

نموذج تنويم مريض

بيانات خاصة بالمريض	
الاسم:	patient
السن:	18
العنوان:	cairo
رقم الهاتف:	01558854716
تاريخ الدخول:	2023-08-03
توقيت الدخول:	12:00
التشخيص:	danger
الاجراء الجراحي:	danger
الجهة التابع لها:	danger
الرقم القومي:	01558854716
رقم الغرفة:	5
بيانات خاصة بالطبيب	
الطبيب المعالج:	doctor
الطبيب المحول:	
المستشفى المحول منه:	
بيانات خاصة بأقارب المريض من الدرجة الأولى:	
الاسم:	kin
الصفة:	first
الرقم القومي:	01024824716
رقم الهاتف:	01024824716
رقم هاتف آخر:	01024824716

01558854716 كود المريض	موافقة مشفوعة بالعلم على إجراء أو جراحة Informed consent for procedure or surgery
رقم الغرفة: 5 التاريخ: patient 12:00 اسم المريض كود الطبيب: 01024824716 تليفون المريض: doctor 01558854716 الطبيب الاستشاري	
انا الموقع ادناه: <input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> ولي الامر <input type="checkbox"/> القريب (بيان القرابة) أوافق على إجراء العملية / الإجراء التالي:	I the undersigned: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Legal guardian <input type="checkbox"/> Relative (Relationship to patient) I consent to undergo the following operation or procedure
Doctor's statement توضيح الطبيب	
لقد قمت بشرح حالة المريض الصحية وتو توضيح ما يلي: شرح العملية أو الإجراء. الاستفادة، المضاعفات الجانبية والمخاطر التي قد تنتج عن العملية. النتيجة المحتملة من العملية. البدائل المتوفرة والمضاعفات والمخاطر لتلك البدائل. المخاطر المحتملة في حالة عدم إجراء العملية. وقد تم إعطاء المريض الوقت الكافي للاستفسار وطرح الأسئلة وتم الإجابة عليها.	I have explained: The patient's education. The nature of the operation or procedure, including other care, treatment or medications. Potential benefits, risks or side effects of the operation or procedure, including potential problems that might occur during recuperation. The likelihood of achieving treatment goals. Reasonable alternatives & the relevant risks, benefits & side effects related to such alternatives, including the possible results of not receiving care or treatment. I have given the patient / substitute decision maker an opportunity to: Ask questions about any of the above matters. Raise any other concerns which I have answered as fully as possible
The following Applies to high risk surgery فيما يلي يطبق على العمليات شديدة الخطورة	
هناك بعض المضاعفات والمخاطر الخاصة بهذا النوع من العمليات والتي تتضمن:	There are some risks / complications, which may happen specifically with this type of surgery. They include:

المقر بما فيه الشاهد الطبيب المعالج

Patient Witness Treating physician

patient doctor

Procedure report

(To be completed before patient leaves procedure area)

Main responsible physician (MRP): doctor Assistant:

Anesthesiologist: Assistant

Category of the procedure:

1- ☐ Minor ☐ Intermediate ☐ Major

2- ☐ Elective ☐ Emergency

3- ☐ Clean ☐ Clean contaminated ☐ Contaminated ☐ Dirty

Type of anesthesia ☐ General ☐ Spinal ☐ Sedation ☐ Regional ☐ Local

Registry number of any implantable device:

Pre-procedure diagnosis:

Post procedure diagnosis:

Procedure name:

Specimen sent for investigation: ☐ No ☐ Yes

Biopsy sent for investigation: ☐ No ☐ Yes

Specify the nature of the specimen or biopsy if sent for investigations:

Intraprocedural complications: ☐ No ☐ Yes : Specify

Blood loss: ☐ No ☐ Yes (estimate amount of blood loss

Blood / Blood products transfused ☐ No ☐ Yes

(Estimate amount of blood / blood products transfused)

List of procedure steps:

MRP's name: doctor Signature: Code: 01024824716

Date: 2023-08-03 Time: 12:00

Full Procedure steps if possible:

MRP's name: doctor Signature: Code:01024824716 Date: 2023-08-03 Time: 12:00

(To be completed before patient leaves procedure area)

(Vital Q h, care of the drain & evacuate every h, Urine catheter ☐ care ☐ remove. Canula ☐ care ☐ Remove, ☐ Mobilize Patient ☐ Strict bed rest)

Medications: الوصفات الدوائية

☐ Patient can go home if No complications after Hours

□ .يسمح بخروج المريض بعد ساعة, فى حالة عدم وجود مضاعفات

☐ Don't discharge patient until the MRP comes to discharge or telephone order.

لا يسمح بخروج المريض حتى يمر عليه الطبيب المعالج او يأمر بخروجه تليفونيا ☐

MRP's name: doctor Signature: Code: 01024824716

Date: 2023-08-03 Time: 12:00

[illegible]

[illegible]

MRP's name: doctor Signature: Code: 01024824716

Date: 2023-08-03 Time: 12:00

History & Physical examination		Patient ID \${National_ID}
التاريخ: 03-08-2023 .. اسم الطبيب المعالج: doctor.. اسم المريض: patient		
Chief complaint		
History of present illness		

History & Physical examination

Patient ID $\{National_ID\}$

التاريخ: 03-08-2023 doctor: اسم الطبيب المعالج patient: اسم المريض

Chief complaint

History of present illness

Family History		Social History & special habits			
Systems review					
General					
Skin & Lymph					
Head & ENT					
Cardiac					
Respiratory					
GIT					
Genitourinary					
Musculo-skeletal					
CNS					
Sexual					
Eye problems					
Pain assessment					
Does the patient complain of pain <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If Yes, Specify the following					
Location	Type	Severity	Aggravating Factors	Relieving Factors	Radiation
Past medical history					

Treatment العلاج	
Recommendations التوصيات الطبية	
Date of reevaluation موعد الاستشارة	

Attending physician: MRP: doctor

Consultation / Referral request form					
To be filled by referring Doctor or his delegate	Patient Name: patient Room No: 5 Date: 2023-08-03 Consultant Name: doctor Code: 01024824716 Patient Telephone: 01558854716				
	To: Consultant Name: <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> For opinion <input type="checkbox"/> Treatment <input type="checkbox"/> Take over				
	Review details:				
	<table border="1"> <tr> <td>Doctor Name; doctor</td> <td>Date: 2023-08-03</td> </tr> <tr> <td>Signature:</td> <td>Time: 12:00</td> </tr> </table>	Doctor Name; doctor	Date: 2023-08-03	Signature:	Time: 12:00
Doctor Name; doctor	Date: 2023-08-03				
Signature:	Time: 12:00				
To be filled by Consulted Doctor or his delegate	Consultation report:				
	<table border="1"> <tr> <td>Doctor Name; doctor</td> <td>Date: 2023-08-03</td> </tr> <tr> <td>Signature:</td> <td>Time: 12:00</td> </tr> </table>	Doctor Name; doctor	Date: 2023-08-03	Signature:	Time: 12:00
	Doctor Name; doctor	Date: 2023-08-03			
Signature:	Time: 12:00				

01558854716 كود المريض	موافقة مشفوعة بالعلم على التخدير Informed consent for anesthesia
رقم الغرفة: 5 التاريخ: patient 12:00 كود الطبيب: 01024824716 تليفون المريض: doctor 01558854716 الطبيب الاستشاري	

<p>انا الموقع ادناه:</p> <p><input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> ولي الامر <input type="checkbox"/> القريب</p> <p>(بيان القرابة)</p> <p>أوافق على إجراء التخدير:</p> <p><input type="checkbox"/> كلي <input type="checkbox"/> نصفي <input type="checkbox"/> موضعي <input type="checkbox"/> عصبي</p> <p>للاجراء التالي:</p> <p>.....</p>	<p>I the undersigned:</p> <p><input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Legal guardian <input type="checkbox"/> Relative (Relationship to patient)</p> <p>I consent to undergo the following anesthesia</p> <p><input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Nerve block</p> <p>For the following procedures:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

Doctor's statement توضيح الطبيب
--

<p>لقد قمت بشرح حالة المريض الصحية وتو توضيح ما يلي:</p> <p>شرح إجراءات التخدير والهدف منها ودرجة خطورتها بواسطة طبيب التخدير</p> <p>البدائل المتوفرة والمضاعفات والمخاطر لتلك البدائل.</p> <p>المخاطر المحتملة في حالة عدم إجراء ا لتخدير</p> <p>وقد تم إعطاء المريض الوقت الكافي للاستفسار وطرح الأسئلة وتم الإجابة عليها.</p>	<p>I have explained:</p> <p>The patient's education.</p> <p>The nature of the anesthesia</p> <p>Potential benefits, risks or side effects of the anesthesia , including potential problems that might occur during recuperation.</p> <p>Reasonable alternatives & the relevant risks, benefits & side effects related to such alternatives, including the possible results of not receiving care or treatment.</p> <p>I have given the patient / substitute decision maker an opportunity to:</p> <p>Ask questions about any of the above matters.</p> <p>Raise any other concerns which I have answered as fully as possible</p>
--	---

The following Applies to high risk anesthesia فيما يلي يطبق على التخدير شديدة الخطورة
--

<p>هناك بعض المضاعفات والمخاطر الخاصة بهذا النوع من التخدير والتي تتضمن:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>There are some risks / complications, which may happen specifically with this type of surgery. They include:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

المقر بما فيه الشاهد الطبيب المعالج

Patient Witness Treating physician

patient doctor

<p>01558854716</p> <p>كود المريض</p>	<p>موافقة مشفوعة بالعلم على نقل الدم ومشتقاته</p> <p>Informed consent for Blood & blood products transfusion</p>
<p>رقم الغرفة: 5 التاريخ: patient 12:00 اسم المريض</p> <p>كود الطبيب: 01024824716 تليفون المريض: doctor 01558854716 الطبيب الاستشاري</p>	

danger:العملية الجراحية

تاريخ اجراء العملية 03-08-2023 : . الساعة: 12:00 تعليم مكان العملية □ يمين □ يسار

إجراءات التحضير بالقسم

ضع علامة (√) لما تم عمله

1	التأكد من شخصية المريض وشريط الرسغ	10	○	إذا لم يكن المريض صائماً. متى تناول آخر وجبة ونوعها	○
2	حلاقة منطقة الجراحة وتحضير الجلد	11	○	إتمام الفحوصات - الأشعة - الملاحظات - رسم القلب.	○
3	تم تحديد موضع الجراحة بالعلامات بواسطة السيد نائب الجراحة	12	○	توفير الدم - الفصيلة - كمية الدم	○
4	حمام المريض ونظافته	13	○	التأكد من امضاء إقرار الموافقة على الجراحة والتخدير	○
5	ارتداء المريض ملابس العمليات	14	○	إعطاء الادوية قبل العملية	○
6	إزالة المجوهرات واطقم الاسنان وخلافه	15	○	إتمام استكمال ملف المريض وإرساله مع المريض	○
7	الاحتفاظ بمتعلقات المريض الشخصية بالقسم	16	○	اخذ القراءات الحيوية للمريض	○
8	تبول المريض قبل اجراء العملية	17	○	إعطاء الادوية قبل العملية طبقا لتعليمات الطبيب	○
9:صوم المريض قبل اجراء العملية لمدة		○		○
			○		○

ممرض القسم الداخلي توقيع الطبيب المسؤول

.....

Intraoperative nurses record ملاحظات التمريض اثناء العملية الجراحية

patient:التاريخ: 03-08-2023 رقم الملف الاسم

danger:تشخيص ما قبل العملية

danger:العملية

تشخيص ما بعد العملية

طبيب التخدير doctor :الجراح

مساعد الجراح: مساعد التخدير:

بداية التخدير: نهاية التخدير

بداية العملية: نهاية العملية

وضع المريض: ☐ على ظهره. ☐ على بطنه ☐ على الجانب الايسر ☐ على الجانب الأيمن

☐ أخرى :

مكان الكانيولا او الخط الوريدي: ☐ الذراع الأيمن ☐ الذراع الايسر

☐ CVP ☐ Swan Ganz ☐ Arterial line ☐ Others :طبيعة الخط الوريدي

تحضيره إعطاء الدم

بعد العملية	اثناء العملية	بعد العملية

حالة الجلد قبل العملية

تركيب قسطرة : ☐ بالعمليات ☐ بالقسم الداخلي

تركيب درنقة: ☐ حصيرة ☐ بورتفاك ☐ أنبوبة صدرية ☐ أخرى

أخذ عينة: ☐ مزرعة ☐ تحليل نسيجي ☐ تحليل نسيجي مجمد ☐ خلوي

ممرض العمليات :

ممرض الدوار والمناول :

ساعة الانتهاء :

ممرض / فني التخدير :

Pathology report

اسم المريض patient

المال ف

رق: م

Diagnosis: danger

Surgical procedure: danger

تاريخ إجراء العملية: 03-08-2023

Operative Note

Specimens

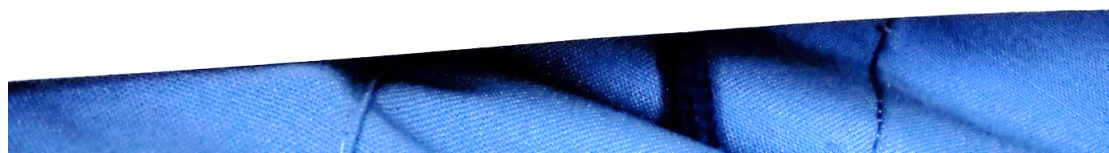
doctor : اسم الجراح




Anesthesia Records
Date : / / 20.....

<u>Monitors</u>	<u>Regional Anesthesia</u>	<u>General Anesthesia Drugs</u>	<u>Preop. Airway Assessment</u>
CG: <input type="radio"/>	Intrathecal <input type="radio"/> Epidural <input type="radio"/>	*Thiop. <input type="radio"/> Prop. <input type="radio"/> Ketam. <input type="radio"/>	1-Short neck (Y/N) 2-Thyroid enlarge. (Y/N)
P: <input type="radio"/>	Caudal <input type="radio"/> I. V. R. A. <input type="radio"/>	*Morph. <input type="radio"/> Pethid. <input type="radio"/> Fent. <input type="radio"/>	3-Recording mandible (Y/N) 4- Denture (Y/N)
pO ₂ : <input type="radio"/>	Other: <input type="radio"/>	*Sux. <input type="radio"/> Panc. <input type="radio"/> Atrac. <input type="radio"/>	5-Protruding maxilla or lucisors or loose tooth (Y/N)
tCO ₂ : <input type="radio"/>	<u>Agent:</u>	Vecur. <input type="radio"/> Other: <input type="radio"/>	6-Limited TMG mobility (Y/N)
Temp: C: <input type="radio"/>	Heavy Marcain <input type="radio"/>	*Midaz. <input type="radio"/> Diaz. <input type="radio"/> NSAID <input type="radio"/>	7-Limited Cervical mobility (Y/N) 8- mallampati Class
P: <input type="radio"/>	Lignoc. <input type="radio"/>	*Haloth. <input type="radio"/> Isofl. <input type="radio"/> Sevoff. <input type="radio"/>	
.N.Stim: <input type="radio"/>	<u>Conc.:</u>	*Antibiotics. <input type="radio"/>	
	2% <input type="radio"/> 1% <input type="radio"/> 0.5% <input type="radio"/>	*Atrop. <input type="radio"/> Glyco. <input type="radio"/> Neost. <input type="radio"/>	
<u>Cannulae</u>	0.25% <input type="radio"/> 0.125% <input type="radio"/>	*Ephedrine. <input type="radio"/> Phynylephrine. <input type="radio"/>	
.V.: 1) <input type="radio"/>		Adren <input type="radio"/> Noradren. <input type="radio"/>	
2) <input type="radio"/>		Dopsm. <input type="radio"/> Dobutamlsupr. <input type="radio"/>	
CVP: <input type="radio"/>		*Nitroglycerine. <input type="radio"/> Nliroprusside. <input type="radio"/>	
rtorial: <input type="radio"/>		*Beta Blockers <input type="radio"/>	
wan-Ganz <input type="radio"/>	<u>Tourniquet: ON: <input type="radio"/> Off: <input type="radio"/></u>	*Others: _____	
			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>Class I</p> </div> <div> <p>Class II</p> </div> <div> <p>Class III</p> </div> <div> <p>Class IV</p> </div> </div>

<u>V. Fluids:</u>	<u>Fluid Balance :</u>	<u>Recovery Notes:</u>
DS: ○ NS: ○ DS: ○	Total I.V. : ml	Consciousness: Fully awake. (Y / N) Pain Free: (Y / N)
LR: ○ HES: ○	UOP: ml	Activity: Able to move all limbs voluntarily or on command. (Y / N)
FWB: ○ PRBC3: ○ FFP: ○	Bl. Loss: ml	Circulation: BP \pm 20 mmHg of pre anesthetic level. (Y / N)
<u>Total Volume:</u> ml	<u>NET Balance:</u> ml	Respiration: Able to breathe deeply and cough freely. (Y / N)
		O ₂ Saturation: Able to maintain O ₂ saturation >92% on room air. (Y / N)
Transfer to: Ward O, PACU O, SICU O.		Signature: _____



Radiology request

اسم المريض: patient Patient's Name: patient			رقم السجل الطبي: Medical record number:			التاريخ: 03-08-2023 Date: 2023-08-03		
العيادة / الجهة / الدور : Clinic \ Department:			النوع <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			السن : 18 Age: 18		
الطبيب المعالج: doctor Treating physician: doctor								
التشخيص الطبي: danger Diagnosis: danger								
	Knee joint US	49244		Retrourethrogram	8		X-ray	Code
	Trans-cranial US	49245		Urogram antegrade	9		Upper extremity	387
	Duplex Doppler US			Hystero-Salpingo-gram	458		Elbow AP/ Lateral	393
	Carotid arteries	324		WP	459		Forearm AP/ Lateral	395
	Veins of both lower limbs	325		Mammography unilateral	25		Humerus AP/ Lateral	398
	Veins of one lower limb	326		Mammography both sides	48874		Shoulder - Neutral	404
	Arteries of both lower limbs	328		CT			Wrist AP/ Lateral	410
	Arteries of one lower limb	329		Pelvis	242		Wrist AP/ Lat. & OBI	411
	Renal veins	333		Upper extremity	244		Lower Extremity	
	Arteries of both upper limbs	335		Abdomen & pelvis	263		Ankle AP/ Lateral	32
	Arteries of one upper limbs	336		Abdomen	215		Foot AP/ Lateral	39
	Arteries of both upper limbs	337		Chest	236		Hip AP only	45
	Arteries of one upper limb	338		Lower extremity	240		Hips bilateral w/Pelvis	47
	Testicular US	48821		Elbow joint	49238		Knee AP/ Lateral	48
	MRI			Shoulder joint	49239		Knee bilateral standing	54
	Lumber spine	291		Wrist joint	49240		Pelvis AP only	55
	Cervical spines	290		Hip joint	49241		Leg	48566
	Dorsal spines	295		Cervical spine	427		Chest	
	Dorsolumbar spine	49246		Facial mandible	249		Chest PA & lateral	379
	Coccyx	49247		Lumber spine	250		Chest PA or AP only	380
	Pelvis	274		Nasopharynx	251		Chest portable	381
	Hip joint	280		Neck soft tissue	252		Ribs (include PA chest)	89
	Knee joint	281		Orbit	253		Spine	
	Shoulder joint	287		Sinus (full exam)	257		Cervical AP/ Lateral	66
	Elbow joint	283		Sinus simple	258		Cervical AP/Lal./ Obl	67
	Wrist joint	288		Temporal bones	259		Coccyx	73
	Ankle joint	278		Thoracic spine	260		Lumber Ap/ Lat	74
	Abdomen	264		Brain	261		Lumber AP/Lat./FI/ Fat	68
	Abdomen & pelvis	49248		Knee joint	46242		Thoracic AP/ Lateral	86
	Chest	468		Liver triphasic	48771		Head & Neck	
	Cardiac	270		Facial bones	48806		Facial Bones	11
	Breast	49257		Neck	48652		Mandible	12
	Brain	289		Ultrasound			Mastoid	13

	Acid fast smear (ZN stain)	48764		B-HCG (Qualitative)	1355	SGPT	1271
	Blood culture	48524		B-HCG (Quantitative)	48676	Alk. Phosphatase	1272
	Stool analysis	1361		HAV Abs (IgG)	48676	T. bilirubin	1268
	Urine analysis	1398		HCV Ab	1391	D. bilirubin	1269
	Semen analysis	1369		HAV Abs IgM	48677	T. Protien	1341
	Fungus culture	48526		Hbc Abs IgG	48683	Albumen	1265
	Urine C/S	48539		Hbc Abs IgM	1389	A/G ratio	48749
	Sputum C/S	48548		HBs Abs	1385	GGT	48594
	Helicobacter Pylori	48777		HBs Ag	1384	Urea	1262
	Tumor Marker			HCV - RNA PCR Qualitative	48645	Creatinine	1245
	AFP	1308		HCV -RNA PCR Quantitative	48646	Uric acid	1264
	CA 125	48837		EBV IgG	48610	S. Cholesterol	1281
	CA 15.3	48762		EBV IgM	48611	Triglycerides	1280
	CA 19.9	48607		HIV Abs	48562	HDL cholesterol	1282
	Ferritin	1328		TORCH screening		LDL cholesterol	1283
	PSA Total	48647		CMV IgG	45615	S. Amylase	1287
	PSA free	48648		CMV IgM	48660	S. Lipase	48627
	CEA	48606		H. Pylori Abs	48777	Total Serum Calcium	1278
	Miscellaneous			Herpes I IgG	48833	Ionised calcium	1288
	CPK	1285		Herpes I IgM	48834	S. Phosphorus	1279
	CPK-MB	1284		Herpes II IgG	48335	Hb A1c	1339
	Treponin	1350		Herpes II IgM	48336	Fasting Blood Suger	1346
	ABG	1302		Rubella IgG	1306	Suger post prandial	1347
	VBG	1302		Toxoplasma IgG	1304	Random Blood suger	1348
	Others			Toxoplasma IgM	1305	Potassium	1275
				Immunology		Sodium	1274
				AMA	1315	Stone	48820
				ANA	1313	Albumen in urine	48455

Treating Doctor: doctor Date: 2023-08-03 Time: 12:00

Modified caprine score for VTE risk assessment

1 point	2 points	3 points	4 points
Age 41 - 60 years	Age: 61 - 74 years	Age: ≥ 75 years	Stroke (1 month)
Minor surgery	Arthroscop surgery	History of VTE	Elective arthroplasty
BMI > 25 kg/m ²	Major open surgery (> 45 minutes)	Family history of VTE	Hip, Pelvis or leg fracture
Swollen legs	Laparoscopic surgery (> 45 minutes)	Factor V Leiden	Acute spinal cord injury (< 1 month)
Varicose veins	Malignancy	Prothrombin 20210A	

Sepsis (<1 month)	Confined to bed (>72 hours)	Lupus anticoagulant	
Serious lung disease, including pneumonia (<1 month)	Immobilizing plaster cast	Anticardiolipin antibodies	
Abnormal pulmonary function	Central venous access	Elevated serum homocysteine	
Acute myocardial infarction		Heparin induced thrombocytopenia	
Congestive heart failure (< 1 month)		Other congenital or acquired thrombophilia	
History of inflammatory bowel disease			
Medical patient at bed rest			
Pregnancy or postpartum			
History of unexplained or recurrent spontaneous abortion			
Oral contraceptives or hormone replacement	Total score		

Risk Level	Recommendation
0-1 (Very low)	Early & frequent ambulation
2 (Low)	Mechanical prophylaxis (graduated compression stockings)
3-4 (Moderate)	<input type="checkbox"/> Enoxaparin 40 mg q 24 OR. <input type="checkbox"/> Heparine 5000 units q 12 OR. <input type="checkbox"/> Graduated compression device.
≥ 5 (High)	<input type="checkbox"/> Enoxaparin 40 mg q 24 OR. <input type="checkbox"/> Heparine 5000 units q 12. + <input type="checkbox"/> Graduated compression device.

Treating physician sign: Date: 2023-08-03

Blood delivery form

Age: 18 Sex: male Date: 2023-08-03 Department:

Diagnosis: danger

Components	Amount
<input type="radio"/> Whole blood	
<input type="radio"/> Packed RBCs	
<input type="radio"/> Filtered Packed RBCs	
<input type="radio"/> Irradiated Packed RBCs	
<input type="radio"/> Fresh frozen plasma (FFP)	
<input type="radio"/> Platelet concentrate	
<input type="radio"/> Cryo precipitate	
<input type="radio"/> Irradiated platelets	

Blood group: ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O

Rh (D- antigen) ☐ Positive ☐ Negative

Cross matching: ☐ Matched

Bag No.	Time of delivery	Bag No.	Time of delivery

Date of delivery Nurse Blood bank physician

.....

يتم الاحتفاظ بكيس الدم في ثلاجة بدرجة حرارة 2 - 6 لحين استخدامه ولا يجوز استقبال كيس الدم المرتجع لبنك الدم بعد مرور نصف ساعه على تسليمه للجهة الطالبة للكيس.

الأصل: بينك الدم

الصورة: بملف المريض

نموذج مستهلكات مريض بالعمليات

نوع العملية doctor : التاريخ: 03-08-2023 الرقم الطبي: اسم الطبيب المعالج patient : اسم المريض

..... :اسم طبيب التخدير: بداية التخدير: نهاية التخدير danger

العدد	السعر	العدد	السعر	العدد	السعر	العدد	السعر	العدد	السعر	العدد	السعر
برولين 0 راوند		بسميكر واير		ممر هوائي		رنجر		ايزوفلورين			
برولين 1 راوند		تفلون حر		ابرة بنج نصفية		%0,9 ملح		سيفوفلورين			
برولين 0/3 راوند		استيل وير 5 م		انبوية رايل		لاكتات الرنجر		ديبريفان			
برولين 0/4 راوند		استيل وير 7 م		لارنجيال ماسك		% جلوكوز 0,5		انترافال			
برولين 0/5 راوند		صمام		Y وصلة حرف كبار		اكسجين		سكسنييل			
برولين 0 قاطع		برطمان شفت		Y وصلة حرف صفار		فرش جراحي معقم		تراكيم			
برولين 1 قاطع		انبوية صدرية		قسطرة نيلتون		جاون طبيب معقم		بروستجيم			
برولين 0/2 قاطع		كانيولا فيتس		CVP قسطرة		مفرش سرير		ازميرين			
برولين 0/3 قاطع		كانيولا شريانية		CVP مسطرة		جاونتي معقم		هيفي ماركين			
برولين 0/4 قاطع		كانيولا اورطى		مجموعة ابيديورال		مشرط جراحي		ماركين			
برولين 0/5 قاطع		كارديوبليجيا بروح		انبوية حنجرية		يد دياثيرمي		زيلوكين			
برولين 0/6 قاطع		كارديوبليجيا بروحين		فلتر بكتيري		عازل دياثيرمي		اترويين			
برولين 0/3 ابرتين		خرامة اورطى		قسطرة فولي		خرطوم شفاط		افدرين			
برولين 0/4 ابرتين		كانيولا فينت		قسطرة سيليكون		بلاستر		افيل			
برولين 0/5 ابرتين		كلبس قلب		كبس جمع بول		استيريبياد		ديكساميثازون			
برولين 0/6 ابرتين		استيكر ماكينة قلب		وصلة غسيل		دباسة جلد		ادريال			
برولين 0/7 ابرتين		كانيولا دش معدني		دورميا		جوانتي لاتكس		سوليوكورتيك			
برولين 0/8 ابرتين		فرش قلب		موسعات خالب		بورتوفاك		فولتارين			
حرير 0 قاطع		مؤكسد غشائي		موسعات كلى		KY جل		اوكسميت			
حرير 1 قاطع		كانيولا فنتس دبل		قسطرة حالب		رباط شاش		صوديوم بيكاربونات			
حرير 0/2 قاطع		ACT انبوية		ابرة بنشر		رباط ضاغط		بوتاسيوم كلوريد			
حرير 0/3 قاطع		منشار جيولي		جايد وير مستقيم		كانيولا		دايسينون			
حرير 0 راوند		كلبس سره		جايد وير منحني		جهاز وريد		كابرون			
حرير 1 راوند		اسورة أطفال		دبل جي		سرنجة 60 سس		سنتيسينون 5 وحدات			
حرير 0/2 راوند		شرائط سكر		جراب كاميرا		سرنجة 50 سس		ميثريجين			
حرير 0/3 راوند		شكاكة		كلبس مرارة		سرنجة 20 سس		كوناكيون			
فايكريل 0 راوند		ماكتوش		صوف ياند		سرنجة 10 سس		برمبران			
فايكريل 1 راوند		شاش معقم		جيبسونا		سرنجة 5 سس		امينوفلئين			
فايكريل 2 راوند		فوط بطن		جيل فون		سرنجة 3 سس		كوردارون			
فايكريل 0/2 قاطع		دريسنج		حشو انف		سرنجة 1 سس		كالسورم جلوكونيت			
فايكريل 0/3 قاطع		شاش بعلامة		حاجز انفي		وصلة ثلاثية		لازكس			
فايكريل 0/4 قاطع		بامبرز		انبوية شق حنجري		وصلة وريدية		اندرال			
فايكريل 0/5 قاطع		كوب عينة		انبوية تهوية		وصلة شريانية		ديبوتريكس			
فايكريل 0 قاطع		مبولة		مشرط رمد		دوم		دويامين			
فايكريل 1 قاطع		مسحة مزرعة		غطاء عين		جهاز نقل دم		نورادرينالين			
فايكريل 2 قاطع		اوفر هيد حريمي		سيلزون رمد		جهاز وريد		سلفات الماغنيسيوم			
فايكريل 6/. قاطع		اوفر هيد رجالي		عدسة رمد		جهاز سالوسيت		برفلجان			
11x شبكة برولين 6		ماسك طبيب		اوبست		ماسك تخدير شفاف		ايزوبتين			

<p>Case progress: Vital signs: <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> unstable Comment:</p> <p>Relevant clinical findings:</p> <p>Significant results of investigations:</p> <p>Diagnosis: danger</p>	<p>Assessment</p>
<p>Plan of care: <input type="checkbox"/> Same plan <input type="checkbox"/> Need to be changed:</p> <p>If need to be changed reason :</p>	<p>Recommendation (Investigations, consultations, follow up)</p>
<p>Physician Name & signature :</p>	
<p>Consultant name & signature: Date: 2023-08-03 Time: 12:00</p>	
<p>Endorsing physician name & signature: Date: 2023-08-03 Time: 12:00 Receiving physician Name & signature: Date: 2023-08-03 Time: 12:00</p>	