|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 1/19 |

1. **AMAÇ:** Level Hospital’ın Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesindeki her hastanın, bakım ve tedavilerinin en iyi düzeyde yapılmasıdır.
2. **KAPSAM:** Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde çalışanlar ve bu üniteden hizmet alan tüm hastaları kapsar.
3. **KISATMALAR**

**YDYBÜ :**Yeni doğan yoğun bakım ünitesi

**CPR:** Kardiyopulmener resüsütasyon

**ANTS:** Planlanan zaman dilimlerinde ateş, nabız, tansiyon ve solunum takiplerinin yapılması.

**AÇT:** Ağızdan / damar yolundan aldığı sıvıların ve idrar, dışkı, kusma yoluyla çıkardığı sıvıların kayıt altına alınarak aradaki dengenin kurulması

**HBYS:** Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

**GİS:** Gastrointestinal Sistem

**NEK:** Nekrotizan Enterokolit

**GH:** gestasyon haftası

**DDA:** Düşük Doğum Ağırlığı

1. **TANIMLAR**

**Yeni doğan yoğun bakım:** Yeni doğan yoğun bakım siyonoz, septik oda, sürfaktan.

**Epikriz:** çıkış özeti.

**Konsültasyon**: Görüş alış-verişi.

**Konsültan Hekim:** Görüşü alınan hekim

**Fototerapi:** Bilirubin seviyesini düşürmek ve sarılığı azalmak için kullanılan mavi ışıkla tedavi yöntemi.

**Fenilketonüri:** Kalıtsal metabolik bir hastalık.

**Topuk kanı ile tarama:** Fenilketonüri, hipotiroidi, biotinidaz eksikliği ve kistik fibrozis için kan alınması.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 2/19 |

**5.SORUMLULAR**

* + Sorumlu Hemşire,
  + Hemşire,
  + Acil Tıp Teknisyeni,
  + Hasta Bakıcı,
  + Temizlik Personeli,
  + Sekreter

1. **FAALİYET AKIŞI**

**6.1. GENEL İŞLEYİŞ**

* + 1. **Hasta Kabulü**
       - Yeni doğan yoğun bakım ünitesine, kadın hastalıkları ve doğum servisinde doğurtulan, çocuk polikliniğine başvuran veya başka hastanelerden sevk edilen bebekler kabul edilir.
       - Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde 2 Düzey hizmet verilmekte ve hasta kabul kriterleri düzeylere göre belirlenir.
       - Yeni doğan yoğun bakım servisine poliklinik, acil servis, doğum odası, ameliyathane ve kadın doğum servislerinden çocuk doktorları ve çocuk cerrahi doktorlarının değerlendirmesi sonucunda yeni doğan yoğun bakım kriterlerine uygun hastalar kabul edilir.
       - Birime kabul edilen hastanın yakını bilgilendirilerek YÖN.RB.173 Yenidoğan Yoğun Bakım Hasta Yakını Onam Formu onaylatılıp hasta yakını yatışa yönlendirilir.(Mesai saati içinde birim sekreteri, mesai saati dışında acil barkoda yönlendirilir.) Birim sekreteri ya da acil barkoddan yatışı yaptıran hasta yakını dosyayı yeni doğan yoğun bakıma teslim eder. Dosya kontrol edilerek servis protokol defterinden yatış numarası, hasta bilgi yönetim sistemi üzerinden de kuvöz numarası verilerek dosya hazır hale getirilir.
       - Hemşire tarafından karşılanan hasta müdahale yatağına alınarak tartılır. Kan şekerine bakılır ve kaydedilir. İlk müdahalesi yapılan hasta önceden ısıtılmış olan küvöze alınıp, küvöz numarası hasta dosyasına kayıt edilir. Hasta yakınına hastane ve bebeğin hastalığı ile ilgili bilgiler verilir.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 3/19 |

**Yeni doğan yoğun bakım düzeyleri;**

**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 ulaşamamış bebeklerin izlemi
* Farmakolojik müdahale gerektirmeyen apne/
* bradikardi izlemi
* Isı stabilitesinin sağlanması
* Sepsisin başlangıcının değerlendirilmesi
* 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 eğitimi açısından izlenen hastalar kabul edilir.

**Düzey 2:** Birinci düzeydeki temel bakıma ek olarak 1500gr üstü veya 32 haftadan büyük yeni doğanlar ile prematürlük apnesi olan, sıcaklığını koruyamayan, oral beslenemeyen hasta yeni doğanların detaylı ve nitelikli gözlem ve girişimlerinin yapılabildiği ve yaşamsal destek gereksinimi bulunan yeni doğanların takip ve tedavilerini içerir. Düşük doğum ağırlığı (< 2500gram): Doğum ağırlığı 2000-2500 gram olan bebeklerin bazılarının hastaneye yatışı gerekmezken bazılarının yoğun bakım desteği ihtiyacı olmasa da uygun düzey sağlanana kadar bakımları gerekir.

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

**Enfeksiyon:** Klinik olarak enfeksiyon şüphesinin bulunması (antibiyotik başlanan bebekler)

**Solunum problemleri:**

* Apne, siyanotik epizodlar (solunum sayısı, kalp tepe atımı, tansiyon arteriyelin pulse oksimetre veya apne monitörü ile devamlı monitorizasyonunun gerektiği durumlar)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 4/19 |

* Solunum sıkıntısı şüphesi varlığı (klasik CPAP, nazal veya küvöz içi oksijen tadavisi gereken bebekler)
* 1 saatten daha fazla solunum sıkıntısı bulgularının devam etmesi

Gastrointestinal problemler, klinik şüpheye yol açan beslenme problemeri 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 (beşinci dakika apgar skoru 4-6 ve/veya doğumda resüsitasyon uygulanan bebekler)
* Malfarmasyonlar, Pierre Robin Sendromu gibi posnatal dönemde veya izlem dönemi sonunda girişim gerekmeyen konjenital anomaliler
* Kardiyovasküler monitorizasyon gerektiren veya girişimin gerekli olduğu konusunda şüphenilen problemler diğerleri 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)

**Düzey 3:**Çok küçük prematüre bebekleri yani sıra çok ciddi hastalığı olan veya cerrahi tedavi gerektiren yenidoğan bebeklerin tedavileri sağlanır. Gerektiğinde devamlı yaşam desteği yoğun bakım olanakları sağlanır. 3A ve 3B olarak ikiye ayrılır.

**3A ünitelerinde :** Düzey 2 ye ilave olarak

* 32 hafta 1500 gram altında olan bebekler
* GH ve doğum ağırlığı ne olursa olsun altta yatan özellikli hastalığı veya birden çok uzmanlık dalını ilgilendiren çoklu organ işlev bozukluğu veya yetmezliği olan yenidoğanlar
* GH ve doğum ağırlığı ne olursa olsun, mekanik ventilasyon ihtiyacı olan yenidoğanlar
* Retinopati (ROP) muayenesi gereken yenidoğanlar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 5/19 |

**3B Ünitelerinde :** 3A ünitelerine ilave olarak

* En riskli gruba giren cok ciddi veya kompleks patolojileri olan bebekler
* İleri solunum desteği ve fizyolojik monitörizasyon için gerekli cihazlara ihtiyacı olan bebekler(Yüksek frekanslı ventilasyon veya nitrik oksit tedavisi gibi.)
* Retinopati(ROP)için kriyoterapi veya lazer tedavisine ihtiyaç duyan bebekler kabul edilmektedir.
  + 1. **Hasta Bakım Ve İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi**

Yeni doğan yoğun bakım yatışı yapılan hasta ayrıntılı muayeneden geçirilir. İhtiyaçlarına göre bakımı planlanır, uygulanır ve izlenir.

* + 1. **Bakımın Planlanması Ve İzlenmesi: Tedavi işlemleri:**
       - Doktor orderı doğrultusunda, tedaviler, istenen bakımlar, takipler, tetkikler yapılır ve YDYB .FR.01 Yenidoğan Yogunbakım Takip Formuna kayıt edilir.
       - Serviste benzer isimli hasta bulunuyorsa tüm çalışanlar bu konuda bilgilendirilir.
       - Vital bulguları düzenli aralıklarla takip edilir, kayıt edilerek değişiklikler gözlenir ve doktora bildirilir.
       - Günlük doktor hasta vizitlerinden sonra doktor hastanın tedavisiyle ilgili değişiklikleri tedavi planına kayıt eder. Tedavi planında ilacın dozu, uygulanış şekli, zamanı mutlaka yazılır ve hekimin imzası kaşesi bulunur.
       - Yatan hasta ile ilgili istenen tetkikler çocuk doktoru tarafından belirlenir. Tetkik için örnekler hemşire tarafından alınır.
       - Tedavi planında yazan tedaviler YDYB .FR.01 Yenidoğan Yogunbakım Takip formuna kayıt edilerek hemşire tedavi planını hazırlar.
       - Planlanan tedavi ve hastayla ilgili bilgiler (doğru hasta, doğru doz, doğru ilaç, doğru yöntem, order kontrolü) kontrol edildikten sonra hemşire/doktor tedaviyi uygular.
       - İnsülin, aşı gibi flakonlar açıldığında üzerine mutlaka açılış tarihi, saati, kim tarafından açıldığı yazılır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 6/19 |

* Uygulanan tedaviler tedavi defterine ve YDYB .FR.01 Yenidoğan Yogunbakım Takip formuna eksiksiz olarak kayıt edilir.
  + - * Yapılan tedaviler tedavi defterine ilaç adı, dozu, veriliş yolu, veriliş saati yazılır ve kırmızı kalem ile uygulanış saati daire içine alınır ve tedaviyi uygulayan kişi adının baş harfi ve soyadı yazılır. Kırmızı kalem özellikle dikkat çekmesi açısından kullanılmalıdır.
      * Doktor, eczane istemleri, YDYB .FR.01 Yenidoğan Yogunbakım Takip formuna ilaç isimleri kısaltılmadan okunaklı olarak yazılır.
      * Tedavi planı yazılmışsa hastane bilgi yönetim sistemine girişi yapılır.
      * Hastanın ilaçları hastane eczanesinden temin edilir.
      * Hastanın klinik seyrinde bir değişiklik olursa hemşire tarafından ilgili hekime haber verilir. Doktor istemine göre tedavileri yapılır.
      * Hastayla ilgili başka bir doktorun kararı istenirse konsültasyon işlemi gerçekleştirilir. Bu işlemden hekim sorumludur.
      * Konsültasyon sonucu tedaviye eklenen değişiklikler doktor tarafından tedavi planına yazılır, hastane bilgi yönetim sistemine girişi yapılır.
      * Konsültasyon hekim isterse hastayı kendi servisine alarak takip edebilir. Bu durumda birim sekreteri HBYS üzerinden servis değişikliğini gerçekleştirir.
      * Doktorun önerisi doğrultusunda hastanın beslenmesi belirlenir.

Topuk kanı örnekleri bebek anne yanında ise kadın doğum servisindeki ilgili hemşire tarafından, yatan hasta ise klinikte ilgili hemşire tarafından alınır. Örnekler erken taburcu olan bebeklerde zamana bakılmaksızın, yatan bebeklerde ise beslenme başlandıktan 48 saat sonra, küçük prematürelerde ise 7 gün sonra doktor görüşüne göre alınır.

**NOT:** Hasta tedavi planları hekim tarafından doldurulur. Kesinlikle sözlü verilen tedaviler uygulanmaz. Mesai saatleri dışında hastanın tedavisi nöbetçi hekim tarafından belirlenir. Acil durumlarda ve zorunlu durumlarda alınabilir. Bu durumda 1 saat içinde hekim istemi yazar. TA.FR.27 Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu kayıt edilerek tekrar okunup hekime doğrulatılır. Onaylanan sözel order ve telefonla verilen orderler uygulanır. Hekim geldiğinde tedavi planına kayıt eder.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 7/19 |

* + 1. **Hastanın Transferi:**

**Yeni doğan bebeğin nakli:**

* Bebeğin nakledileceği merkezle görüşmek.
* Bir merkez tarafından bebeğin kabul edilmesi,
* İl ambulans servisinin bilgilendirilmesi,
* Belgelerin eksiksiz doldurulması,
* Ambulans nakil talimatnamesine uyulması,
* Ambulans ekipmanlarının donanımlı olması,
* Bebeğin ailesinden yazılı onam alınması,

**Yenidoğan bebeğin nakledilmesinden önce stabilize olduğunu gösteren kriterler;**

* Siyanoz yoktur.
* Yeterli hava yolu ve ventilasyon sağlanmıştır.
* Vücut ısısı normaldir.
* Kalp hızı 100-180 atım/dk’ dır.
* Kan basıncı 25-35 mmHg’nın üzerindedir.
* Kan şekeri >47 mg/dl
* Kan pH > 7,30
* Metabolik bozukluklar düzeltilmiş.

**Taşıma ekibi;** Teknik ve Medikal açıdan bilgili, tecrübeli ve yetenekli bir ekip olmalı ve uyumlu çalışmalıdır.

**Nakil sırasında ambulansta bulunması gereken araç ve gereçler;** Transport küvözü, solunum, kalp ve kan basıncı monitörü, pulse oksimetre, oksijen kaynağı, laringoskop, balon ve maske, ventilatör, aspiratör, yeni doğan için uygun ölçülerde endotrakeal tüp, ilaçlar, el dezenfektanı

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 8/19 |

**Nakledilen bebekle birlikte gönderilmesi gerenler;** Hastanın adı, doğum tarihi, öyküsü, apgar skorları, gebelik yaşı ve nakledilen bebekle birlikte hastanın bütün kişisel bilgileri gönderilir.

**Bebeğin nakli sırasında “beş H’’ ve asidoz yönünden yakın takip ve tedavi edilmesi gerekir.**

1. Hipotermi
2. Hipotansiyon

3.Hipoglisemi

4.Hipoksi

5.Hiperkapni

**Riskli Bebekler :**

* Prematüreler
* Gestasyonel yaşına göre DDAB
* Perinatal asfiktik
* Ağır hasta
* Hipotermik
* Diabetik anne bebekleri

**Riskli Bebeklerde Nakil Sırasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar**

* 2-4 satte bir Kan şekerine bakmak
* Oral alamayan bebeklere IV glukoz solüsyonları başlanmalıdır
* Kan şekeri < 47 mg/dl
* Semptomatik bebeklerde %10’luk glukozun intravenöz bolus şeklinde (2-3cc/kg) verilmesi uygun olur.

**Hava yoluyla nakil;**

* Uçakların kalkış ve inişlerinde oluşan akselerasyon ve deselerasyon kuvvetleri, serebral kan akımında değişiklik yapabilir.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 9/19 |

* Prematürelerde ve hipoksik bebeklerde tehlikelidir.
* Nakile başlamadan göğüs grafileri incelenmelidir İntravenöz sıvıların yer çekimine göre verilmesi hatalı olur; mutlaka özel pompalar kullanılmalıdır.
* Elektromanyetik ortam ve vibrasyon nedeniyle monitörler yanlış gösterebileceği unutulmamalıdır.
  + 1. **Hasta Taburcu Kriterleri:**
       - Ateş, kalp tepe atımı ve solunum hızının oda ısısında normal olarak seyretmesi.
       - Sat PO2’nin oda havasında %92 ve üzeri olması.
       - Yeni doğan bebeğin aktivitesinin normal olması, annenin bebeği doğru ve yeterli besleyebilecek şekilde eğitilmiş olması,
       - Kusmanın olmaması, düzenli idrar ve gaita çıkarması
       - Antibiyotik tedavisi alıyorsa önerilen dozda ve sürede tedavinin tamamlanmış olması.
       - Kan şekeri, hemogram direkt ve total billurubin, kalsiyum değerleri takip edilen bebeklerin değerlerinin normal sınırlarda olması
       - Bronkopulmoner displazisi olan vakaların düzenli tedavisi ile stabilleşmiş olması.
       - Konjenital anomalisi, kalp hastalığı, nörolojik hastalığı nedeniyle nazogastrik sonda ile beslenen vakalar anne eğitildikten sonra taburcu edilebilir.
       - Prematüre yeni doğanların emmesinin normal olması, annenin beslenme eğitiminin tamamlanmış olması, bebeği 20-30 gr/gün kilo alıyor olması

**Taburculuk işlemleri:**

Tedavisi biten yeni doğan hasta taburcu kriterlerine uyan hastaların topuk kanı alınır, işitme tarama testleri yapılır ve bebek annelerine emzirme-bebek bakımı, danışmanlık hakkında eğitim verilir TA.FR.18 Taburculuk Eğitimi Formu ve epikriz formu verilerek hastanın taburcu işlemleri gerçekleştirilir.

* + 1. **Kurum Dışı Sevk:**

Yeni doğan yoğun bakım biriminden sevki gereken hastalar 112 ile koordineli olarak, hasta sevk formları doldurularak, **HB.PR.17 Hasta Transfer Prosedürü** uygun alarak sevk edildikleri sağlık kuruluşlarına nakilleri gerçekleştirilir. Hastanın Exitus olması durumunda YS.TL.01 **Hasta** **Ex İşlemleri Talimatı’na** uygun şekilde morga indirilir ve aileye teslim edilir.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 10/19 |

* Kuvözlerin ve cihazların temizliği, sterilizasyonu yapılarak her an gelebilecek yeni hasta için hazır bulundurulur.
  1. **KLİNİK SÜREÇLER:**
     1. **Monitorizasyon**

Servise yatışı yapılan hasta kuvöze ya da açık yatağa alınarak monitörize edilir. Monitör yenidoğan ayarlarına getirilir. Isı, SPO2,tansiyon, nabız aparatları yerleştirilir ve takip edilir.

* + 1. **Ventilatördeki Hastanın İzlemi**

Uzman doktor tarafından gerekli görülen hastalar ventilatöre bağlanır ve takibi yapılır.

**Endikasyonlar:**

Optimal çevresel koşullar sağlanır. İşlem sırasında bebek çıplak olacağından ısı kayıpları meydana gelir. Ortam ısısı 28 – 30\*C ayarlanır. Gerekiyorsa analjezi ve sedasyon sağlanır. İşlemin cilt bütünlüğü bozulacağında asepsi antisepsiye dikkat edilir.

* + 1. **Hastayı Ventilatörden Ayırma**

Ventilatöre bağlı F102’ si 30’un altına düşen spontan solunumu olan, apnesi olmaya SPO2’si stabil olan, ventilatör hızı 40’ın altına düşen ve kan gazı sonuçları iyi olan hastalar. Doktor istemine uygun olarak ventilatörden ayrılır.

* + 1. **Skorlama Sistemleri İle Hastanın Takibi**

Yenidoğan yoğun bakım servisinde yatan risk gurubu yüksek hastalara doktor tarafından Score for Neonatal Acute Physiology-Perinatal Extension-II (SNAP-PE-II) skorlama sistemleri kullanılarak hasta yatışından itibaren ilk gün içinde takip eden doktor tarafından yapılır.(1. Ve 2. Düzey yenidoğan yoğun bakımlar hariç).

***SNAP-PE II skoru:***

YDYBÜ’ne yatan olguların doğum sonrası ilk 12 saat içindeki en kötü verileri dikkate alınarak dokuz parametre üzerinden değerlendirildi. Ortalama kan basıncı diyastolik Kan Basıncı (KB) + (sistolik KB - diyastolik KB) / 3 formülü ile hesaplanır. (Tablo 1).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 11/19 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tablo 1. SNAP-PE II skoru.** |  | |
| **Parametre** | **Bulgu** | **Puan** |
| Ortalama Kan Basıncı (mmHg) | ≥30 | 0 |
|  | 29-20 | 9 |
|  | <20 | 19 |
| En düşük ısı | >35.6 | 0 |
|  | 35.6-35 | 8 |
|  | <35 | 15 |
| PO2/FiO2 | >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 |
| Doğum ağırlığı | ≤750 g | 17 |
|  | 750-999 g | 10 |
|  | ≥1000 g | 0 |
| 5. dk. Apgar skoru | <7 | 18 |
|  | ≥7 | 0 |
| SGA varlığı | SGA var | 12 |
|  | SGA yok | 0 |

* + 1. **İnvaziv İşlemler**

**A) Topuktan Kan Alma B)Venöz Girişimleri**

**-**Periferik venöz yol açılma

-Flebolomi

-Umlikal ven kateterizasyon

-İntraosseoz girişimleri

-Periferik yerleşimli santral kateter

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 12/19 |

**C)Arterial Girişimleri**

-Redial arterden kan alma

-Perkütan arteryan kateterizasyon

-Umlikal arter katetarizasyon

**D)Kan Değişimi**

-Basit völümetrik kan değişimi

-İzovalümetrik kan değişimi

-Pasit porsiyel kan değişimi

**E)İdrar Sondası Takılması**

-Supra pubik mesane aspirasyonu

**F)Endotrakeal Entübasyon**

**G) Göğüs Tüpü Takılması**

**İ)Gastrik Sonda Takılması**

**I)Abdominal Perasentez**

**J)Periton Diyalizi**

**K)Lomber Ponksiyon**

**L)Subdural Tap**

**M)Kemik iliği Aspirasyonu**

**N)Torasentez**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 13/19 |

**6.2.6.Nütrisyon Takibi**

Arama, emme yutma refleksi olan tüm bebeklerin anneleri tarafından emzilerek beslenmesi sağlanmaktadır.

\_ Emzirme ye başlamadan önce gerekli eğitimler anneye verilmektedir.

\_ Anne sütünün önemi hakkında bilgilendirilmektedirler.

\_ Başarılı emzirmede on bir adım ilkelerine uyulmaktadır.

\_Normal bir yenidoğan iki üç saat ara ile 24 saatte ortalama 8-12 kez beslenmelidir.

\_Efektif emzirme sağlanamamış emme-yutma refleksi gelişmemiş (DDA) ve prematüre ve özel problemi olan bebekler çeşitli yöntemlerle beslenmektedir.

**BUNLAR**

1: Kapla ( fincanla)

2: Enjektör

3: Oragastrik sonda ile beslenme

4:Beslenme sondası destekli meme Prematürenin Beslenme Şekli

Emme – yutma kordinasyonu 32-34 Haftanın altında tam olarak gelişmemiş olduğunda oragastik (OG) tüp kullanılmalıdır. Bu tüplerin kalınlıkları (ÇDDA) olan bebeklerde 3.5-4 F ( DDA) olan bebeklerde 5-6 F’yi geçmemelidir. Nazogastrik tüp solunum sorunları yaratabilir. Oragastrik beslenme tercih edilmelidir. Emme yutma kordinasyonu erken gelişmiş olan 30 haftanın üzerinde bebeklerde kap ile beslenme denenebilir.

Prematürenin tüple beslenmesi devamlı veya bolus olarak iki tipte olur. Bolus beslenmeden kasıt beslenme fizyoljisine uygun olarak 15-20 dakikalık süre içerisinde bebeğin orogastrik ile yer çekiminden yararlanarak beslenmesidir. Tüple beslenmede basınç uygulanmaz. Bebek yan veya yüzüstü yatarken yerçekimi ile beslenir( midenin 30-35 cm yukarısından 15-20 dk’da gönderilir). Devamlı beslenme ise özellikle immotilite problemi olan çok küçük pretermde uygun beslenme şeklidir. Devamlı ( sürekli Kontinyü) beslenmede lipidler. CA ve fosfor tüpte çökebilir. Enfeksiyon riski daha yüksektir. Bu nedenle tüplerin 4 saatte bir değiştirilmesi önerilir. Beslenme sırasında ağza emzik tutulması veya anne göğsünün tutturulması yutma koordinasyonuna yardımcı olur. Bu durunda bebeğin beslenme toleransı yakından izlenmelidir. Beslenme toleransında abdominal distansiyon. abdominal hassasiyet, kusma, rezidü volümü ve özelliği dışkılama sayısı ve klinik tabloda kötüleşme gibi kriterler kullanılır. Beslenme intoleransında ayırıcı tanısında NEK. Sepsis GİS iskemisi hipokalsemi ve hipokalemi dikkate alınmalıdır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 14/19 |

**Özel beslenme durumları**

* + - * Yarık dudak – damakta beslenme: Sadece yarık dudak olanlar anneyi emebilirler. Bazen dudakların elle birleştirilmesi emmenin daha güçlü olmasını sağlar. Bu bebekler çabuk yorulabildiğinden 10 dakika emzirdikten sonra destek gerekebilir. Yarık dudak-damakta sadece emzirme genellikle yeterli olmamaktadır. Ağız burun arası açıklık hava kaçışı nedeniyle emmeyi etkisizleştirir. Anneye emzirme ve süt sağma eğitimi verilmelidir.
      * Protez Damak
      * Özel aparatlar

**Yenidoğanda parenteral beslenme**

Parenteral beslenme oral yolla beslenemeyen bebeklere yeterli besin desteği sağlamak için kullanılır. Ancak çok küçük prematürelerde bile en kısa zamanda trofik beslenmeye başlanması önerilmektedir. Parenteral Beslenme:

1. GN<30 HF VE /veya DA <1000 G
2. GH>30 HF.ancak kısa sürede tam enteral beslenmesi mümkün olmayan
3. GIS ait problemi (NEK. Obstrüktif anomiler, malrotasyon. volvulus. omfalosel.kısa bağırsak senderomu )veya opere olan bebeklerde başlanır.

( Total par. beslenme solüsyonları doktor istenirse göre hastelimizde özel olarak kurulmuş TPN ünitesinde hazırlanmaktadır.)

* + 1. **Enfeksiyonların Kontrolüne Yönelik Yapılanma Ve Önlemler**

YDYBÜ hastane infeksiyonları yönünden en riskli birimlerdir. İnfeksiyonların önlenmesinde bu birimlerde çalışacak olan personelin yoğun bakım konusunda bilgili, deneyimli ve hastane infeksiyonları konusunda ilgili olmaları esastır

* Ünitemiz yerleşim ve yapılanması, uluslar arası standartlar ve rehberler göz önüne alınarak planlanmıştır. Hastane trafiğinden uzak bir alandadır.
* Ünitemizde izalosyon odası yeteri sayıda mevcuttur. Negatif basınçlı iki izolasyon odası uluslararası standartlara uygundur.
* Her alanda yeterli sayıda fotoselli musluk ve lavabo bulunmaktadır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 15/19 |

* Atıklar, tıbbi atık yöntemine uygun toplanıp atılmaktadır. Personel sürekli olarak atık yönetimi konusunda bilgilendirilmekte ve denetlenmektedir. Risk düzeyine göre temizlik planına göre temizlik yapılır.
* Zemin yüzeyleri kolay temizlenebilir, sık temizlemeye dayanıklıdır. Duvar yüzeyleri kolayca silinebilir yapıdadır.
* Tezgah üstleri, dolaplar ve kapaklar kolay temizlenebilir yapıdadır ve ek yerleri azdır.
* Ortam ısısı 22-26 derece, nem %30-60oranında tutulmaktadır.
* Üniteden bir öğretim üyesi enfeksiyon kontrol komitesi toplantı ve aktivitelerine düzenli katılır , enfeksiyon kontrol komitesinin veri toplama ve analizine destek sağlanır.
* Ünitede saptanan bir enfeksiyon sonrası durum değerlendirilir enfeksiyon kontrol komitesi ile işbirliği içerisinde standart önlemler dışındaki gerekli izolasyon ve önlemler hızla uygulamaya konur.
* Ünitede hepafiltre sistemi ile havalandırma sağlanır. Düzenli olarak partikül denetimi yapılır.
* Ziyaret saatlerinde, ziyaretçiler yeni doğan yoğun bakımlar ziyaretçi kabul kriterlerine göre kabul edilirler. Ziyaretçiler sorumlu hemşire tarafından kontrol ediler, aktif hasta kişilerin ziyaretine izin verilmez. Ziyaretçilerin üniteye girişinde el yıkaması sağlanarak önlük maske ve boneyle ziyareti sağlanır.
* Eğitim toplantıları içerisinde düzenli olarak enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi konularına yer verilir.
* Genel temizlik kuralları klinik içerisinde ki uygulama ve cihaz temizliği konusunda personellere gerekli eğitimler düzenli olarak verilir.
* Risk düzeyine göre yeteri sayıda çalışan hemşire ve personel sağlanır.
* Gerekli durumlarda koruyucu ekipman kullanılmaktadır.(önlük, maske, gözlük-yüz koruyucu, eldiven)
* Tüm invaziv ve non invaziv girişimlerde asepsi- antisepsi kurallarına uyulmaktadır.
* Bebeklere dokunma en aza indirgenmektedir. Enfeksiyonların önlenmesinde temel ve öncelikli kural el yıkamadır.
* El yıkama ve el antisepsisi ünitede sürekli zinde tutulan denetlenen bir uygulamadır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 16/19 |

**El yıkama endikasyonları:**

* Eller görünür biçimde kirli ve bulaş söz konusu ise EN.TL.02 El Hijyeni Ve Eldiven Kullanma Talimatına göre yıkanmalıdır.
* Santral intravasküler, üriner, periferik vasküler kateter yerleştirme işleminden önce ve sonra el yıkanır.
* Hastayla direkt temastan önce el yıkanmalıdır.
* Hasta bakımı sırasında kontamine vücut bölgesinden temiz vücut bölgesine geçerken eller yıkanmalıdır.
* Cansız yüzeylerle temastan sonra eller yıkanmalıdır.
* Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanmalıdır.
* Tırnaklar kısa ve temiz olmalı, tırnak cilası kullanılmamalıdır. Yüzük, bilezik gibi takılar kullanılmamalıdır.

**El yıkama işleminde ilkeler**

* Önlük kolları dirseklere kadar kısa olmalıdır.
* Pedallı yada fotoselli musluk, sabunluk ve kağıt havluluk kullanılmalıdır.
* Hijyenik el yıkama yapılmalıdır. En az 15 sn sürmelidir.
* Eller ıslatılır ,avuç içine 3-5 ml dezenfektan alınır, parmak araları, avuç içi ,eşin dış yüzü tırnak diplerine bilekler friksiyon yapılarak, köpürtülerek yıkanır ve durulanır. Kurulama işlemi kağıt havlu ile yapılır.
* El dezenfeksiyonu için alkol bazlı el dezenfektanı yeterlidir.(%60-95)
* Eller görünür biçimde bulaş söz konusu değilse; tüm durumlarda el dezenfektanı yeterlidir.
* El yıkama sonrası kullanılacaksa; eller mutlaka iyice kurulanmalı ve daha sonra el dezenfektanı kullanılmalıdır.
* Dezenfektan kuruyana kadar eller ovuşturulmalıdır.

**Kuvözlerin Temizliği ve Dezenfeksiyonu:** Kuvözlerin temizliğinde tek kullanımlık bezler kullanılmalı ve tüm aşamalarda değiştirilmelidir. Temizlik günlük olarak yapılır EN.FR.04 Yeni doğan Yoğun Bakım Temizlik Planı Ve Takip Formu ve EN.FR.29 Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi Kuvöz Temizlik -Kontrol Formuna kaydedilir. Ayrıca gözle görünür bir kirlenme varsa temizlik yapılır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 17/19 |

**1**.**Kuvözde hasta varken;**

* İşlem yukarıdan aşağıya doğru su ve deterjan ile silme ve ayrı bir bezle durulama şeklinde olmalıdır.
* Ellerin en çok temas ettiği dış kapaklar, bu kapakları saran yastık ve kollar, gün içinde en az iki kez yer yüzey dezenfeksiyonu için uygun olan ve yeni doğan için toksik olmayan bir dezenfektanla silinmelidir.
* Kuvöz nemlendiricileri haftada bir kez ve bebek değişiminde steril edilmeli veya yüksek düzey dezenfekte edilmeli, dezenfeksiyon sonrası steril su ile doldurulmalıdır.
* Nemlendiriciler kullanılmadığı sürece kuru olarak muhafaza edilmelidir.

1. **Hasta çıktıktan sonra;**

* Kuvöz mutlaka dezenfekte edilerek kullanılmalıdır.
* Hasta uzun süredir yatıyor ise bebeklerde haftada bir, 1000 gr altındaki bebeklerde beş günde bir, bebek başka bir yere alınarak kuvözler dezenfekte edilmelidir.
* Önce kuvözün ayrılabilir tüm parçaları ayrılarak, yıkanabilir parçaları su ve deterjan ile yıkanmalı, diğerleri günlük temizlikteki gibi silinmelidir.
* Hastane infeksiyon kontrol komitesince düşük düzey dezenfektan olarak önerilen ajanlardan biri dezenfeksiyon amacı ile kullanılabilir. Önerilen oranlara uyulmalıdır.
* Yüzeyler kuruduktan sonra bebek kuvöze alınabilir.
* Kuvözlerin fan ve filtre sistemlerinin bakımı ve değişimi, üretici firma önerileri doğrultusunda yapılmalıdır.

**Ventilatör Temizliği ve Bakımı :**

* Ventilatörlerin dış yüzeyi günlük olarak su ve deterjanla, hastane infeksiyon kontrol komitesince düşük düzey dezenfektan olarak önerilen ajanlardan biri ile silinir.
* Ventilatör devreleri tek kullanımlık olmalıdır.
* Tek kullanımlık olmayan ısıya dayanıklı devreler uygun temizlik işleminden sonra basınçlı buhar otoklavında steril edilir.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 18/19 |

* Isıya dayanıklı olmayan devreler yüksek düzey dezenfektan kullanılarak dezenfekte edilmelidir.
* Gözle görülür kirlenme ve işlev bozukluğu olmadıkça devreler değiştirilmemelidir.
* Devreler içinde oluşan sıvılar boşaltılarak hastaya gitmesi engellenmelidir.
* Sistemdeki bütün nemlendiricilerde steril distile su kullanılmalıdır.
* Nemlendirici filtreler mekanik fonksiyon bozukluğu gelişmediği veya gözle görülür kirlenme olmadığı sürece rutin olarak değiştirilmemelidir.
* Oksijen flowmetre kapları içinde steril su kullanılmalıdır. Bu amaçla steril olmayan su, serum fizyolojik veya steril olmayan distile su kullanılmamalıdır.
* Oksijen flowmetre kapları içinde steril su miktarı azaldığında üzerine ekleme yapılmamalı, kaplar temizlenip dezenfekte edildikten sonra kuruması beklenmeli, kuruduktan sonra tekrar steril su konulmalıdır.
* Gezici oksijen tüpü ile transfer edilen hastalar için oksijen flowmetre kabına su konulmasına gerek yoktur. Hastanın mutlaka nemlendirilmiş hava alması gerekli ise kendi flowmetresi ile transfer edilmelidir.
* Nemlendirici kaplardaki ( humidifier ) sıvı azaldıkça üzerine ekleme yapılmamalı, kaplar temizlenip dezenfekte edildikten sonra kuruması beklenmeli, kuruduktan sonra steril su konulmalıdır.
* Yeni bir hasta için, bir önceki hastadan kalan nemlendirici kabı ( humidifier ) kesinlikle kullanılamamalı, her yeni hasta için temiz ve dezenfekte edilmiş bir nemlendirici kabı kullanılmalıdır.
* Nemlendirici devrelerindeki su günlük olarak değiştirilmelidir.
* Hasta başında bulunan aspirasyon kataterinin yıkanmasında kullanılan steril su her 8 saatte bir değiştirilmelidir.
* Nazal oksijen kateter ve maskelerin fonksiyonu bozulduğunda ve gözle görünür kontaminasyon saptandığında değiştirilmelidir.
* Her aspirasyon işleminde tek kullanımlık steril aspirasyon sondaları kullanılmalıdır.
* Aspirasyon sırasında, aspirasyon materyalinin hastanın gözüne sıçramamasına dikkat edilmelidir.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | YD.PR.01 |
| YAYIN TARİHİ | 24.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.01.2018 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 19/19 |

* Aspirasyon işlemi kesinlikle steril eldivenle yapılmalıdır.
* Laringoskop blade kısımları steril edilmeli veya yüksek düzey dezenfeksiyon sağlanmalıdır.
* Ambular, her kullanım sonrası temizlenip dezenfekte edilmelidir.

**7.İLGİLİ DÖKÜMANLAR**

* TA.FR.27 SÖZLÜ VE TELEFONLA TABİP TALİMATLARI FORMU
* İK.TL.02 HASTANE ZİYARET TALİMATI
* HD.RB.173 YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM HASTA YAKINI ONAM FORMU
* EN.TL.02 EL HİJYENİ VE ELDİVEN KULLANMA
* HB.PR.17 HASTA TRANSFER PROSEDURU
* OH.PR.02 HASTANE TEMİZLİK PROSEDÜRÜ
* EN.FR.29 YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ KUVÖZ TEMİZLİK -KONTROL FORMUNA
* EN.FR.04 YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM TEMİZLİK PLANI VE TAKİP FORMU
* YS.TL.01 HASTA EX İŞLEMLERİ TALİMATI’NA
* TA.FR.27 SÖZLÜ VE TELEFONLA TABİP TALİMATLARI FORMU
* YDYB .FR.01 YENİDOĞAN YOGUNBAKIM TAKİP FORMUNA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HAZIRLAYAN | KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
|  | PERFORMANS VE KALİTE BİRİMİ | BAŞHEKİM |