

# ASSESMEN PRA ANESTESI

<b>Nama :</b> _____ <b>No. RM :</b> _____ <b>Tgl. Lahir :</b> _____ <b>NIK :</b> _____		<b>Alergi Obat :</b> 1. .... 2. .... 3. .... 4. ....	
<b>Tanggal/ Jam Pemeriksaan :</b> _____ <b>Rencana Tindakan :</b> _____		<b>Tanda - tanda Vital Sebelum Tindakan :</b> TD : _____ Nadi : _____ BB : _____ Kg RR : _____ TB : _____ cm Suhu : _____ °C	
<b>Tanggal Tindakan :</b> _____ <b>Operator :</b> _____ <b>Spesialis Anestesi :</b> _____ <input type="checkbox"/> ODC <input type="checkbox"/> Rawat Inap		<b>Obat yang sedang dikonsumsi :</b> <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada : _____ <b>Riwayat Anestesi :</b> _____	
<b>Jalan nafas / Gigi - geligi / Leher</b>		<b>Anamnesa dari :</b> <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Wali / Orang tua	
<b>Pemeriksaan Fisik</b>	<b>DBN</b>	<b>Keterangan</b>	<b>Pemeriksaan Penunjang</b>
<b>Respirasi</b>	<input type="checkbox"/>		Echocardiogram
- Asma - Bronkitis - Pneumonia - Tuberkulosis			
<b>Cardiovascular</b>	<input type="checkbox"/>		EKG
- EKG Abnormal      - Hipertensi - Angina              - Murmur - CHF                  - Pacemaker - Disritmia           - Penyakit Katup			
<b>Hepato / Gastrointestinal</b>	<input type="checkbox"/>		Pemeriksaan Radiologi
- Bowel Obstruction - Sirosis - Jaundice - Nausea & Vomiting			
<b>Neuro / Muscoluskeletal</b>	<input type="checkbox"/>		Spirometri / Bronkoskopi
- CVA/Stroke/TIA      - Hemiparesa /Plegi - Sakit Kepala          - Paraparese /Plegi - Penurunan Kesadaran - Kejang - Paralis                  - Neuromuscular - Parastesia              Distroft			
<b>Renal / Endokrin</b>	<input type="checkbox"/>		Lain - Lain
- DM - Gagal ginjal / Dialisis - Thyroid			
<b>Other</b>	<input type="checkbox"/>		
- Anemia                  - Dehidrasi - Kanker                  - Hemofilia - Kemoterapi           - Hamil			
		*DBN = Dalam Batas Normal	<b>ASA</b> 1 2 3 4 5 6 E
<b>Pemeriksaan Lab.</b> <b>Hb/Hct :</b> _____ <b>Fungsi Ginjal :</b> Ureum : _____ Creatinin : _____ <b>Fungsi Hati :</b> SGOT : _____ SGPT : _____ Albumin : _____ Globulin : _____ Bilirubin : <input type="checkbox"/> Direct _____ <input type="checkbox"/> Indirect _____ <b>Elektrolit :</b> NA _____ K _____ Cl _____ Ca _____ Mg _____ <b>Lain - lain :</b> _____		<b>INSTRUKSI PRA ANESTESI</b> Puasa _____ Makanan padat _____ Makanan Cair _____ Obat - obat diberikan tertulis <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Obat yang dihentikan : _____	
<b>KESIMPULAN PRA ANESTESI :</b>		<b>Rencana Anestesi :</b>	

Dokter Anestesi

(.....)