



شماره پرونده: Unit No:

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:
	Bed: تخت:		

بررسی پرستار اتاق عمل Review of Op. Room Nurses		Date of Operation: تاریخ عمل جراحی:	
نظریه Notes	تأیید O.K.	Diagnosis: تشخیص:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name of Operation: نام عمل جراحی:	
		سمت عمل: راست <input type="checkbox"/> چپ <input type="checkbox"/> Site of Operation Left Right	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preparation of Op. Site: آماده نمودن محل عمل:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consent form Attached <input type="checkbox"/> اجازه نامه عمل جراحی ضمیمه است <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patient's ID. Tag Affixed to بسته شده است	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B.P. on Adm: فشار خون موقع پذیرش:	B.P. After Using Premed Drugs: فشار خون پس از داروهای بیهوشی:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hb & Hct: هموگلوبین و هماتو کریت:	Urea: اوره خون:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood Sugar: قند خون:	RH: گروه خون:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood Group: اره اش:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Time of the Last Urination Prior to Operation: ساعت آخرین ادرار قبل از عمل	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vital Signs before Op. : Vital Signs: تنفس: نبض: حرارت: علائم حیاتی قبل از عمل: Resp. Pulse Temp. عمل:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Under Treatment With These Drugs: تحت درمان با داروهای:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pre- Operation Drugs & Last Dose: داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده آنها:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pre- medication Effect: اثر پیش داروها:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asleep <input type="checkbox"/> خواب Sleepy <input type="checkbox"/> خواب آلوده Awake <input type="checkbox"/> بیدار	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اوراق آزمایشگاهی: کافی <input type="checkbox"/> اوراق رادیولوژی: کافی <input type="checkbox"/> گزارش پرستار: کافی <input type="checkbox"/> Laboratory Sheets Enough Radiology sheets Enough Nurses Report Enough	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اعضای مصنوعی دارد: بله <input type="checkbox"/> برداشته شد: بله <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> خارج گردید: <input type="checkbox"/> سایر متعلقات: <input type="checkbox"/> ساعت: <input type="checkbox"/> انگشتر: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Removed <input type="checkbox"/> Prosthesis	
امضاء پرستار اتاق عمل:		Remarks: ملاحظات:	
Signature of Op. Room Nurse:		Ward Nurse's Signature: نام و امضاء پرستار بخش:	

