

برگ درخواست مشاوره بیهوشی پیش از عمل
ANESTHESIOLOGIC CONSULTATION REQUEST FORM

شماره پرونده: Unit No:

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:				
Date of Request: تاریخ درخواست:		Requesting Physician: نام پزشک درخواست کننده:		
Time of Request: ساعت درخواست:				
جنس: وزن: قد:		Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:		
مشخصات نوزادی:		Clinical Reports & Object of Consultation: گزارشهای کلینیکی و موضوع مشاوره:		
داروها:				
Smoking: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Pack-year: Cessation: چه میزان: چند سال: Drug abuse: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> چند وقت است ترک کرده؟ Et-OH: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> چه میزان: چند سال: چند وقت است ترک کرده؟		پیشینه آنستزی و عمل جراحی: تاریخ آخرین آنستزی: نوع آنستزی: پیامد بیهوشی: زردی تب بالا گلودرد تاخیر در بیدار شدن تهوع و استفراغ دیگر موارد... پیشینه آنستزی و پیامد در بستگان:		
Lab. Results: BG & Rh Hb Hct Plt Bun Cr Na K BS PT PTT INR BT CT		پیشینه بیماری: متابولیک: دیابت هیپاتیت نارسای کلیه تیروئید هایپر هایپو پیشینه رفلاکس خالکوبی... CNS سابقه CVA تشنج سنکوپ فلج اندامها دیسک کمر یا گردن ضعف اندامها آسیب اعصاب محیطی قلب و عروق: فشار خون بالا تنگی نفس فعالیتی محدودیت فعالیت آریتمی پیشینه سکته قلبی نارسای قلبی تنفس و ششها: تنگی نفس آسم سرماخوردگی ۲ هفته اخیر		
Airway Examination: معاینه راه هوایی: دندان لث: دندان مصنوعی: باز شدن دهان: ملتهبی: ULBT: فاصله TM: ext گردن: flx گردن: سرو گردن: ملتحمه: سمع قلب: سمع ریه: اندامها		انعقادی: پیشینه خونریزی غیر معمول سابقه خانوادگی پیشینه خونریزی لته هنگام مسواک زدن سابقه DVT آمبولی ریه بیماری دیگر؟		
ECG CXR Echocardiography ABG Spirometry		METs حساسیت دارویی: حساسیت غذایی: وضعیت بارداری:		
Orders: دستورها و توصیه‌ها:		نام پزشک مشاور و امضاء:		
Date: تاریخ:		Consultant Physician Name & Signature:		