



# ANESTEZİ ÖNCESİ DEĞERLENDİRME FORMU



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AH.FR.02	01.01.2024	0	-	Sayfa 1 / 1

Ameliyat Öncesi Tanı : ..... Tarih : ... / ... / .....

Ameliyat : .....

Yaş / Kilo / Boy : .....

Bilinç Durumu / GKS : .....

BARKOD

Alışkanlıklar	Alerji	Kullandığı İlaçlar	Geçirilen Ameliyatlar

## ANAMNEZ VE FİZİK MUAYENE

### Solunum Sistemi

<input type="checkbox"/> Özellik Yok <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Tbc <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Konsültasyon <input type="checkbox"/> ÜSYE <input type="checkbox"/> Bronşit <input type="checkbox"/> Sigara <input type="checkbox"/> SFT <input type="checkbox"/> PA Akc Grafi <input type="checkbox"/> Diğer	Muayene Bulguları : .....
--	---------------------------

### Dolaşım Sistemi

<input type="checkbox"/> Özellik Yok <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Anjina <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> Koroner Arter Hast. <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Konsültasyon <input type="checkbox"/> Ödem <input type="checkbox"/> KKY <input type="checkbox"/> Efor dispne <input type="checkbox"/> Aritmi <input type="checkbox"/> EKO <input type="checkbox"/> EF <input type="checkbox"/> Diğer	Muayene Bulguları : .....
--	---------------------------

<input type="checkbox"/> EKG
<input type="checkbox"/> EKO
<input type="checkbox"/> Anjiyografi
<input type="checkbox"/> Karotis Doppler
<input type="checkbox"/> Diğer

### Laboratuvar Test Sonuçları

<input type="checkbox"/> Hct <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> Plt <input type="checkbox"/> WBC <input type="checkbox"/> Seroloji	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> a PTT <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> D. Bil <input type="checkbox"/> T. Bil	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> Üre <input type="checkbox"/> Kreatinin	<input type="checkbox"/> Glukoz <input type="checkbox"/> T. Protein <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> AST
--	---	---	--

SPO2 : Ateş : TA : Nbz : Ağrı :



# ANESTEZİ ÖNCESİ



## DEĞERLENDİRME FORMU

<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA / NO</b>
AH.FR.02	01.01.2024	0	-	Sayfa 1 / 1

Endokrin Sistem	Üriner Sistem	GIS	Hematolojik Muayene	SSS	Emosyonel Durum
<input type="checkbox"/> Özellik yok <input type="checkbox"/> Tip 1/2 DM <input type="checkbox"/> Hipo / Hipertiroidi <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Özellik yok <input type="checkbox"/> ABY <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Özellik yok <input type="checkbox"/> Defans / Rebound <input type="checkbox"/> Hepato / Splenomegali <input type="checkbox"/> Asit <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Anemi <input type="checkbox"/> Trombositopeni <input type="checkbox"/> Lökopeni <input type="checkbox"/> Hemofili <input type="checkbox"/> ITP / TTP <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Özellik yok <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Alzheimer / Demans <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Korkulu / Endişeli <input type="checkbox"/> Huzursuz <input type="checkbox"/> Ağlıyor <input type="checkbox"/> Ajite

Hava	Ağız Değerlendirme	Boyun Hareketi
<input type="checkbox"/> Mallampati <input type="checkbox"/> Tiromental mesafe	I II III IV <6 cm >6 cm	Ağız Açıklığı Diş Durumu

Gebelik	Açlık Durumu	Premedikasyon
<input type="checkbox"/> Ödem / Varis <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT / Preeklampsi	Katı Gıda Sıvı Gıda	Saat Önce Saat Önce

KONSÜLTASYONLAR	
İstenilen Konsültasyon(lar)	Sonuç(lar)

Planlanan Anestezi			
<input type="checkbox"/> Genel <input type="checkbox"/> Spinal	<input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Kombine S.E.	<input type="checkbox"/> Sedasyon Analjezi <input type="checkbox"/> Periferik Blok	<input type="checkbox"/> RIVA

### AÇLIK SÜRESİ

### PREMEDİKASYON

<input type="checkbox"/> ASA I - Sağlıklı Hasta <input type="checkbox"/> ASA II - Hafif sistemik hastalık / Fonksiyonel kısıtlama yok <input type="checkbox"/> ASA III - Ciddi fonksiyonel hastalık / Fonksiyonel kısıtlama var <input type="checkbox"/> ASA IV - Hayatı tehdit eden sistemik hastalık <input type="checkbox"/> ASA V - Opere edilse de edilmese de 24 saat içinde yüksek olasılıklı mortal <input type="checkbox"/> E: Acil şartlarda ASA - E olarak değerlendirilir.	<b>MALLOPATİ SINIFLAMASI</b>  <input type="checkbox"/> Sınıf 1 <input type="checkbox"/> Sınıf 2 <input type="checkbox"/> Sınıf 3 <input type="checkbox"/> Sınıf 4
---	---

### NOTLAR VE DÜŞÜNCELER

Tarih : ... / ... / .....

Saat : ..... : .....

### Doktor

Ad - Soyad : .....

İmza / Kaşe : .....

### Hasta

Ad - Soyad : .....

İmza : .....