhangi bir sorun olduğu takdirde doktora başvurunuz. Emziren annelerin sağlık durumlarında sorun olduğunda ya da ilaç kullanmaları gerektiğinde bu hastalık ya da kullanılacak ilaçların emzirme ile ilgili bir soruna yol açıp açmayacağını doktorunuza danışınız.

- Bebeğiniz taburcu olmadan önce topuktan alınan kan ile fenilketonüri adı verilen kalıtsal bir metabolizma hastalığı için taramaya tabi tutulmaktadır. Bu testin sonucu normal olduğu takdirde size herhangi bir bilgi verilmeyecektir. Test sonuçlarında kuşku olduğu takdirde adresinize bildirilecektir. Bu durumda bebeği hastaneye tekrar getirmeniz ve test yaptırmanız gerekmektedir. Fenilketonüri hastalığı tedavi edilmezse ileri dönemde bebekte zeka geriliği ve havalelere neden olmaktadır. Erken tanı konulduğunda uygun izlem ve tedavi ile hastalığa ait bulgular en aza indirilebilir.

- Bebeğinizin yaşına göre aşılması gereken tarihte hastanede yatıyorsa ve herhangi bir sağlık engeli yoksa aşısı hastanemizde yapılmaktadır. Taburcu olduktan sonra taburculuğunuz sırasında size yapılan izlem yönlendirmesinde belirtilen sağlık kuruluşlarına giderek bebeğinizin sağlığını izlettirmeniz ve buralarda verilecek olan aşı kartına uygun olarak aşılarını yaptırmanız gereklidir.

- Bebeğinizin taburculuk sonrası kullanması gereken ilaçlar hakkında taburcu eden hekim

tarafından bilgi verilecektir. İlaçları hekimin söylediği şekilde kullanmanız gerekmektedir. İlaçlarınızla ilgili beklenmedik bir durum ortaya çıktığında derhal en yakın sağlık kuruluşuna ya da hastanemize başvurunuz.

- Yenidoğan döneminde işitme taraması yapılması önerilmektedir. Bebeğinize doğumda işitme taraması yapıp yapılmadığını sorgulayınız. Yapılmadıysa nerede yaptıracağınız konusunda yönlendirme alınız.

- Prematüre retinopatisi, düşük doğum ağırlıklı ya da erken doğan bebeklerde gözdeki retina tabakasında bulunan damarların gelişimi tamamlanmadan doğuma bağlı olarak ortaya çıkan anormal damar gelişimi ile karakterize bir durumdur. Bazı olgularda tek başına prematüre doğmak yeterli bir risk faktörüdür. Kesin olmamakla birlikte aşırı oksijene maruz kalmak, anneye ait bazı komplikasyonlar, solunum durmaları, kan gazı bozuklukları, kafa içi kanama, kansızlık, kan transfüzyonları ve enfeksiyonlar ilave risk faktörleri olabilmektedir. Hastalığın erken evreleri çok sık görülmele birlikte (1000 gramın altındakilerde % 82) tedavi gerektiren ileri evreler daha nadirdir. Erken doğan bebeklerde hiçbir klinik bulgu vermeksizin de görülebilmektedir. Hastalığın ilk bulguları geç ortaya çıktığından başlangıç incelemesi 4-6 haftalar arasında yapılır. Bu nedenle tüm prematüre bebekler doğumdan sonraki 4. haftalarından veya 32. haftayı doldurmalarından itibaren Göz Hastalıkları Uzmanı tarafından muayene edilmektedir. Bebeğiniz taburcu olurken göz muayene izlemleri tamamlanmamışsa sizin için alınacak olan randevu tarihlerinde bebeğinizi göz muayenesi için kontrole getirmeniz gerekmektedir. Göz muayenesi sırasında retinanın uygun olarak değerlendirilebilmesi amacı ile bebeğin göz bebeğini büyütücü göz damlaları damlatılmaktadır. Bu damlaların etkisi ile bazı bebeklerde solunum durması (apne), morarma, beslenme toleranssızlığı olabilmektedir. Bu muayenenin yapılmaması durumunda bebeğinizde retina damarlarında bir sorun olup olmadığı anlaşılacak için zamanında tedavisi mümkün olmayacaktır. İleri evre hastalık zamanında tedavi edilmediği takdirde bebekte tam körlüğe sebep olabilir. Bebeğin izlem planı ve tedavi gerektiren durumlarda bunun şekli ve sonuçları Göz Hastalıkları hekimisi tarafından sizlere aktarılacaktır.

- Bebeğinizin hastalığı, yapılan tahlil ve tedaviler size taburcu olurken yazılı olarak epikriz ya da çıkış özeti şeklinde verilmektedir. Sağlık kuruluşlarına her başvurunuzda bu belgeyi yanınızda bulundurmayı unutmayınız.

- Bebeğinizin taburcu olurken sağlıklı görünmesi daha sonraki saatler ya da günler içinde sağlığının bozulmayacağı anlamına gelmez. Bu nedenle bebeğinizde ateş, sarılık, beslenmeme, uyandırılmama, idrar yapmada azalma, idrar veya dışkı renginde değişiklik, kusma, hareketlerinde yavaşlık, sık soluma, solunumda duraklama, morarma, aşırı ağlama ve anormal hareketler gibi olağan dışı bir bulgu gördüğünüzde en yakın sağlık kuruluşuna ya da hastanemize derhal başvurunuz.

- Yenidoğan bebeklerin konjenital hipotiroidi hastalığı açısından tiroid hormon testlerinin yapılması önerilmektedir. Sarılık ya da prematürite gibi riskli durumlarda bu test tarafımızdan yaptırılmaktadır. Ancak konjenital hipotiroidi halihazırda Sağlık Bakanlığı tarafından fenilketonüri gibi ücretsiz olarak tüm bebeklerde taranmamaktadır. Dilerseniz bebeğinizin tiroid fonksiyon testlerini hastanemizde yaptırabilirsiniz.

- Bebeğiniz.....'nın

Kontrole gideceği bölümler ve kontrol tarihleri:

.....

Kullanacağı ilaçlar ve dozları:

.....

Hastaneden taburcu olmanız, bebeğinizin tamamen sağlıklı olduğu ve hiçbir şekilde hastalanmayacağına dair garanti oluşturmaz.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım.

Yukarıdaki yazı bana

.....

tarafından okundu, ben de dinledim ve anladım.

Yasal velisi ya da vasisi olduğum çocuğum

.....'nın

taburculuğunu kendi rızamla, hiçbir baskı görmeksizin ve tesir altında kalmaksızın gerçekleştireceğim. Yukarıda sözü edilen izlem planına uygun davranmanın tamamen benim sorumluluğumda olduğunu kabul ediyorum.

Adı ve soyadı:

Yakınlık derecesi:

Tarih:

İmza:

Şahidin adı ve soyadı (görevi ya da yakınlık derecesi):

Tarih:

İmza:

Doktorun adı ve soyadı:

Tarih:

İmza:

Mizah

"HIDIR HEMŞİRE" İLE YENİDOĞAN BEBEKLERE "KANGURU" BAKIMI

Murat YURDAKÖK

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Profesörü

Zamanından önce ve küçük doğan prematüre bebeklerin yaşatılabilmeleri için vücut sıcaklıklarının kontrolü önemlidir. Bu amaçla küvözlerin içinde bakılmaları gerekir. Son yıllarda yenidoğan bebek yoğun bakım ünitelerinde, yavrularını ceplerinde taşıyan kanguruların esinlenerek geliştirilen "kanguru bakımı" uygulanmaktadır. "Kanguru bakımı"nda hasta ya da küçük yenidoğan bebekler battaniyeye sarmak ya da ısıtıcı cihazlar yerine, annelerinin göğsü üzerine yerleştirilir.

Doğadan uyarlanmış bu yöntemle anne, bebeğin vücut sıcaklığını, solunum ve nabzını kontrol altında tutabilir. Bu pozisyonda bebeğin kolayca emzirilmesi de mümkündür. Anne, bebeğin ihtiyaçlarını daha iyi anlarken, sütü artar ve bebeğiyle daha rahat iletişim kuru-

labilir. Özellikle vücut ağırlıkları 1250 gr'dan az olan ve uzun süre yoğun bakım ünitesinde kalması gereken bebeklerde uygulanan bu tedavi yöntemi oldukça yararlıdır. Bu uygulama bebeklerin nakledilirken daha da önemlidir. Şimdi gelelim mizahî yorumumuza.

İnsan dışında bütün memelilerin göğüslerinin kıllı oldukları gözönüne alınırsa, göğüsleri kıllı olanların bebeklerinin vücut sıcaklığını daha iyi koruyabildikleri düşünülebilir. Bu amaçla özellikle "Yüzüklerin Efendisi"ndeki Hobbit tipli "kısa boylu-şişmankıllı" erkek hemşireler görevlendirilebilir. Yenidoğan bebeklerin naklinde görevlendirilecek bu hemşirelere halkımızın iyi bildiği "Hıdır" adı verilebilir. "Hızır Servisler"in yanı sıra yenidoğan bebekler için "Hıdır Servisleri" görevlendirilebilir.





Dr. Özgül Salihođlu (2003-)

