

نام و نام خانوادگی بیمار	نام پدر	تاریخ تولد	تاریخ پذیرش بیمار	ساعت ورود بیمار	نوع پذیرش	
اقدامات قبل از بیهوشی طبق چک لیست جراحی ایمن بصورت شفاهی قرائت شده و مورد تأیید است. <input type="checkbox"/>						
<b>موارد</b>						
<b>قبل از بیهوشی</b>	۱	تجهیزات بیهوشی شامل ماشین بیهوشی با کارکرد مناسب ، بدون نشتی ، باماده جاذب کافی و کالیبراسیون مورد تأیید است <input type="checkbox"/> مانیتور بیهوشی با محدوده هشدار مشخص و صدای بلند <input type="checkbox"/> ساکشن با مکش مناسب <input type="checkbox"/> لارنگوسکوپ با نور کافی <input type="checkbox"/> لوله تراشه <input type="checkbox"/> ایروی <input type="checkbox"/> استایلت <input type="checkbox"/> پنس مگیل <input type="checkbox"/> قیچی <input type="checkbox"/> تخت اتاق عمل با قابلیت حرکت در تمام جهات <input type="checkbox"/> و داروهای اینداکشن و اورژانس <input type="checkbox"/> موجود است.				
	۲	ارزیابی قبل از بیهوشی انجام شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی				
	۳	بیمار دندان لقی یا شکسته دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی				
	۴	فرم رضایت آگاهانه بیهوشی تکمیل و ضمیمه پرونده شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی				
	۵	بیمار از بخش با مسیر وریدی سالم تحویل گرفته شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی				
	۶	بیمار دارای حساسیت شناخته شده می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی نوع حساسیت: .....				
	۷	آیا بیمار دارای راه هوایی مشکلی است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی تجهیزات کمکی ..... موجود است.				
	۸	با توجه به نوع عمل و شرایط بیمار، ریسک خونریزی وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی				
	۹	بیمار خون و فرآورده های خونی آماده تزریق دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی مسیر وریدی مناسب تعبیه شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی				
<b>حین عمل</b>	۱	بیمار از لحاظ زخم، کبودی، زخم فشاری، مشکلات حسی حرکتی و.... بررسی شده است؟ .....				
	۱	نوع بیهوشی: <input type="checkbox"/> G/A <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> Bier Block <input type="checkbox"/> Nerve Block <input type="checkbox"/> MAC <input type="checkbox"/> Sedation <input type="checkbox"/> ساعت شروع بیهوشی: .....				
	۲	در صورت استفاده از ست استریل (اسپینال، کت داون و ...) اندیکاتور ست در فرم مربوطه الصاق شد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی				
	۳	پوزیشن و تغییرات پوزیشن بیمار با حضور و تأیید پزشک بیهوشی انجام شد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی نوع پوزیشن: .....				
<b>پایان عمل</b>	۱	تمهیدات انجام شده در رابطه با پیشگیری از زخم بستر در صورت طولانی شدن عمل جراحی: ..... گزارش عوارض و یا حوادث ناشی از پوزیشن: .....				
	۲	آیا حین عمل بیمار خون و فرآورده های خونی دریافت کرده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی				
	۳	در صورت ادامه تزریق خون در: <input type="checkbox"/> ریکاوری <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> انجام می شود.				
	۱	انتقال بیمار به صورت <input type="checkbox"/> extubate <input type="checkbox"/> intubate <input type="checkbox"/> به ریکاوری <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> انجام شد. ساعت انتقال: .....				
	۲	بیمار با مسیر وریدی سالم به ریکاوری/ ICU و .... تحویل داده شد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی				
۳	در صورت تعبیه آرتریال لاین ، طبق نظر پزشک بیهوشی بیمار با آرتریال لاین ، به : ریکاوری <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> تحویل شد. / آرتریال لاین در اتاق عمل D/C شد <input type="checkbox"/>					
۴	طبق صلاحدید پزشک بیهوشی، بیمار نیاز به انتقال با اکسیژن دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی					
۵	تحویل بیمار با حضور دستیار جراحی و یا بیهوشی انجام شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی					
توضیحات و گزارش مورد نیاز: .....						
نام و نام خانوادگی متخصص بیهوشی (مهر و امضاء) .....						
نام و نام خانوادگی پرستار بیهوشی (مهر و امضاء) .....						
۱- .....						
۲- .....						