

راهنمای تکمیل برگ مشاوره بیهوشی پیش از عمل

این فرم در موارد مشاوره بیهوشی پیش از عمل و تنها برای بیمارانی تکمیل می‌شود که برای عمل جراحی آماده می‌شوند. برای مشاوره‌های اورژانسی بیهوشی T مانند مشاوره‌ی اینتوباسیون، انتقال به ICU، کنترل status epilepticus و مانند آنها، از فرم-های استاندارد «درخواست مشاوره» استفاده می‌شود.

(۱) در بخش مربوط به شماره پرونده و نیز مشخصات بیمار و بخش بستری، تکمیل کننده باید اطلاعات مندرج را با مشخصات بیمار و دیگر مستندات، کنترل و مقایسه نماید. در این بخش منظور از پزشک معالج، الزاماً همکاران جراح نیست؛ برای نمونه، ممکن است بیمار زیر نظر همکار متخصص عفونی بستری باشد ولی برای تخلیه‌ی آبنه نیاز به همکاری جراح باشد. در این مورد، پزشک معالج، همکار متخصص عفونی است و در بخش پایین تر نام جراح به عنوان پزشک درخواست کننده‌ی مشاوره‌ی بیهوشی ثبت خواهد شد.

(۲) **تشخیص اولیه:** تشخیصی که دلیل مشاوره بوده و توسط همکار جراح یا پزشک درخواست کننده مشاوره نوشته می‌شود.

(۳) **گزارش کلینیکی و موضوع مشاوره:** چکیده‌ای از وضعیت بیماری و نوع جراحی پیش‌رو که توسط همکار جراح تکمیل می‌شود.

(۴) **تاریخ و ساعت درخواست مشاوره،** توسط جراح درخواست کننده مشاوره، درج می‌شود.

(۵) **جنس، وزن، سن:** جنسیت بیمار (مرد یا زن)، وزن وی به کیلوگرم و قد او به سانتی‌متر را ثبت کنید.

(۶) **مشخصات نوزادی:** مربوط به کودکان است. برای نمونه در نوزاد یک ماهه؛ وزن هنگام تولد، Post-conceptual age (PCA)، وضعیت واکسیناسیون، سابقه‌ی زردی و ... اهمیت دارند. همکارانی که مشاوره‌ی پیش از عمل کودکان را انجام می‌دهند، این بخش را مد نظر خواهند گرفت.

(۷) در قسمت **داروها،** نام داروهای مصرفی بیمار، فرم دارو (قرص، پماد، قطره، آمپول و ...)، دوز مصرفی و این که چندبار در روز مصرف می‌شوند، یادداشت می‌شود.

(۸) **پیشینه‌ی آنستزی:** شامل درج سابقه نوع آنستزی (ها)، تاریخ آن (ها) و پیامدهای آن (ها) است. اگر در بستگان بیمار به دنبال آنستزی، پیامدی رخ داده باشد، آن را نیز یادداشت کنید.

(۹) **پیشینه‌ی بیماری:** در این قسمت، بیماری‌های همراه شایعی که برای آنستزی بیمار، می‌توانند خطر بالقوه داشته باشند، فهرست شده‌اند. هر یک را که در سابقه‌ی بیمار وجود دارد، علامت بزنید. اگر بیمار، بیماری همراه نادری داشته باشد، در بخش پایانی و مقابل "بیماری دیگر" یادداشت کنید.

(۱۰) در قسمت **حساسیت‌ها و METs**، حساسیت‌های دارویی، غذایی و توان فیزیکی بیمار (METs) را ثبت کنید و اگر بیمار، خانمی در سن باروری است، وضعیت بارداری احتمالی وی را یادداشت کنید.

(۱۱) اگر بیمار سیگار می‌کشد، در قسمت **Smoking** در مربع جلوی Y و اگر سیگاری نیست N را تیک می‌زنیم. میزان مصرف را به صورت Pack-Year ثبت کنید. برای مثال اگر ۶ سال است که روزی یک پاکت می‌کشد، 6 pack-year و اگر ۱۰ سال است که روزی نیمی از یک پاکت (۱۰ نخ در روز) می‌کشد، برابر 5 pack-year ثبت می‌شود. اگر ترک کرده است، میزان مصرف قدیم وی را ثبت کرده و مدت زمانی را که از ترک گذشته، به سال یا اگر کمتر از یک سال است، به ماه یادداشت

نمایید. درباره‌ی مواد مخدر و نوشیدنی‌های الکلی نیز، مصرف یا عدم مصرف، میزان مصرف و اگر ترک کرده‌است، مدت زمانی که از ترک گذشته را یادداشت کنید.

۱۲) Lab Results: نتایج آزمایش‌های بیمار را با واحد آن آزمایش، در این قسمت، یادداشت کنید. برای نمونه، BS 96 mg/dl و Na 140 mEq/L.

۱۳) معاینه راه هوایی بیمار؛ یکی از مهمترین بخش‌های کار آنستزیولوژیست‌هاست. مواردی مانند وجود یا عدم وجود دندان لق (برای نمونه: «دندان نیش ماگزیلاری راست لق است»)، دندان مصنوعی (ثابت یا متحرک)، میزان باز شدن دهان به سانتی‌متر (فاصله‌ی میان دندانهای پیشین، در افراد بی‌دندان، فاصله‌ی میان دو لثه)، گریدِ ملمپاتی، گریدِ Upper Lip Bite Test، فاصله‌ی Thyromental به سانتی‌متر، میزان فلکشن و اکستنشن گردن به درجه را در این قسمت یادداشت کنید.

۱۴) در کادر زیرین، علایم حیاتی را با واحدهای اندازه‌گیری (فشارخون BP سیستول و دیاستول به میلی‌متر جیوه mmHg، ضربان قلب HR به تعداد در دقیقه، میزان تنفس RR به تعداد در دقیقه، درجه حرارت T به سانتی‌گراد) ثبت کنید. چکیده‌ای از سمع قلب و ریه و معاینه‌ی ملتحمه و سر و گردن و اندامها و وجود دفرمیتی احتمالی را نیز بنویسید.

۱۵) اگر یافته‌ای در الکتروکاردیوگرافی (ECG) (مانند؛ انحراف محور قلب، تاکی کاردی، T وارونه، بلوک شاخه‌ای)، گرافی قفسه‌سینه (CXR) (مانند؛ نوموتوراکس، بسته بودن زوایای کوستوفرنیک، آپاسیتی یا لوسنسی)، اکوکاردیوگرافی (برای نمونه؛ Ejection Fraction و گرادیان دریچه‌ها، پاتولوژی دریچه‌ها، فشار شریان ریوی)، آنالیز گازهای خون شریانی ABG (مانند؛ اسیدوز یا آلکالوز، هایپوکسمی یا هایپرکاری)، در اسپرومتری (برای نمونه الگوی انسدادی یا تحدیدی) وجودداشت، در بخش مربوط به هریک، یادداشت کنید. اگر یافته‌ی پاتولوژیک وجود نداشت، نرمال بودن آن را ذکر کنید. در اکوکاردیوگرافی، میزان EF و نرمال یا غیرنرمال بودن دریچه‌ها و فشار شریان ریوی را حتماً بنویسید.

۱۵) در انتهای فرم، دستورها و توصیه‌ها را همراه با قید تاریخ و ساعت یادداشت کرده و مهر و امضا کنید.

همکاران گرامی، لطفاً با خط خوانا، تفکیک شده و هر نکته را در بخش مرتبط با آن بنویسید.