

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No: شماره پرونده:

برگ گزارش عمل جراحی

OPERATION REPORT 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:
Date: تاریخ:	Second Assistant: کمک دوم:	First Assistant: کمک اول:	Surgeon: جراح:
Assistant Nurse: پرستار کمک:	Nurse of Op. Room: پرستار اتاق عمل:	Kind of Anesthesia: نوع بیهوشی:	Anesthetist: بیهوشی دهنده:
kind of Operation: نوع عمل: Hosp. <input type="checkbox"/> بستری O.P.D <input type="checkbox"/> سرپائی	Time of Op. : End time	ساعت خاتمه	Beginning Time ساعت شروع
Pre-Op. Diagnosis: تشخیص قبل از عمل:			
Post -Op. Diagnosis: تشخیص بعد از عمل:			
Kind of Operation: نوع عمل جراحی:			
Specimen: نمونه برداشته شده: Yes <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> تعداد <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>			
Procedure and Findings: شرح عمل و مشاهدات:			
شمارش گازها و لوازم قبل از عمل و بعد از آن منطبق می باشد؟ Correct Swab/Instrument Counts: Yes NO بله خیر			
نمونه جهت آزمایش فرستاده شده: Specimen Sent to Laboratory: Yes NO بله خیر			
امضاء پرستار اتاق عمل: Nurses of Op. Room Signature :			

برگ گزارش عمل جراحی
OPERATION REPORT SHEET

Continue:

ادامه شرح عمل از صفحه قبل:

دستورات بعد از عمل:

Surgeon Singnature:

امضاء جراح:

