



# OPERATION THEATRE REGISTER

---

## 2. Diagnosis & Procedure

- **Diagnosis:** \_\_\_\_\_

- **Type of Operation / Surgery Performed:** \_\_\_\_\_

- **Anaesthesia Used:**

☐ GA (General) ☐ SA (Spinal) ☐ LA (Local) ☐ I.V.

- **Pre-operative Investigations Completed:**

☐ Yes ☐ No

---

## 3. Operation Team

- Operating Surgeon: \_\_\_\_\_
  - Assistant Surgeon: \_\_\_\_\_
  - Anaesthetist: \_\_\_\_\_
  - Assisting Nurse / OT Staff: \_\_\_\_\_
- 

## 4. Operation Details

- **Time of Surgery:**

From \_\_\_\_ : \_\_\_\_ am/pm To \_\_\_\_ : \_\_\_\_ am/pm

- **Duration of Surgery:** \_\_\_\_\_

## Materials Used

Material Type	Yes	No
Material for H.P.E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Special Instruments ☐ ☐

Disposable Items ☐ ☐

Implants Used ☐ ☐

Others (Specify): ☐ ☐

\_\_\_\_\_

---

## 5. Anaesthesia Details

- Pre-medication Given: ☐ Yes ☐ No
- Anaesthesia Start Time: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ am/pm
- Anaesthesia End Time: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ am/pm

---

## 6. Post-Operative Notes

- Condition of Patient: \_\_\_\_\_
- Shifted To:  
☐ ICU ☐ Recovery Room ☐ Ward ☐ Other: \_\_\_\_\_
- Time Shifted: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ am/pm

---

## 7. Additional Remarks

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 8. Signatures

- Operating Surgeon: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Anaesthetist: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
  - Assisting Nurse: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 

**NOTE:**

This Operation Theatre Register must be preserved as part of hospital **medico-legal records**.

---

---



## ऑपरेशन थिएटर रजिस्टर (HINDI)

---

### 2. निदान एवं शल्य प्रक्रिया

- निदान: \_\_\_\_\_
  - की गई सर्जरी / ऑपरेशन का प्रकार: \_\_\_\_\_
  - एनेस्थीसिया का प्रकार:  
☐ जनरल (GA) ☐ स्पाइनल (SA) ☐ लोकल (LA) ☐ I.V.
  - पूर्व-ऑपरेटिव जांच पूर्ण:  
☐ हाँ ☐ नहीं
- 

### 3. ऑपरेशन टीम

- ऑपरेटिंग सर्जन: \_\_\_\_\_
  - सहायक सर्जन: \_\_\_\_\_
  - एनेस्थेतिस्ट: \_\_\_\_\_
  - सहायक नर्स / OT स्टाफ: \_\_\_\_\_
- 

### 4. ऑपरेशन विवरण

- सर्जरी का समय:  
प्रारंभ \_\_\_\_ : \_\_\_\_ am/pm समाप्त \_\_\_\_ : \_\_\_\_ am/pm
- सर्जरी की अवधि: \_\_\_\_\_

## उपयोग की गई सामग्री

सामग्री का प्रकार	हाँ	नहीं
H.P.E. हेतु सामग्री	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
विशेष उपकरण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
डिस्पोजेबल सामग्री	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
इम्प्लांट्स	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य (विवरण दें): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## 5. एनेस्थीसिया विवरण

- प्री-मेडिकेशन दिया गया: ☐ हाँ ☐ नहीं
  - एनेस्थीसिया प्रारंभ समय: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ am/pm
  - एनेस्थीसिया समाप्ति समय: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ am/pm
- 

## 6. ऑपरेशन पश्चात स्थिति

- रोगी की स्थिति: \_\_\_\_\_
  - स्थानांतरण:  
☐ ICU ☐ रिकवरी रूम ☐ वार्ड ☐ अन्य: \_\_\_\_\_
  - स्थानांतरण का समय: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ am/pm
- 

## 7. अतिरिक्त टिप्पणियाँ

---

---

---

## 8. हस्ताक्षर

- ऑपरेटिंग सर्जन: \_\_\_\_\_  
दिनांक: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- एनेस्थेतिस्ट: \_\_\_\_\_  
दिनांक: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- सहायक नर्स: \_\_\_\_\_  
दिनांक: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## ऑपरेशन थिएटर नोंदवही (MARATHI)

---

### 2. निदान व शस्त्रक्रिया

- निदान: \_\_\_\_\_
- केलेली शस्त्रक्रिया / ऑपरेशनचा प्रकार: \_\_\_\_\_
- भूल प्रकार:  
☐ जनरल (GA) ☐ स्पायनल (SA) ☐ लोकल (LA) ☐ I.V.
- शस्त्रक्रियेपूर्व तपासण्या पूर्ण:  
☐ होय ☐ नाही

---

### 3. शस्त्रक्रिया पथक

- ऑपरेटिंग सर्जन: \_\_\_\_\_
- सहाय्यक सर्जन: \_\_\_\_\_
- भूलतज्ञ (Anaesthetist): \_\_\_\_\_
- सहाय्यक नर्स / OT स्टाफ: \_\_\_\_\_

---

### 4. शस्त्रक्रियेचा तपशील

- शस्त्रक्रियेची वेळ:  
सुरुवात \_\_\_\_ : \_\_\_\_ am/pm समाप्ती \_\_\_\_ : \_\_\_\_ am/pm

- शस्त्रक्रियेचा कालावधी: \_\_\_\_\_

## वापरलेली साहित्य

साहित्याचा प्रकार	होय	नाही
H.P.E. साठी साहित्य	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
विशेष उपकरणे	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
डिस्पोजेबल साहित्य	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
इम्प्लान्ट्स वापरले	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
इतर (तपशील द्या):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. भूल तपशील

- प्री-मेडिकेशन दिले आहे का?: ☐ होय ☐ नाही
- भूल सुरु होण्याची वेळ: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ am/pm
- भूल समाप्तीची वेळ: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ am/pm

## 6. शस्त्रक्रियेनंतरची स्थिती

- रुग्णाची स्थिती: \_\_\_\_\_
- स्थलांतर: ☐ ICU ☐ रिकव्हरी रूम ☐ वॉर्ड ☐ इतर: \_\_\_\_\_
- स्थलांतराची वेळ: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ am/pm

## 7. अतिरिक्त नोंदी / निरीक्षणे

## 8. स्वाक्षर्या

- ऑपरेटिंग सर्जन: \_\_\_\_\_  
तारीख: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- भूलतज्ञ: \_\_\_\_\_  
तारीख: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
  - सहाय्यक नर्स: \_\_\_\_\_  
तारीख: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
-