



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: _____
 - एनेस्थेटिस्ट: _____
 - 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

विशेष उपकरण

डिस्पोजेबल सामग्री

इम्प्लांट्स

अन्य (विवरण दें): _____

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: ____ / ____ / ____
 - एनेस्थेटिस्ट: _____
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: _____
 - भूलतज (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"/>
इम्प्लांट्स 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 रिकवरी रूम वॉर्ड इतर: _____
- स्थलांतराची वेळ: ____ : ____ am/pm

7. अतिरिक्त नोंदी / निरीक्षणे

8. स्वाक्षर्या

- ऑपरेटिंग सर्जन: _____
तारीख: ____ / ____ / ____

- भूलतजः _____
तारीखः ____ / ____ / ____
 - सहाय्यक नर्सः _____
तारीखः ____ / ____ / ____
-