

1. This is a consent form printable at reception.



MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL

General Consent Form

MR #: _____

ٹلی فون

تاریخ

ولد

مریض

فرمی رشتہ دار

شناختی کارڈ نمبر

پتہ

1. میں ہسپتال انتظامیہ کو اپنے علاج معا لجے کیلئے درخواست کرتا/اکرتبی ہوں اور یہ کیہے میں اجازت دیتا/ادتی ہوں کہ دوران علاج جس بھی حجم کے کروز مرکے ہسپتال اور وارڈ کے پروجئر جو کہ علاج کیلئے ضروری اور مرض کے تشیعیں کیلئے لازمی ہیں ان سب کی اجازت دیتا/ادتی ہوں اور یہ کہ اس دوران اگر کسی حجم کی بھی پچیدگی ہو جائے تو ہسپتال کا عمل یا ذا کنز ہرگز ذمہ دار نہ ہوگے۔

2. ہیئت کے جانب سے مجھے میرے حقوق اور فرماں کا تادیا کیا ہے یعنی کہ میں ہسپتال سے کس طرح کی امید رکھ سکتا/سکتی ہوں اور یہ کہ مجھے اور میرے اداھیں کہ دوران علاج دو اخطبوط ہسپتال یا دو قائمی اور دو گرے ملے سے ہڑت سے چیز آتا ہے اور ہسپتال کے قوانین کی ختنی سے پابندی کرنی ہے بصورت دیگر ہسپتال انتظامیہ قانونی کارروائی یہاں تک کہ میں ہسپتال سے نکلنے تک کی جائے گا۔

3. مجھے یہ علم ہے کہ ہسپتال اہم ایشیا اور دیگر زالی سماں کی خفاظت کا ذمہ دار نہیں ہے۔

4. مجھے معلوم ہے کہ تمام میڈیکل ریکارڈ کو قانون کے مطابق صیغہ راز میں رکھا جائے گا میں ہسپتال کو اجازت دیتا/ادتی ہوں کہ یہی محنت سے متعلق معلومات مندرجہ ذیل کو دی جاسکتی ہیں۔

(الف) ادائیگی کشندہ اور ان شورنس کپنی جو کہ میرے علاج معا لجے کی ادائیگی سے متعلق ہیں۔

(ب) خودیت آذیز اور ایسی ایجنیاں جنکی خدمات ادائیگی کشندہ ادارے یا یہی ان شورنس کپنی نے حاصل کی ہوں تاکہ علاج میں اخراجات کی صحیح طور پر جانش پتال کی جاسکے۔

(ج) ایسی تمام ایجنیاں اور ادارے جو کہ ہسپتال کی جانب سے علاج معا لجے چیزیں بہتری کی غرض سے سروے کرتے ہیں۔

میں نے مندرجہ بالائیات پڑھ لیئے ہیں یا مجھے پڑھ کے سنادیے گئے ہیں اور یہ کہ میں کامل طور پر مطمئن ہوں کہ مجھے یہ تمام اصول و ضوابط کو جھوٹیں آگئے ہیں اور یہ کہ مجھے اپنے تمام والات کے تسلی بخش جوابات مل گئے ہیں۔

اس فارم کو سخت کرنے میں اس بات کی تائید کرتا/اکرتبی ہوں کہ میں ہسپتال کے تمام اصول و ضوابط کو خاطر کوں گا/گی اور ان کی پابندی کروانا اکروگی۔

دستخط مریض/فرمی لو اھمین/مریض کا کیل/والدین/قانونی وارثین

تاریخ اور وقت

2. This is an investigation profile filled at reception.

3. Prescription image upload, provided at patient

4. Permission form for operation printable at reception

MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL

اجازت نامہ برائے آپریشن

Patient Name: _____ MR # _____

Procedure (Mention Side where applicable)

آپریشن کی اجازت

میں اس آپریشن کی اجازت دتا اور تین ہوں جو میرے مریض کیلئے تجویز کیا گیا ہے، اس فارم پر لکھ گیا۔ مجھے اس آپریشن نے امداد و چیزیں ہوں کے متعلق تفصیل بتا دیا گیا ہے
مجھے تجویز کردہ آپریشن کے علاوہ اس بیماری کے دیگر موجود مبتدا طریقہ علاج اسکے فوائد و نقصانات شمول ہیں رصد منہج سے اتحاد ہوئی بھی علاج نہ کرو، نے متعلق تفصیل آگاہ کر دیا ہے میں یہ بات بھی کہتا۔ سمجھتی ہوں کہ دروان آپریشن بیماری کی صورت حال کو منظر کھلتے ہے آپریشن نے نویت تھیں تھیں آپریشن کی تہہ میں من بے جو کہ میرے ہے۔
مریض کے بہترین مفاد میں کی جائے گی۔ ہمیں ڈاکٹر کی مصاحت و قابلیت اور خلوص پر کمل اعتماد ہے اور یہی میں تو ہیں (نہ ڈاکٹر ہی بلکہ ہوں) اسی صورت میں
ہسپتال، عملے ڈاکٹر حضرات کو ہرگز سورہ دار امام نہ تھہرائیں گے۔ ہسپتال، عملے اور ڈاکٹر حضرات کے خلاف آنحضرتی، خلائق، وہ مسماۃ، قانونی، چاہو تو ہوں کا اگر میں تے اہم
اگر ایسا کروں گا اکریں گے تو جھوٹ اور باطل ہو گئے اور اس طرح کرنے سے ہسپتال اور ڈاکٹر حضرات کو کسی حسر کے پیچے والی، میں، ڈاکٹر اور مان تھمان کا اہم دادار
ہوں گا اہونگے

مریض اعزیز کا نام _____ مریض اعزیز کے دستخط _____

مریض اعزیز کے انگوٹھے کا نشان _____ مریض کے ساتھ رہشت

مریض اعزیز کا شناختی کارڈ نمبر _____ تاریخ اور وقت _____

1۔ گواہ کا نام اور دستخط _____ 2۔ گواہ کا نام اور دستخط _____

شناختی کارڈ نمبر _____

خصوصی اجازت نامہ

ڈاکٹر کا بیان

میں نے اپر لکھے گئے آپریشن کے متعلق مریض اور اس کے رشتے داروں کے تفصیل بتا دیا ہے۔ اس آپریشن کے فوائد و عومنی طور پر پیدا ہونے والی چیزیں گیاں شامل مکمل خطرناک
نتائج سے بھی آگاہ کر دیا ہے۔ میں نے اس آپریشن کے علاوہ دیگر موجود مبتدا طریقہ علاج شامل اپنی رضا مندی سے کوئی بھی علاج نہ کروانے کے متعلق بھی مریض اور اس کے رشتے
داروں کو بتا دیا ہے اس آپریشن کے لئے درج ذیل طریقے بے ہوٹی استعمال کیا جائے گا۔

G/A S/A L/A

تاریخ اور وقت _____ ڈاکٹر اس زمین کے دستخط _____

5.Permission from for anesthesia printable at reception

 MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL
رضا مندی برائے بیہو شی
<p>میں اپریشن (طریقہ کارکارا نام) سے تادیا کیا کیا جائے گا جس میں بے ہوشی کیلئے طریقہ کارستھال کیا جائے گا۔ بھی اپریشن و بے ہوشی کا کوئی بھی عمل مختصر سے غالی نہیں ہے اور ہمارے پاس تمام ادویات (بے ہوشی ادویات) میں ہائی کس، ڈرپ وغیرہ کی احتیاط (ارجی) پیک کرنے کا قیمتی نہیں ہے اور یہ بھی ممکن ہے۔ کہ تمام احتیاط کے باوجود آپریشن و بے ہوشی کے دروان بالکل غیر متحق اور لاعلاع حرض، یا سور تھال نکل آئے یا پیدا ہو جائے جس میں دانت نٹھے سے ٹکر ہوت تک داق ہو سکتی ہے خون کی نایلوں سے جمادیوں ہڈی کا گرداب یا پچ دالی کا ہائی (Air/Fat/Amniotic Fluid Embolisan) مکمل علاج ہمارے پاس نہیں ہے احتیاط کے باوجود انتقال خون سے رہی ایکشن وہ سکتا ہے کہ آپریشن کے وقت قدر تی سانس بحال نہ ہونے کی صورت میں مصنوعی سانس دلانے والی مشین (ventilator) پر بھی مریض کو ڈالاپنے سکتا ہے۔ میں دوسران آپریشن بے ہوشی کے طریقہ کار اور ادویات کی تبدیلی کی صوابیدی ڈاکٹر چھوڑتا / چھوڑتی ہوں۔ ہمیں ڈاکٹر کی مدد و معاونت اور خلوص پر مکمل اعتماد اور قیمتی ہے اور کسی بھی پیچیدگی (خواہ وہ کتنی بھی جعلک کیوں نہ ہو) کی صورت میں ہپتال میل ڈاکٹر ہرات کے خلاف کسی قسم کی اخلاقی باحکامانہ اور قانونی چاروں گوئی نہ کروں گا اگر ایسا کروں گا اگر تو جمود اور بھاٹل ہو گی اور اس طرح کرنے سے ہپتال اور ڈاکٹر ہرات کو کسی قسم کی کھینچتی والی ذہنی، جسمانی اور نرمی نقصان کے ازالہ کا مدد اور ہونگا / گی۔ مندرج بالہ تحریر مجھے پڑھ کر سنادی گئی ہے۔ سمجھادی گئی ہے اور میں / ہم نے درست لیکم کر لیا ہے۔ و سختکش کر دیے اور نشان انگوٹھاں گاہ دیا ہے۔</p>
حصہ صی اجازت نامہ
ڈاکٹر کا بیان
<p>میں نے اپریشن کے آپریشن کے متعلق مریض اور اس کے رشتہ داروں کے تفصیلات تادیا ہے۔ اس آپریشن کے فولکس اور بھروسی طور پر پیدا ہوئے والی وجہ گیاں جنمول ہندوستانی خطرناک تباہی سے بھی آگاہ کر دیا کیا ہے۔ میں نے اس آپریشن کے علاوہ دمکر دروجہ مستعد طریقہ طاحن جنمول اپنی رضا مندی سے کوئی بھی علاج نہ کر دانے کے متعلق بھی مریض اور اس کے رشتہ داروں کو بتا دیا ہے۔ اس آپریشن کے لیے درجن ویل طریقے بے ہوشی استعمال کیا جائے گا۔</p> <p>مریض اعزز زکانام ————— مریض اعزیز کے دستخط</p> <p>مریض اعزیز کے انگوٹھے کا نشان ————— مریض کے ساتھ رشتہ</p> <p>گواہ کانام اور دستخط ————— گواہ کانام اور دستخط</p> <p>تاریخ اور وقت ————— تاریخ اور وقت</p> <p>بیہو شی والے ڈاکٹر کے دستخط</p>

6. Estimate form printable at reception



MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL

993-H, Liaqat Chowk Near Police Station Sabzazar, Lahore. 0423-2189396

Estimate Form

V.I.P Room Charges _____ /day

Economy Room Charges _____ /day

Ward _____ / day

Surgery Charges (O.T+Anaesthesia+Surgeon) _____

Consultant Charges Per Visit _____

Note: Laboratory, X-Rays, ECG and Pharmacy Expenses will be Charged Separately.

Patient / Attendent

Director Signature

Signature:-

Staff / Receptionist

Signature:-

7. History sheet filled by nurse/medical officers



MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL

HISTORY SHEET

Patient's Name _____ S/o, D/o, W/o: _____ MR No. _____

Consultant Dr. _____

Presenting Compliant

No	Description	Duration
1		
2		
3		
4		
5		

HISTORY

8.General physical examination by doctor

GENERAL PHYSICAL EXAMINATION	
VITAL SIGNS	
Pulse/ minute _____	SYSTEM EXAMINATION
BP _____	ALIMENTARY SYSTEM
Temp _____	Liver _____
Respiration _____	Spleen _____
OTHER FINDINGS ON GPE	
Clubbing of Fingers _____	Hernial Orifices _____
Anaemia _____	Any Lymph Nodes _____
Cyanosis _____	P / R Examination _____
Skin Eruption _____	RESPIRATORY
Lymph Nodes _____	Lungs _____
Jaundice _____	Ronchi _____
JVP _____	Crepitation _____
Spider naevi _____	Pleural Rub _____
Petechiae _____	Vocal Resonance _____
Pigmentation _____	CARDIO VASCULAR
Oedema _____	Rate _____ Rhythm _____ Vol _____
GENERAL APPEARANCE	
Build _____	Character _____
Obesity _____	BradyCardia _____ TachyCardia _____
Skin Color _____	Murmurs _____
State of Nutrition _____	
Higher Mental Functions _____	
Exam Of Sensory System _____	
Signs Of Meningeal Irritation _____	
Registrar's Name & Signature _____	Date: _____
	Time: _____

9. Protocol of receiving patient in indoor/ward copy same form change heading to image form

 **MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL**

PROTOCOL OF SHIFTING PATIENT FORM O.T

Patient Name: _____ MR # _____

Name of Anaesthetist / Doctor _____ Date & _____
Shifting Vitals: Pulse : _____ B.P : _____ R/R: _____ Temp : _____
Consciousness status :AVPU _____

CHECKLIST:

Ward File Dispatched:
Drains Checked:
Biopsy specimen Dispatched with Form:
Extra I/V lines / ECG electrodes removed:
Case entered into respective record register:
Admission Slip / Call Letters Dispatched:
Laboratory Investigations dispatched:
CT Scan Dispatched:
X-Rays Dispatched:
USG Report Dispatched:

No of Films: _____
No of Films: _____

SPECIALIST INSTRUCTIONS:

Documents / Specimen handed over to: _____ Name / Signature: _____

In case of delivery or C-section Baby Handed over to: _____

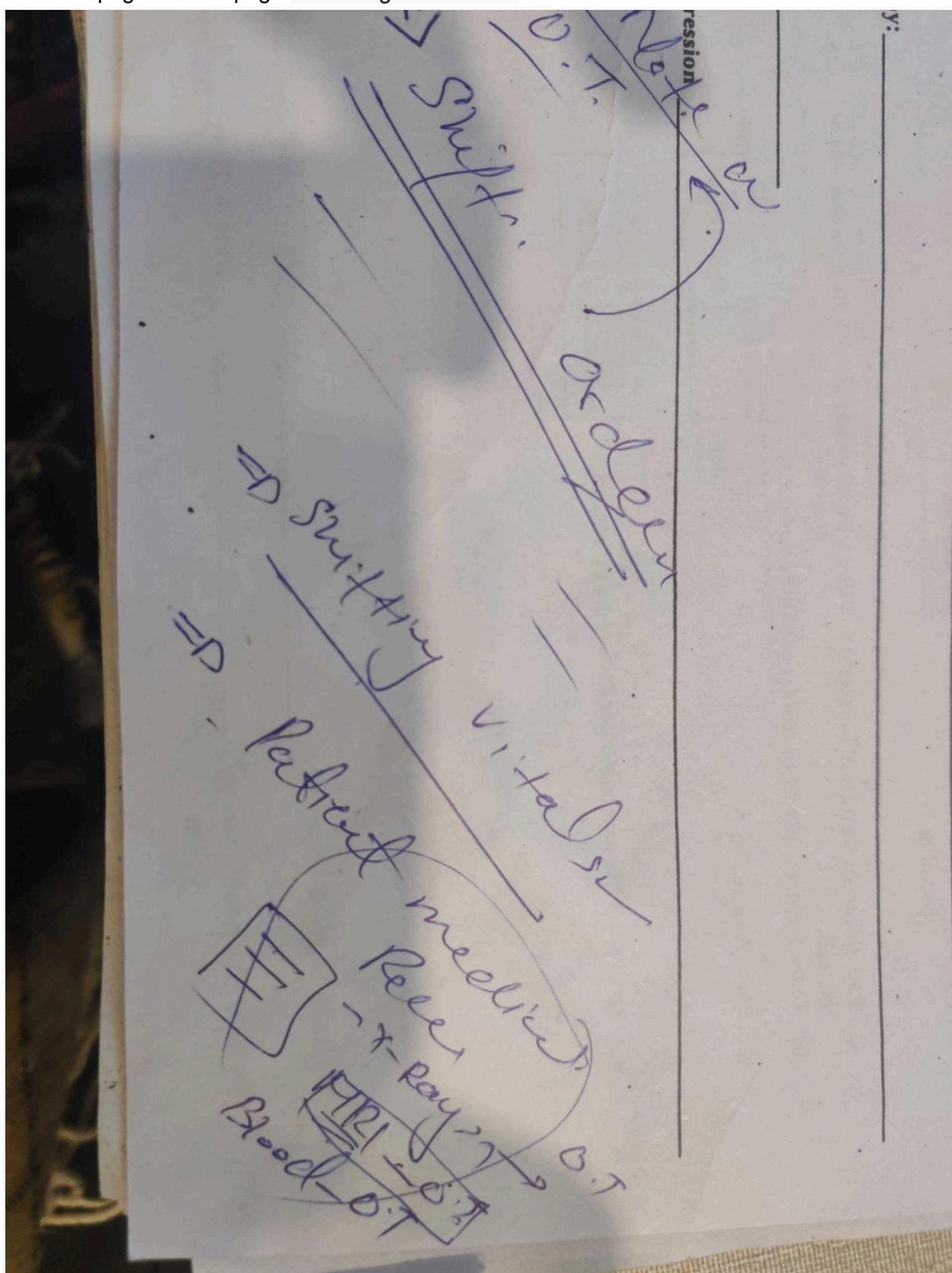
Relationship with Baby: _____

NIC #: _____

Signature /Thumb impression: _____

10. Shifting order to OT

10.1.Sub page of 10 th page Receiving notes in OT



11.Preoperative order

MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL

PREOPERATIVE ORDERS

Operation Site _____ Side Left Right

Patient's Name: _____ MR# _____

S/o D/o W/o _____ Age & Sex _____

Date: _____ Time: _____

Marks of Identification:

1. _____

2. _____

* Remove Ornaments

* Give Bath _____

* Mark Operation Site _____

* Provide Hospital Dress

* Get and Prepare the area _____

* N.P.O. Form _____ am/pm

* Arrange _____ Pints of blood

Send following investigation to the operation theatre

• Pre-Medication

• Send Patient to Operation Theater at _____ am/pm

• Any other Specific order:

12. Sign in / time out / sign out form filled by nurse

Before induction of anaesthesia ▾ Before skin incision ▾ Before patient leaves operating room

Before patient eaves operating room

SIGN IN		TIME OUT		SIGN OUT	
<input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED <ul style="list-style-type: none"> * IDENTITY * SITE * PROCEDURE * CONSENT 		<input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES & NAME AND ROLE		<input type="checkbox"/> NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM	
		<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM PATIENT SITE PROCEDURE		<input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED <input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)	
		<input type="checkbox"/> ANTICIPATE CRITICAL EVENTS		<input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)	
		<input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS OPERATIVE DURATION ANTICIPATED BLOOD LOSS?		<input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED	
		<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS ARE THERE ANY PATIENT SPECIFIC CONCERN?		<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERN FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT	
		<input type="checkbox"/> DOES PATIENT HAVE A:		<input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERN?	
		<input type="checkbox"/> KNOWN ALLERGY? NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERN?	
		<input type="checkbox"/> DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK? NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?	
		<input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE <input type="checkbox"/>	
				IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED? YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE <input type="checkbox"/>	
				Signature _____ Name of Incharge _____ Nurse _____ Signature _____ Date & Time _____	

13. Anesthesia record pre-op filled by anesthesia doctor


MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL
 ANESTHESIA RECORD PRE-OP

Patient Name: _____ MR # _____
 Date of Surgery: _____ Age / Gender: _____
 Proposed Surgery: _____ Weight/Height: _____

ASA status _____ METS _____

PREVIOUS MEDICAL HISTORY:

HTN	COPD
Diabetes	Dyspnea
IHD	Orthopnea
TB	PND
Asthama	Renal
Allergy	APD
Epilepsy	Joint Disorders
Active Disease	Others
Bleeding Disorders	

PREVIOUS HOSPITALIZATION:

Previous Surgery	Obesity
Type of Anesthesia	LMP in Females
Eventful/Complication	Drug History
H/O Transfusion	

EXAMINATION:

GPE	CNS
GIT	CVS
Urogenital	Musculoskeletal
Ankle Odema	Pallor/Jaundice
Sacral Odema	Spine
Room Air SPO2	

AIRWAYS:

Mallampatti	Mandibular Protrusion
Sterno_mental distance	Thyro-Mental distance
Atlanto-occipital exension	Neck Extension
Teeth	Spine
Neck circumfrence	

LABS:

HB	RFTs	LFTs
S/E	ECG	Pt/APTT
CXR	Viral Marker	Urine
Others		

SPECIAL ADVICE:

Further Labs	Anticipated Problem
Patient Preparation	
Pre-Medications	Consultant Advice
Proposed Plan	

Anaesthetist's Name & Signature _____ Date: _____ Time: _____

14. Anesthesia by anesthesia doctor



MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL

ANESTHESIA

Patient Identification & Location:

MR #: _____ Ward/Room _____

Pt Name: _____

Weight: _____ Sex: _____ Age: _____

Immediate Pre-Induction Evaluation

Patient Identification Checked	Y/N	Consent Takes	Y/N	
Vital Sign: Pulse	BP	SPO ₂	NPO hrs Consciousness Level	
Airway Assessment: Y/N Chest:	Machine Check Credit Checked	Y/N	Lab BSR PT/APTT/ INR	Platelet Count: Hemoglobin:
ASA Status:	Anesthesia: GA/Epidural/Spinal			Date:
Anesthetist:	Premeditation:			Time Given:
Surgeon:	Diagnosos:			Procedure:

Intraoperative Anesthesia Record

IV SITE: R L	Drugs					
Hand	Thio/ Propofol/ Ketamine					
Forearm	Sux/ Rocuronium					
Neck	Pancuronium/ Vecu/ Atracurium					
Other	Nalbuphin					
CIRCUIT						
Circle	Bain	Iso Flurane/ Sevo Flurane				
Magill	Piece	FFP/ Platelets				
		IV				
		R/L, DW, N/S				
		Heasteril/ Hemanncel				
		Time				
Mask	Airway		210			
Tube	Oro/Nasal		200			
Size	Cuff/ Pack		190			
Position	-----		180			
Intubation Grade:	I	II	III	IV	-----	170
Ventilation	CVP Notes					160
Spontaneous/ Controlled						150
O ₂ -----						140
N ₂ O -----						130
T.V -----						120
R -----						110
Air Pressure: -----						100
Regional:						90
Epidural/ Spinal						80
Needle Size and Type						70
No of Attempt: -----						60
Level of Insertion						50
Drug Used						40
						30
						Sp O ₂
						Ect O ₂ /RR
						Airway
						Rhythm/ ECG
						Temp
						UCP
						B/Loss

15. Post anesthesia recovery record filled by anesthesia doctor



MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL

POST ANESTHESIA RECOVER RECORD

Name:	MR #:					
Surgeon / Assistant Surgeon:	Anesthesiologist / Assistant Anesthesiologist:					
Procedure:	Type of Anesthesia: of Anesthesia:					
Date: Time Admitted: To Recovery:						
Admit Condition	TEMP.	BP:	P:	R:		
Time	Temp	BP	Pulse	Resp.	O ₂ Sat. Sat.	Pain Score VAS* (0-10)
Oxygen Time _____ Via mask / nasal prongs @ _____ L/M O ₂ Disconnected @ _____ (Time) Urine Output: Drain 1: Drain 2: Dressing Soaked or not						
Room Medications						
Recovery Room Medications						
Time	Drug	Dose	Route	Nurse Signature		
Time	Nurses Notes					
Shifting Orders						
Physician Evaluation: I have evaluated the patient and he / she meets the established shifting Criteria: Anaesthetist Name: b modified alredre score						
Time:	Date:	Signature:				

Physician Evaluation: I have evaluated the patient and he / she meets the established shifting Criteria: Anaesthetist Name: _____
b modified Aldrete score _____

Time: _____ Date: _____ Signature: _____

• VAS Visual Analogue Scale Score (0-10): Mild 1-3 Moderate 4-7 Severe 8-1 ** PACU Post Anesthesia Care Unit

16.Pre-op check lit also filled by anesthesia doctor

PRE-OP CHECK LIST			
Name of Patient _____	Filled By Dr. _____		
Patient Age / Sex _____	Date: _____	Time: _____	
Diagnosis _____			
Operation Planned _____		Informed Consent: _____	
Surgeon _____			
B.P. _____	Pulse _____	Temp _____	Resp/Rate _____
N.P.O from: _____ am/pm	Bath: <input type="checkbox"/>	Hospital Dress: <input type="checkbox"/>	Shave: <input type="checkbox"/>
TEST RESULT			
Hb _____	ESR _____	S/Na ⁺ _____	S/K ⁺ _____
S/Ca (+in case of thyroid): _____	PT _____	APTT _____	
Diabetic Status: _____			
Hypertension Status: _____			
ECG:(for every pt above 30yrs) _____			
Any other co-morbid condition: _____			
SPECIAL INVESTIGATIONS			
Biopsy (specify) _____			
Loopogram: _____			
Cholangiogram: _____			
CT/MRI: _____			
FNAC: _____			
U/S (specify): _____			
Any other (specify) _____			
CIRCLE CORRECT ANSWER			
1. Call for fitness form anesthesia accomplished			
-Yes		-No	
2. Patient categorized according to anesthesia (ASA)			
- I		- II	
Completely fit		Cont.premorbid	
Uncont.			
3. Donor of blood arrange (in case of indications)			
-Yes		-No	
4. Item required for operation arranged			
-Yes		-No	
5. Pre-Op orders carried out			
-Yes		-No	
6. Pre-Medication Given			
-Yes		-No	
7. Any Drug Allergies _____			

17. Operation notes by Surgeon



MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL

Operation Notes

Patient Name: _____ MR # _____

Date: _____ Time: From _____ To _____

Operation: _____

Surgeons: _____

Nurse: _____

Anaesthesia: _____ By: _____

Incision: _____

Findings: _____

Procedure: _____

Closure: _____

Drain: _____

Biopsy: _____

Drawing: _____

Name & Signature of Surgeon: _____

18.Post op order

Post Op Orders

Maintain Intake Output Record

Keep the patient N.P.O Till _____

Record BP, Temp, Pulse, Resp, Rate _____ hrly

Name & Signature of Doctor _____

19. Protocol of shifting patient from OT



MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL

PROTOCOL OF SHIFTING PATIENT FORM O.T

Patient Name: _____

MR # _____

Name of Anaesthetist / Doctor _____

Date & Time _____

Shifting Vitals: Pulse : _____ B.P : _____ R/R: _____ Temp : _____

Consciousness status :AVPU _____

CHECKLIST:

Ward File Dispatched:

Drains Checked:

Biopsy specimen Dispatched with Form:

Extra I/V lines / ECG electrodes removed:

Case entered into respective record register:

Admission Slip / Call Letters Dispatched:

Laboratory Investigations dispatched:

CT Scan Dispatched:

X-Rays Dispatched:

USG Report Dispatched:

SPECIALIST INSTRUCTIONS:

Documents / Specimen handed over to: _____ Name / Signature: _____

In case of delivery or C-section Baby Handed over to: _____

Relationship with Baby: _____

NIC #: _____

Signature /Thumb impression _____

20. Protocol of receiving patient from OT

Protocol Of Receiving Patient form Operation Theatre

Name of Registrar in block letters
Name of Nurse in block letters

1. Documents Received:

Yes

No

2. Patient category:

ICU

Room

3. Receiving notes should include

- Patient Alterness

A

V

P

U

- Vitals

Doctor

- Pulse _____
- B.P. _____
- Temp _____
- R/R _____
- GCS _____
- CVP _____

Nurse

- Pulse _____
- B.P. _____
- Temp _____
- R/R _____
- GCS _____
- CVP _____

- Status of drains

NG

Foley

T Tube

Drain 1

Drain 2

Chest tube

Suction drains

- Biopsy Specimen

Sent

Not Sent

Not Required

- Dressing

Soaked

Not Soaked

4. Patient should be nursed in lateral position with all drains and I/V lines on one side of the bed.

5. Extra I/V lines + ECG electrodes should be removed.

6. Blood transfusion

Needed

Not Needed

8. Operation notes and post-operative orders Checked

Yes

No

Doctor's Name & Signature _____

Date & Time _____

Nurse's Name & Signature _____

Date & Time _____

21. Fluid balance chart monitoring

22.Vital signs nursing chart / add an column name sp2 before pulse column

MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL

Vital Signs Nursing Chart

Patient Name: _____ MR # _____

23. Progress notes add by doctor if nt next day medicine page(treatment ticket)will not open

MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL
PROGRESS NOTES

Patient's Name: _____ MR # _____

- MR # _____

S/o D/o W/o _____ Age & Sex _____

Age & Sex _____

24.Treatment tickets add by doctor



MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL

Treatment Ticket

Patient Name: _____

MR # _____

25.Consutant round

<h2 style="text-align: center;">Consultant's Round</h2>	
Patient's Name: _____	
MR# _____	
Date: _____	Time: _____
Assessment:	
Pulse _____	B/P _____ R/R _____
Temp °F _____	Pain _____
Problems:	
Action:	
Plan:	
Registar's Remarks	
Consultant's Remarks	
Date: _____	
Time: _____	
Assessment:	
Temp °F _____	B/P _____ R/R _____
Pulse _____	Pain _____
Problems:	
Action:	
Plan:	
Registar's Remarks	
Consultant's Remarks	

26. Discharge slip / hospital copy printable

 MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL
993-H, Liaqat Chowk Near Police Station Sabzazar, Lahore.
Phon: 0332-0777881 PHC Reg # R. 43037

Discharge Slip
File Copy

Patient Name: _____ W/O, S/O, D/O: _____

Age/Sex: _____ Time: _____ MR #: _____

DOA: _____ DOO: _____ DOD: _____

Diagnosis: _____ Operation: _____

Surgeon: _____ Histopathology: _____

Anesthesia: _____ Incision: _____

Findings: _____

Histopathology: _____

Treatment Advised: _____

Follow UP: _____

Patient was vitally Stable with no active complaints at the time of Discharge

Registrar's Name & Signature: _____

ڈیجیٹل ایکسٹرے - لیبارٹری - فارمیسی کی (24/7) گھنٹے سہولت میسر ہے

27. Discharge slip / patient copy printable



MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL
993-H, Liaqat Chowk Near Police Station Sabzazar, Lahore.
Phon: 0332-0777881 PHC Reg # R. 43037

Discharge Slip
Patient's Copy

Patient Name: _____ W/O, S/O, D/O: _____

Age/Sex: _____ Time: _____ MR #: _____

DOA: _____ DOO: _____ DOD: _____

Diagnosis: _____ Operation: _____

Surgeon: _____ Histopathology: _____

Anesthesia: _____ Incision: _____

Findings: _____

Histopathology: _____

Treatment Advised: _____

Follow UP: _____

Patient was vitally Stable with no active complaints at the time of Discharge

Registrar's Name & Signature: _____

ڈیجیٹل ایکسٹرے - لیبارٹری - فارمیسی کی 24/7 گھنٹے سہولت میسر ہے

- 28.Lama performance on patient demand / preview will be provided by client
29.Consent for blood or blood component transfusion

 **MUKHTIAR MUNIR HOSPITAL**
993-H, Liaqat Chowk Near Police Station Sabzazar, Lahore. 0423-2189396

CONSENT FORM FOR BLOOD OR BLOOD COMPONENT TRANSFUSION

Date: _____

Patient's Name: _____ Age: _____

Identity Card No.: _____ Sex: Male/Female* _____

Address: _____

Attending Medical Practitioner: Dr. _____

Identity Card No. /PMDC Reg. No.: _____

I, the parent/guardian/spouse/next-of-kin of the above-named*, have been informed of the need for a blood transfusion for the patient. The attending medical practitioner has explained to me the risks and benefits involved in the transfusion as well as answered all my inquiries satisfactorily. I understand that despite testing and screening on the blood/blood components for HIV, hepatitis B, hepatitis C and syphilis, there are still risks of developing the disease. I also understand that unavoidable complications of transfusion may also occur.

I fully understand the above and hereby agree to the blood/blood component transfusion.

Signature of the patient/
parent/guardian/spouse/next-of-kin*
Thumb Impression
Name of parent/guardian/spouse/next-of-kin** _____
Identity Card No. of the above: _____
I was present while the above matter was explained to the patient/parent/guardian/
spouse/next- of- kin* whose signature appears above. In my opinion, the person referred to has
understood the contents of this form and agreed to the transfusion willingly.

Signature and thumb Impression of Witness
Name of Witness: _____
Identity Card No.: _____

* Delete appropriately ** If necessary

30. Monitoring chart

