

Döküman Kodu: AH.FR.19

Yayın Tarihi:
13.01.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No:00

Sayfa No:1/2

Ameliyat Öncesi Tanı : Tarih : ... / ... /

Ameliyat :

Yaş / Kilo / Boy :

Bilinç Durumu / GKS :

BARKOD

Alışkanlıklar	Alerji	Kullandığı İlaçlar	Geçirilen Ameliyatlar

ANAMNEZ VE FİZİK MUAYENE

Solunum Sistemi

- Özellik Yok
- KOAH
- Astım
- Tbc
- Dispne
- Konsültasyon
- ÜSYE
- Bronşit
- Sigara
- SFT
- PA Akc Grafi
- Diğer

Muayene Bulguları :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dolaşım Sistemi

- Özellik Yok
- Hipertansiyon
- Anjina
- MI
- Koroner Arter Hast.
- EKG
- Konsültasyon
- Ödem
- KKY
- Efor dispne
- Aritmi
- EKO
- EF
- Diğer

Muayene Bulguları :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EKG

EKO

Anjiyografi

Karotis Doppler

Diğer

Laboratuvar Test Sonuçları

Hct

Hb

Plt

WBC

Seroloji

PT

a PTT

INR

D. Bil

T. Bil

K

Na

Üre

Kreatinin

Glukoz

T. Protein

Albumin

ALT

AST

SPO2 :

Ateş :

TA :

Nbz :

Ağrı :

Döküman Kodu: AH.FR.19

Yayın Tarihi:
13.01.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No:00

Sayfa No:2/2

Endokrin Sistem	Üriner Sistem	GIS	Hematolojik Muayene	SSS	Emosyonel Durum
<input type="checkbox"/> Özellik yok <input type="checkbox"/> Tip ½ DM <input type="checkbox"/> Hipo / Hipertiroidi <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Özellik yok <input type="checkbox"/> ABY <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Özellik yok <input type="checkbox"/> Defans / Rebound <input type="checkbox"/> Hepato / Splenomegali <input type="checkbox"/> Asit <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Anemi <input type="checkbox"/> Trombositopeni <input type="checkbox"/> Lökopeni <input type="checkbox"/> Hemofili <input type="checkbox"/> ITP / TTP <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Özellik yok <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Alzheimer / Demans <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Korkulu / Endişeli <input type="checkbox"/> Huzursuz <input type="checkbox"/> Ağlıyor <input type="checkbox"/> Ajite

Hava	Ağız Değerlendirme	Boyun Hareketi
<input type="checkbox"/> Mallampati <input type="checkbox"/> Tiromental mesafe	I II III IV <input type="checkbox"/> <6 cm <input type="checkbox"/> >6 cm	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kısıtlı <input type="checkbox"/> Hareketsiz

Gebelik	Açlık Durumu	Premedikasyon
<input type="checkbox"/> Ödem / Varis <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT / Preeklampsi	Katı Gıda Sıvı Gıda	Saat Önce Saat Önce
		1. 2. 3.

KONSÜLTASYONLAR	
İstenilen Konsültasyon(lar)	Sonuç(lar)
.....
.....
.....

Planlanan Anestezi			
<input type="checkbox"/> Genel	<input type="checkbox"/> Epidural	<input type="checkbox"/> Sedasyon Analjezi	<input type="checkbox"/> RIVA
<input type="checkbox"/> Spinal	<input type="checkbox"/> Kombine S.E.	<input type="checkbox"/> Periferik Blok	

AÇLIK SÜRESİ
.....
.....

PREMEDİKASYON
.....
.....

MALLOPATİ SINIFLAMASI			
<input type="checkbox"/> Sınıf 1	<input type="checkbox"/> Sınıf 2	<input type="checkbox"/> Sınıf 3	<input type="checkbox"/> Sınıf 4

NOTLAR VE DÜŞÜNCELER

.....

.....

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

Doktor
Ad – Soyad : İmza / Kaşe :

Hasta
Ad – Soyad : İmza :