



National ID: کد ملی:

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Fathers Name: نام پدر:
Date of Anesthesia: تاریخ بیهوشی:	Fasting: ناشتایی:	Height: قد:	Weight: وزن:

Suggested Operation: عمل جراحی پیشنهاد شده:	Pre-Operation Diagnosis: تشخیص قبل از عمل:
---	--

Pre medication												
<input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Ultrasound guided	موسبرک	<input type="checkbox"/> Des <input type="checkbox"/> Sevo <input type="checkbox"/> Iso (%)										
		<input type="checkbox"/> N2O <input type="checkbox"/> Air (L/ml)										
		Oxygen (L/min)										
		Narcotic:										
		Hypnotic:										
<input type="checkbox"/> Sedation <input type="checkbox"/> MAC	ملاحظات و نورن											
<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Pre-Oxygenation <input type="checkbox"/> Endotracheal Tube Size : <input type="checkbox"/> Laryngeal Mask Size : <input type="checkbox"/> Face Mask <input type="checkbox"/> Armored Tube <input type="checkbox"/> Difficult <input type="checkbox"/> Non-Traumatic <input type="checkbox"/> Rapid sequence <input type="checkbox"/> Induction with Cricoid pressure <input type="checkbox"/> TIVA	ماینترینگ	ECG (Dysrhythmia)										
		% O ₂ inspired (FiO ₂)										
		O Saturation (SPO)										
		End Tidal CO ₂										
		Temp: <input type="checkbox"/> °C <input type="checkbox"/> °F										
		BIS										
		CVP										
		Urine (ml)										
		Blood Loss (ml)										
		Intravenous Lines Size: Site: Size: Site: Size: Site: Size: Site: Monitoring <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> NIBP <input type="checkbox"/> Arterial Line (IBP) Size: Site: Ultrasound guided <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Central Venous Line Size: Site: Ultrasound guided <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Peripheral Nerve Stimulator <input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> Cerebral Oximetry <input type="checkbox"/> TOF <input type="checkbox"/> Other	علامت حیاتی	Baseline Values	200							
BP	180											
PR	160											
RR	140											
	120											
	100											
GCS	80											
	60											
T	40											
Disability	20											
<input type="checkbox"/> Eye Taped Shut <input type="checkbox"/> Pressure points padding	تهریه	Tidal Vol. (ml)										
		Resp. Rate										
		Peak Pressure (cm H ₂ O)										
		PEEP (cm H ₂ O)										
		I/E Ratio										
Position												
Risk		E	1	2	3	4	5	6				
Reversal	<input type="checkbox"/> Neostigmine <input type="checkbox"/> Atropine <input type="checkbox"/> Sugammadex	Anesthesia nurse	کارشناس بیهوشی									
		Anesthesiologist	آنستزیولوژیست									



برگ بیهوشی
ANESTHESIA RECORD

Circular nus: ستر کولر:		Scrub nus: اسکراب عمل:		Assistant کمکی جراح:		Surgeon: جراح:	
Lab. Results: BG & Rh: Hb: Hct: Plt: Bun: Cr: Na: K: BS: PT: PTT: INR: PFA-100 aPTT: نتایج آزمایشگاهی:							
ECG, Echocardiography, CXR Finding: نتایج رادیوگرافی، اکوکاردیوگرافی، الکتروکاردیوگرافی:							
Consultation : مشاوره قلب یا سایر مشاوره ها:							
Allergies: حساسیت دارویی:							
Pre-op Complications: عوارض پیش از عمل:							
Intra-op Complications: عوارض هنگام عمل:							
Post-op Complications: عوارض پس از عمل:							
Anes. Time:		زمان بیهوشی:		Start Time:		زمان شروع بیهوشی:	
End Time:		Consciousness:		Pain Score:		FIO ₂ =	
HR=		BP=		RR=		SpO ₂ =	
PACU:							

