URARTU GÖZ

ANESTEZİ İZLEM FORMU

Doküman Kodu: AH.FR.01	**Yayın Tarihi:01.01.2024**	**Revizyon Tarihi/No:**	**Sayfa No**:1 / 1

Anestezi Uzm. : ....
Anestezi Tek. : ....
Operatör : ....

Hasta Adı Soyadı :..
Protokol No : ....
Tarih : ....

Anestezi Öncesi Hasta Değerlendirilmesi

K.B ...../...../..........	ASA 1 2 3 4 5 6 A	Mallampati Skoru
KAH .... Dak.............	Boy .... Cm / Kilo .... Kg.	Açlık Süresi Uygun
SpO2 .... %	Allerji	Son Değerlendirme Uygun
Kan Grubu	Premedikasyon	

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

Anestezi Başlama	
Operasyon Başlama	
Anestezi Bitiş	
Operasyon Bitiş	
Tanı	
Yapılan Ameliyat	

Tedavi		Doz	Zaman
1			
2			

NOTLAR

Anestezi Teknikeri

	15	30	45		15	30	45		15	30	45		15	30	45
Sıvı															
Kan															
IV İlaçlar															
1- Propofol															
2- Esmeron															
3- Dormicum															
4- Fentanly															
5- Pentotal															
6-Atropin															
7-Neostigmin															
7-Ultiva															
8-Marcaine Heavy															
9-Sympitane															
260															
240															
220															
200															
180															
160															
140															
AKK 120															
100															
v ^ Kan Basıncı 80															
Nabız • Ekstubasyon 60															
Entübasyon Anestezi 40															
Cerrahi 20															
Solunum															
SpO2															
O2															
N2O / Hava															
Sevo/ Desf.															
İdrar Çıkışı															

Girişimler ve Monitorizasyon

- ☐ E K G ☐ Arter
- ☐ SPO2 ☐ NGS
- ☐ NIBP ☐ Santral Ven
- ☐ IBP ☐ Foley
- ☐ Periferik Ven

Anestezi Yöntemi

- ☐ Lokal
- ☐ Genel
- ☐ Periferik Blok
- ☐ Santral Blok
  1-Epidural 2-Spinal 3-Caudal 4-CSEA
- ☐ Riva
- ☐ Sedasyon

Pozisyon

- ☐ Supine ☐ Oturur
- ☐ Trendelenburg ☐ Prone
- ☐ Lateral ☐ Fowler
- ☐ Sağ Sol ☐ Jackknife
- ☐ Litotomi ☐ Belbükülmesi

Entübasyon

- ☐ Kolay ☐ Larengeal Maske
- ☐ Zor ☐ Trakeostomi
- ☐ Spiralli Tüp No: ....
- ☐ LMA Maske No: ....

Turnike

- ☐ Sağ ☐ Sol
- ☐ Kol ☐ Bacak

On: .../.../... Off: .../.../...
Süre .... Basınç ....

Aldığı Çıkardığı

- ☐ Kristalloid Sıvılar .... ml.
- ☐ Kolloid Sıvılar ..... ml.
- ☐ Eritrosit Süsp/Tam kan ün.
- ☐ TDP.................................. ün.
- ☐ İdrar.............................. ml.
- ☐ Kanama .... ml.

Anestezi Doktoru (Kase İmza)