

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit No:

برگ مراقبت قبل از عمل جراحی

PRE-OPERATION CARE SHEET

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				
بررسی پرستار اتاق عمل Review of Op. Room Nurses		Date of Operation:		تاریخ عمل جراحی:			
نظریه Notes	تأیید O.K.	Diagnosis:		تشخیص:			
	<input type="checkbox"/>	سمت عمل: <input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> چپ Site of Operation: <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left		نام عمل جراحی: Name of Operation:			
	<input type="checkbox"/>	آماده نمودن محل عمل: Preparation of Op. Site:					
	<input type="checkbox"/>	اجازه نامه عمل جراحی ضمیمه است <input type="checkbox"/> Consent form Attached <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	نوار مشخصات بیمار به بسته شده است. Patient's ID. Tag Affixed to					
	<input type="checkbox"/>	فشار خون پس از داروهای بیهوشی: B.P. After Using Pre- Anes. Drugs:		فشار خون موقع پذیرش: B.P. on Adm.:			
	<input type="checkbox"/>	Hb & Hct:		اوره خون: Urea:		قند خون: Blood Sugar:	
	<input type="checkbox"/>	RH:		ارهاش: Arhah:		گروه خون: Blood Group:	
	<input type="checkbox"/>	ساعت آخرین ادرار قبل از عمل: Time of the Last Urination Prior to Operation:					
	<input type="checkbox"/>	علائم حیاتی قبل از عمل: Vital Signs before Op.:		تنفس: Resp.		نبض: Pulse	
	<input type="checkbox"/>	حرارت: Temp.		تحت درمان با داروهای: Under Treatment with These Drugs:			
	<input type="checkbox"/>	داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده آنها: Pre- Operation Drugs & Last Dose:					
	<input type="checkbox"/>	اثر داروهای قبل از بیهوشی: Pre- Anes. Drug Effects:					
	<input type="checkbox"/>	Asleep <input type="checkbox"/> خواب		Sleepy <input type="checkbox"/> خواب آلود		Awake <input type="checkbox"/> بیدار	
	<input type="checkbox"/>	گزارش پرستار: <input type="checkbox"/> کافی <input type="checkbox"/> کافی		اوراق رادیولوژی: <input type="checkbox"/> کافی <input type="checkbox"/> کافی		اوراق آزمایشگاهی: <input type="checkbox"/> کافی <input type="checkbox"/> کافی	
	<input type="checkbox"/>	Enough Nurses Report		Enough Radiology Sheets		Enough Laboratory Sheets	
	<input type="checkbox"/>	خارج گردید <input type="checkbox"/> خارج گردید		ساعت <input type="checkbox"/> ساعت		انگشتر <input type="checkbox"/> انگشتر	
	<input type="checkbox"/>	Removed Others		Watch Ring		بله <input type="checkbox"/> بله	
	<input type="checkbox"/>	Prosthesis		خیر <input type="checkbox"/> خیر		برداشته شد: <input type="checkbox"/> برداشته شد:	
امضاء پرستار اتاق عمل:		ملاحظات: Remarks:					
Signature of Op. Room Nurse:		امضاء پرستار بخش: Ward Nurse's Signature:					