

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ گزارش عمل چشم

EYE OPERATION RECORD

Unit No: شماره پرونده:

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:		
Kind of operation: نوع عمل جراحی:	Occupation: شغل:	Sex: جنس:	M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مونث
Clinical Notes: نکات بالینی:			
Pre operation diagnosis: تشخیص قبل از عمل:			
Kind of anesthesia: نوع بیهوشی:			
Operation Report: شرح عمل:			
Muscle detached			
Localization			
No of Suture			
Band Tied at			
Vitreous injection			
Paracentesis			
Closing Tension			
Systemic medication			
Duration			
تشخیص بعد از عمل:			
Remarks: ملاحظات:			
Name & Sign of Anesthesiologist: نام و امضاء پزشک بیهوشی:	Name & Signature of Surgen: نام و امضاء جراح:		