



ANESTEZİ HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Hasta Adı Soyadı:
Hasta No:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E

Bölüm :

Kişisel Bilgiler	
Primer hekim	Ameliyat tarihi
Hasta tipi <input type="checkbox"/> Yatan hasta <input type="checkbox"/> Ayaktan hasta <input type="checkbox"/> Acil	Preop tanı
Boy.....(cm) Ağırlık.....(kg)	Planlanan ameliyat
Sistem Sorgulama ve Özgeçmiş	
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
Anestezi öyküsü <input type="checkbox"/> Y	Ağrı skoru <input type="checkbox"/> Y
Kullanılan ilaçlar <input type="checkbox"/> Y	Aile (anestezi) <input type="checkbox"/> Y
Fizik Muayene	
Genel <input type="checkbox"/> N	Havayolu <input type="checkbox"/> N
Kalp <input type="checkbox"/> N	Mallampati <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Akciğer <input type="checkbox"/> N	Rejyonel anestezi sahası (gerekliyorsa) <input type="checkbox"/> N
Kan basıncı (mmHg)	Diğer <input type="checkbox"/> N
Nabız (/dk)	Not
Diğer	
Anestezi Öncesi Değerlendirme	
Anestezi planı <input type="checkbox"/> Genel <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> CSEA <input type="checkbox"/> RIVA	ASA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Periferik Blok <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Sedasyon <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> A
Preop tetik isteği <input type="checkbox"/> Y	Kan ürünü isteği <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Panel 1 (PT, APTT, HIV, HCV, HBsAg, kan grubu, hemogram) <input type="checkbox"/>	Açlık süresi bilgisi <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Panel 2 (kreatinin, glukoz, sodyum, potasyum, AST, ALT, BUN) <input type="checkbox"/>	Cerrahi sonrası analjezi kullanımı <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Panel 3 (EKG, Akciğer Grafisi) <input type="checkbox"/>	Konsültasyon isteği <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Panel 4 (glukoz, BUN) <input type="checkbox"/>	Bölüm
Diğer Tetikler	Premedikasyon
	Hekim Adı Soyadı Tarih
	İmza Saat
Ameliyat günü ek değerlendirme (yapılırsa)	Hekim Adı Soyadı Tarih
	İmza Saat

N: Normal Y: Yok E: Evet H: Hayır A: Acil CSEA: Kombine Psinal Epidural Anestezi RIVA: Rejyonel İntravenöz Anestezi



ANESTEZİ HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Hasta Adı Soyadı:
Hasta No:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E

Bölüm :

Kişisel Bilgiler	
Primer hekim	Ameliyat tarihi
Hasta tipi <input type="checkbox"/> Yatan hasta <input type="checkbox"/> Ayaktan hasta <input type="checkbox"/> Acil	Preop tanı
Boy.....(cm) Ağırlık.....(kg)	Planlanan ameliyat
Sistem Sorgulama ve Özgeçmiş	
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
Anestezi öyküsü <input type="checkbox"/> Y	Ağrı skoru <input type="checkbox"/> Y
Kullanılan ilaçlar <input type="checkbox"/> Y	Aile (anestezi) <input type="checkbox"/> Y
Fizik Muayene	
Genel <input type="checkbox"/> N	Havayolu <input type="checkbox"/> N
Kalp <input type="checkbox"/> N	Mallampati <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Akciğer <input type="checkbox"/> N	Rejyonel anestezi sahası (gerekliyorsa) <input type="checkbox"/> N
Kan basıncı (mmHg)	Diğer <input type="checkbox"/> N
Nabız (/dk)	Not
Diğer	
Anestezi Öncesi Değerlendirme	
Anestezi planı <input type="checkbox"/> Genel <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> CSEA <input type="checkbox"/> RIVA	ASA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Periferik Blok <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Sedasyon <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> A
Preop tetik isteği <input type="checkbox"/> Y	Kan ürünü isteği <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Panel 1 (PT, APTT, HIV, HCV, HBsAg, kan grubu, hemogram) <input type="checkbox"/>	Açlık süresi bilgisi <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Panel 2 (kreatinin, glukoz, sodyum, potasyum, AST, ALT, BUN) <input type="checkbox"/>	Cerrahi sonrası analjezi kullanımı <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Panel 3 (EKG, Akciğer Grafisi) <input type="checkbox"/>	Konsültasyon isteği <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Panel 4 (glukoz, BUN) <input type="checkbox"/>	Bölüm
Diğer Tetikler	Premedikasyon
	Hekim Adı Soyadı Tarih
	İmza Saat
Ameliyat günü ek değerlendirme (yapılırsa)	Hekim Adı Soyadı Tarih
	İmza Saat

N: Normal Y: Yok E: Evet H: Hayır A: Acil CSEA: Kombine Psinal Epidural Anestezi RIVA: Rejyonel İntravenöz Anestezi