

Gravity Hospital & Research Centre – OPERATION THEATRE REGISTER

Address: Gat No, 167, Sahyog Nager, Triveni Nagar, Chowk, Pimpri-Chinchwad,
Maharashtra 411062

Mob.: +91 1234567890

Email: support@gravityhospital.com

OPERATION THEATRE REGISTER (ENGLISH)

Hospital Name: _____

Month: _____

Date: ____ / ____ / ____

1. Patient Details

- **Sr. No.:** _____
 - **Indoor Registration No.:** _____
 - **Name of Patient:** _____
 - **Age:** _____
 - **Sex:** ☐ Male ☐ Female
-

2. Diagnosis & Procedure

- **Diagnosis:** _____
 - **Type of Operation / Surgery Performed:** _____
 - **Anaesthesia Used:** ☐ GA ☐ SA ☐ LA ☐ I.V.
 - **Pre-operative Investigations Completed:** ☐ Yes ☐ No
-

3. Operation Team

- **Operating Surgeon:** _____
- **Assistant Surgeon:** _____
- **Anaesthetist:** _____
- **Assisting Nurse:** _____

4. Operation Details

- **Time of Surgery:** From ____ am/pm To ____ am/pm
- **Duration of Surgery:** _____

Materials Used

| Material Type | Yes | No |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | s | |
| Material for H.P.E. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Special Instruments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disposable Items | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implants Used | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Others (Specify): _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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)

अस्पताल का नाम: _____

महीना: _____

दिनांक: ____ / ____ / ____

1. रोगी विवरण

क्रमांक, इंडोर रजिस्ट्रेशन नंबर, नाम, आयु, लिंग (पुरुष / महिला)

2. निदान एवं शल्य प्रक्रिया

निदान, की गई सर्जरी, एनेस्थीसिया का प्रकार, पूर्व-ऑप जांच पूर्ण

3. ऑपरेशन टीम

सर्जन, सहायक सर्जन, एनेस्थेतिस्ट, नर्स

4. ऑपरेशन विवरण

सर्जरी का समय, अवधि, उपयोग की गई सामग्री

5. एनेस्थीसिया विवरण

प्री-मेडिकेशन, प्रारंभ व समाप्ति समय

6. ऑपरेशन पश्चात स्थिति

रोगी की स्थिति, ICU / वार्ड स्थानांतरण

7. अतिरिक्त टिप्पणियाँ

8. हस्ताक्षर

सर्जन, एनेस्थेतिस्ट, नर्स

नोट: यह रजिस्टर अस्पताल के मेडिको-लीगल रिकॉर्ड का हिस्सा है।

ऑपरेशन थिएटर नोंदवही (MARATHI)

रुग्णालयाचे नाव: _____

महिना: _____

तारीख: ____ / ____ / ____

1. रुग्णाची माहिती

क्रमांक, इंडोर नोंदणी क्रमांक, नाव, वय, लिंग

2. निदान व शस्त्रक्रिया

निदान, केलेली शस्त्रक्रिया, भूल प्रकार, पूर्व तपासण्या

3. शस्त्रक्रिया पथक

सर्जन, सहाय्यक सर्जन, भूलतज्ञ, नर्स

4. शस्त्रक्रियेचा तपशील

वेळ, कालावधी, वापरलेली साहित्य

5. भूल तपशील

प्री-मेडिकेशन, सुरुवात व समाप्ती वेळ

6. शस्त्रक्रियेनंतरची स्थिती

रुग्णाची अवस्था, ICU / वॉर्ड

7. अतिरिक्त नोंदी

8. स्वाक्षर्या

सर्जन, भूलतज्ञ, नर्स

टीप: ही नोंदवही रुग्णालयाच्या मेडिको-लीगल नोंदींचा भाग आहे.