

KOD	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.FR.03	01.01.2017	----	0	Sayfa 1 / 1

Hastanın Adı Soyadı:	Doğum Tarihi: ..... / ..... / .....
Hasta No:	Cinsiyet: <input type="checkbox"/> KADIN <input type="checkbox"/> ERKEK

### KİŞİSEL BİLGİLER

Hekim : .....	Ameliyat Tarihi: ...../...../.....
---------------	------------------------------------

Olgu Tipi <input type="checkbox"/> Ayaktan Hasta <input type="checkbox"/> Yatan Hasta <input type="checkbox"/> Acil	Boy:.....(cm) Ağırlık:.....(kg)
---	---------------------------------

Preop Tanı : .....	Planlanan Ameliyat:.....
--------------------	--------------------------

### SİSTEMLERİ SORGULANMASI ve ÖZGEÇMİŞ

Kardiyovasküler <input type="checkbox"/> N	Alerji <input type="checkbox"/> Y
Respiratuar <input type="checkbox"/> N	Sigara <input type="checkbox"/> Y
Endokrin <input type="checkbox"/> N	Alkol <input type="checkbox"/> Y
Renal <input type="checkbox"/> N	Madde Bağımlılığı <input type="checkbox"/> Y
Diğer <input type="checkbox"/> N	Bitkisel ilaç Kullanımı <input type="checkbox"/> Y
Hamilelik <input type="checkbox"/> Y	Antiagregan Kullanımı <input type="checkbox"/> Y
Geçirilmiş Anestezi Öyküsü <input type="checkbox"/> Y	Ağrı Skoru <input type="checkbox"/> Y
Kullanılmakta Olan İlaçlar <input type="checkbox"/> Y	Aile (Anestezi) <input type="checkbox"/> Y

### FİZİK MUAYENE

Genel <input type="checkbox"/> N	Kalp <input type="checkbox"/> N	Akciğer <input type="checkbox"/> N	Diğer <input type="checkbox"/> N
Hava yolu (Temporomandibular eklem, Tyromental mesafe, Boyun Hareketleri, Ağız açıklığı) <input type="checkbox"/> N	Rejyonel Anestezi Sahası (gerekliyorsa) <input type="checkbox"/> N	Kan Basıncı (mmHg)	
Mallampati <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Dişler <input type="checkbox"/> N	Nabız (/dk)	

### NOT

### POLİKLİNİK DEĞERLENDİRME

ASA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> A	Tarih: ...../...../.....
--	--------------------------

Laboratuvar Sonuçları		Açlık Süresi Önlemleri Anlatıldı <input type="checkbox"/> E	Hekim Adı Soyadı / İmza
Hb	Cr	Kan Ürünü İsteği <input type="checkbox"/> H	
Htc	HbsAg		
Plt	AntiHCV		
AST	HIV	Konsültasyon Bölüm..... <input type="checkbox"/> H	
ALT	PTZ		
BUN	INR	Bölüm.....	