

To be filled by doctor

Patient Name : _____ Age : _____ Sex : _____

UHID No.: _____ IP No.: _____ Date of Admission : _____

Provisional Diagnosis : _____ Procedure Planned : _____

Consultant Incharge : _____ Department : _____

Anesthesia Planned : _____ Surgeon : _____

PREOPERATIVE HISTORY	NO	YES	DETAILS / COMMENTS/List Current Medication / Herbs :
Allergies : To Medication / dressing / food (List) ?			
Are you under any medical / herbal treatment now ?			
Any steroids (prednisone / cortisone) in past 6 months ?			
Any aspirin / warfarin / anti-platelet drug in the last 2 weeks ?			
Do you smoke ? (cig. per day for years)			
Do you regularly consume alcohol ?			
Any past serious illness / hospitalisation ?			
Any recent change in health status ?			
Cardiac / Pulmonary Systems			
1 Effort Tolerance for Level Ground =			
2 Effort Tolerance For Stairs =			
3 Shortness of breath at rest or on lying flat			
4 Asthma / brochitis / COPD /OSA			
5 High blood pressure			
6 Heart Attack /disease			
7 Chest pain on exertion or at night			
8 Irregular heart beats			
9 Rheumatic fever / heart murmur			
Haemopoietic System			
8 DVT / blood clot in the legs or lungs			
9 Bleeding tendency / easy bruising			
10 Anaemia / blood disease/ Blood Transfusion			
Endocrine System			
11 Diabetes			
12 Thyroid disease			
Gastrointestinal / Genitourinary System			
13 Indigestion / heartburn / reflux / hiatus hernia			
15 Jaundice / liver disease / hepatitis			
16 Kidney disease / renal dialysis			
17 (Female) Are you pregnant ? LMP			
18 Psychiatric illness			
19 Stroke / TIA			
20 Epilepsy or other fits / faints			
21 Muscle disease or weakness			
22 Arthritis / joint disease / numbness in fingers or			
Any other medical problems not included above ? (Describe)			

	Dates	NO	YES
Have you ever had an operation ? (List with dates)			
		GA / RA / LA	
		GA / RA / LA	

ANESTHESIA

SUMMARY (List of Problems)			
	NO	YES	
Normal Airway (if No, tick or describe abnormality)			1
Mouth Opening < 2 Fingers			
Thyromental Distance < 3 Fingures			2
Limited Neck Movement			
Mallampati Gr. I II III IV			3
CVS			
Resp			
Neuro/Spine			
Other			
HR		BP	Sat %
Wt kg		HT cm	BMI
Any teeth missing or loose ? Any crowns or bridges ? NO YES			
Missing	Loose	Right Left	Top Full Partial
Crown	Bridge		Bottom Full Partial
INVESTIGATIONS			
Haematology	Biochemistry	Other Blood Tests	
HB _____	Bl. Sugar < F _____ PP _____	S. Bil. _____	
TLC _____	Urea _____	SGOT _____	
PLT _____	Cr _____	SGPT _____	
PT _____	Na _____	Alk. Phos. _____	
INR _____	K+ _____	T. Protein _____	
APTT _____	Cl _____	Albumin _____	
BT _____	HIV _____	TSH _____	
CT _____	HBSAg _____	Blood Group _____	
CT _____	HCV _____		
ECG			
C. X RAY			
CT Scan			
ECHO	LVEF		
	RWMA		
	Valves		
	RVSP		
	Other		
Urine R & M :			
Urine C & S			
Other Investigations.			

Name

(Signature)

Date

Name : _____ Age / Sex : _____

UHID / IP No. : _____ Date of Admission : _____

Deptt. / Unit : _____ Ward : _____

Bed No. : _____ Doctor-in charge : _____

Patient's Sticker

Informed Consent Authorization for Administration of Anesthesia / Sedation

1. I, _____ (Name of Patient) understand that anesthesia services are needed so that my doctor can perform the operation or procedure by Doctor (Name) _____ dated _____ Name of surgery / procedure _____ I hereby consent to the anesthesia / sedation service checked below and authorize that it can be administered by Anesthesiologist (s) or physicians who are credentialed to provide anesthesia or sedation services at Shree Aggarsain International Hospital, Delhi.

☐ General Anesthesia	Benefits	- Complete control of airway, breathing and circulation minimizing undue stress to the patient and allowing complete stillness during the procedure. - Permits surgery in widely separated areas of the body at the same time. - Can be administered without moving the patient from supine position.
	Technique	Drug injected into the bloodstream breathed into the lungs, or by other routes.
	Risks	- Mouth or throat pain, hoarseness, injury to mouth or teeth, awareness under anesthesia, injury to blood vessels, aspiration, pneumonia - Weakness, numbness in the limbs, parasthesias
☐ Spinal or Epidural analgesia/ Anesthesia ☐ With sedation ☐ Without sedation	Benefits	- Optimum method of anesthesia for procedures in the lower half of the body - Easy post-operative mobilization - Reduced post-operative pulmonary, thromboembolic and cardiac complications
	Technique	Drug injected through a needle/catheter placed either directly into the spinal canal or immediately outside the spinal canal
	Risks	- Headache, Backache, buzzing in the ears, convulsions, infection, persistent weakness, numbness, residual pain, injury to blood vessels - May require conversion to general anesthesia
☐ Major / Minor Nerve Block Anesthesia ☐ With sedation ☐ Without sedation	Benefits	- Patient can remain awake and breathe normally - Side effects such as nausea and vomiting are avoidable - Excellent pain relief - No need for tracheal intubation
	Technique	Drug injected near nerves providing loss of sensation to the area of operation
	Risks	- Infection, convulsions, persistent numbness, residual pain, injury to blood vessels - May require conversion to general anesthesia
☐ Monitored Anesthesia care (with sedation)	Benefits	- Safe sedation, control of patient anxiety and pain control - Protection of airway
	Technique	Drug injected into the bloodstream, breathed into the lungs, or by other routes producing a semi-conscious state
	Risks	- An unconscious state, depressed breathing - May require conversion to general anesthesia
☐ Anesthesia Standby (with sedation)	Benefits	Measurement of vital signs, availability of anesthesia provider for further intervention, no sedation
	Technique	No applicable
	Risks	Anxiety and / or discomfort.
☐ Moderate/Deep/ Procedural sedation	Benefits	- Reduce or eliminate pain and patient anxiety - Patient can breathe normally and respond to verbal commands during moderate sedation - Monitoring of Vital signs
	Technique	Drug injected into the bloodstream producing a sedative state
	Risks	- Depressed Breathing - Conversion to anesthesia

2. The benefits, technique of sedation or anesthesia to be used, alternatives and risks have been explained to me in my language.
3. I understand that rarely there may be unforeseen complications. In such an event the anesthesia team may change the type of anesthesia or take suitable steps taking my best interest in mind and that I give my consent for the same.
4. I have been informed that during sedation possible complications may occur and at times deeper sedation and anesthesia may be required with an anesthesiologist support during the procedure and I agree to this support.
5. During the course of the procedure, I agree to the insertion / use of monitoring lines - invasive / non-invasive, use of endoscope and any other procedure for the purposes of safe conduct of anesthesia and monitoring.
6. I agree that I may be transfused blood or blood products during the course of the procedure as deemed necessary.
7. I consent to photography / video recording of procedure, which may be viewed for academic purpose only subject to the identity being adequately protected. I further give my consent to the release of professional and / or other information from the Medical Records as deemed necessary in accordance with the rules and policies of the hospital.
8. I / My Relatives have been educated on the modalities of post operative analgesia.
9. I certify that I had the opportunities to ask questions and they have been explained to me to my satisfaction.

Patient's full Name _____ Signature _____ Date & Time _____

Anesthetist's or Sedating Physician's Name _____ Signature _____ Date & Time _____

ATTENDANT'S CONSENT (If applicable)

If patient is unable to give consent, state the reason _____
(Minor / unconscious / under-sedation / incapacity, other please specify)

Attendant Name _____ Relationship to the patient _____

Signature _____ Date : _____ Time : _____

Statement of Interpreter (Where Appropriate)

I have comprehensively explained the information above along with the discussions/explanations provided by the doctors, to the patient and / or his / her attendant and in a way which I believe he / she / they can understand and the patient and / or his / her attendant have informed me that they have understood the aforesaid information completely.

Interpreter's Name _____ Signature _____ Date & Time _____

HIGH RISK CONSENT

It has been explained to me and I have acknowledged that the risk to the patient during and after the surgery / anesthesia is high / very high due to the following problems and their implications have been explained to me in detail.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Patient's full Name _____ Signature _____ Date & Time _____

Anesthetist's Name _____ Signature _____ Date & Time _____

Reason for Attendant's Consent (where applicable) _____
(Minor / unconscious / under-sedation / incapacity, other please specify)

Attendant Name _____ Relationship to the patient _____

Signature _____ Date _____ Time _____

Name : _____ Age / Sex : _____
 UHID / IP No. : _____ Date of Admission : _____
 Deptt. / Unit : _____ Ward : _____
 Bed No. : _____ Doctor-in charge : _____

Patient's Sticker

संज्ञाहरण / बेहोश करने की क्रिया के प्रशासन के लिए सूचित सहमति प्राधिकरण

1. मैं.....(रोगी का नाम) समझूँ कि एनेस्थीसिया सेवाओं की आवश्यकता है ताकि मेरा डॉक्टर ऑपरेशन या प्रक्रिया कर सके।
 डॉक्टर का नाम.....दिनांक.....सर्जरी/प्रक्रिया का नाम.....
 मैं एतद्वारा नीचे जाँच की गई संज्ञाहरण / बेहोश करने की क्रिया सेवा के लिए सहमति देता हूँ और अधिकृत करता हूँ कि इसे एनेस्थीसियोलॉजिस्ट (ऑ) या चिकित्सकों द्वारा प्रशासित किया जा सकता है, जिन्हें श्री अग्रसैन इंटरनेशनल हॉस्पिटल, दिल्ली में संज्ञाहरण या बेहोश करने की क्रिया प्रदान करने के लिए प्रमाणित किया गया है।

☐ जेनरल अनेस्थीसिया	लाभ	- अनुचित तनाव को कम करने के लिए वायुमार्ग, श्वास और परिसंचरण का पूर्ण नियंत्रण रोगी के लिए और प्रक्रिया के दौरान पूर्ण शांति की अनुमति देना। - एक ही समय में शरीर के व्यापक रूप से अलग क्षेत्रों में सर्जरी की अनुमति देता है। - रोगी को लापरवाह स्थिति से हिलाए बिना प्रशासित किया जा सकता है।
	तकनीक	रक्तप्रवाह में इंजेक्ट की गई दवा फेफड़ों में, या अन्य तरीकों से सांस ली जाती है।
	जोखिम	- मुँह या गले में दर्द, स्वर बैठना, मुँह या दांतों में चोट, जागरूकता के तहत संज्ञाहरण, रक्त वाहिकाओं को चोट, आकांक्षा, निमोनिया - कमजोरी, अंगों में सुन्नपन, पैरास्थीसिया
☐ स्पाइनल या एपिड्यूरल एनाल्जेसिया / एनेस्थीसिया	लाभ	- शरीर के निचले हिस्से में प्रक्रियाओं के लिए संज्ञाहरण की इष्टतम विधि - आसान पोस्ट-ऑपरेटिव लामबंदी - ऑपरेशन के बाद पल्मोनरी, थ्रोम्बोम्बोलिक और हृदय संबंधी जटिलताओं में कमी
	तकनीक	दवा को सुई/कैथेटर के माध्यम से सीधे रीढ़ की हड्डी की नहर में या तुरंत रीढ़ की हड्डी की नहर के बाहर रखा जाता है
	जोखिम	- सिरदर्द, पीठ दर्द, कानों में भनभनाहट, आक्षेप, संक्रमण, लगातार कमजोरी, सुन्नता, अवशिष्ट दर्द, रक्त वाहिकाओं में चोट - सामान्य संज्ञाहरण में परिवर्तन की आवश्यकता हो सकती है
☐ मेजर / माइनर नर्व ब्लॉक एनेस्थीसिया ☐ बेहोश करने की क्रिया के साथ ☐ बेहोश करने की क्रिया के बिना	लाभ	- रोगी जागता रह सकता है और सामान्य रूप से सांस ले सकता है - मतली और उल्टी जैसे दुष्प्रभावों से बचा जा सकता है - उत्कृष्ट दर्द से राहत • श्वासनली इंटुबेशन की कोई आवश्यकता नहीं
	तकनीक	नसों के पास दवा इंजेक्ट की जाती है जिससे ऑपरेशन के क्षेत्र में सनसनी का नुकसान होता है
	जोखिम	- संक्रमण, आक्षेप, लगातार सुन्न होना, बचा हुआ दर्द, रक्त वाहिकाओं में चोट - सामान्य संज्ञाहरण में परिवर्तन की आवश्यकता हो सकती है
☐ निगरानी संज्ञाहरण देखभाल (बेहोश करने के बिना) ☐ बेहोश करने की क्रिया के साथ ☐ बेहोश करने की क्रिया के बिना	लाभ	- सुरक्षित बेहोश करने की क्रिया, रोगी की चिंता पर नियंत्रण और दर्द नियंत्रण - वायुमार्ग की सुरक्षा
	तकनीक	दवा को रक्तप्रवाह में इंजेक्ट किया जाता है, फेफड़ों में सांस ली जाती है, या अर्ध-चेतन अवस्था पैदा करने वाले अन्य तरीकों से
	जोखिम	- बेहोशी की स्थिति, सांस लेने में तकलीफ - सामान्य संज्ञाहरण में परिवर्तन की आवश्यकता हो सकती है
☐ एनेस्थीसिया स्टैंडबाय (बेहोश करने की क्रिया के साथ)	लाभ	महत्वपूर्ण संकेतों का मापन, आगे के हस्तक्षेप के लिए एनेस्थीसिया प्रदाता की उपलब्धता, कोई बेहोश करने की क्रिया नहीं
	तकनीक	लागू नहीं
	जोखिम	चिंता और/या बेचैनी।
☐ मध्यम/गहरी/प्रक्रियात्मक बेहोश करने की क्रिया	लाभ	- दर्द और रोगी की चिंता को कम करना या समाप्त करना - रोगी सामान्य रूप से सांस ले सकता है और मध्यम बेहोश करने की क्रिया के दौरान मौखिक आदेशों का जवाब दे सकता है - महत्वपूर्ण संकेतों की निगरानी
	तकनीक	रक्तप्रवाह में इंजेक्ट की गई दवा एक शामक अवस्था पैदा करती है
	जोखिम	- उदास श्वास - निश्चितक में रूपांतरण

2. लाभ, बेहोश करने की क्रिया या एनेस्थीसिया का उपयोग करने की तकनीक, विकल्प और जोखिम मुझे मेरी भाषा में समझाया गया है।
3. मैं समझता हूँ कि शायद ही कभी अप्रत्याशित जटिलताएं हो सकती हैं। ऐसी स्थिति में एनेस्थीसिया टीम एनेस्थीसिया के प्रकार को बदल सकती है या मेरी सर्वोत्तम रुचि को ध्यान में रखते हुए उपयुक्त कदम उठा सकती है और मैं इसके लिए अपनी सहमति देता हूँ।
4. मुझे सूचित किया गया है कि बेहोश करने की क्रिया के दौरान संभावित जटिलताएं हो सकती हैं और कभी-कभी प्रक्रिया के दौरान एनेस्थीसियोलॉजिस्ट समर्थन के साथ गहरी बेहोश करने की क्रिया और संज्ञाहरण की आवश्यकता हो सकती है और मैं इस समर्थन से सहमत हूँ।
5. प्रक्रिया के दौरान, मैं निगरानी लाइनों के सम्मिलन / उपयोग के लिए सहमत हूँ - इनवेसिव / गैर-इनवेसिव, एंडोस्कोप का उपयोग और एनेस्थीसिया और निगरानी के सुरक्षित संचालन के प्रयोजनों के लिए कोई अन्य प्रक्रिया।
6. मैं सहमत हूँ कि प्रक्रिया के दौरान, जैसा आवश्यक समझा जाए, मुझे रक्त या रक्त उत्पादों का आधान किया जा सकता है।
7. मैं प्रक्रिया की फोटोग्राफी / वीडियो रिकॉर्डिंग के लिए सहमति देता हूँ, जिसे केवल शैक्षणिक उद्देश्य के लिए देखा जा सकता है, बशर्ते कि पहचान पर्याप्त रूप से सुरक्षित हो। मैं मेडिकल रिकॉर्ड से पेशेवर और / या अन्य जानकारी जारी करने के लिए अपनी सहमति देता हूँ जैसा कि अस्पताल के नियमों और नीतियों के अनुसार आवश्यक समझा जाता है।
8. मुझे / मेरे रिश्तेदारों को पोस्ट ऑपरेटिव एनाल्जेसिया के तौर-तरीकों के बारे में शिक्षित किया गया है।
9. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मुझे प्रश्न पूछने का अवसर मिला था और उन्होंने मुझे मेरी संतुष्टि के लिए समझाया है।

रोगी का पूरा नाम _____ हस्ताक्षर _____ दिनांक और समय _____

एनेस्थेतिस्ट या सेडेटिंग फिजिशियन का नाम _____ हस्ताक्षर _____ दिनांक और समय _____

परिचारक की सहमति (यदि लागू हो)

यदि रोगी सहमति देने में असमर्थ है, तो कारण बताएं

(मामूली / बेहोश / बेहोश करने की क्रिया / अक्षमता, अन्य कृपया निर्दिष्ट करें)

परिचारक का नाम _____ रोगी से संबंध _____

हस्ताक्षर _____ दिनांक: _____ समय: _____

दुभाषिया का विवरण (जहां उपयुक्त हो)

मैंने ऊपर दी गई जानकारी के साथ-साथ डॉक्टरों द्वारा, रोगी और/या उसके/उसके परिचारक को प्रदान की गई चर्चाओं/स्पष्टीकरणों के साथ विस्तृत रूप से समझाया है और मुझे विश्वास है कि वह/वे समझ सकते हैं और रोगी और/या उसका/ उसके परिचारक ने मुझे सूचित किया है कि वे उपरोक्त जानकारी को पूरी तरह से समझ गए हैं।

दुभाषिया का नाम _____ हस्ताक्षर _____ दिनांक और समय _____

उच्च जोखिम सहमति

यह मुझे समझाया गया है और मैंने स्वीकार किया है कि निम्नलिखित समस्याओं के कारण सर्जरी/एनेस्थीसिया के दौरान और बाद में रोगी के लिए जोखिम उच्च/बहुत अधिक है और उनके निहितार्थों को मुझे विस्तार से समझाया गया है।

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

रोगी का पूरा नाम _____ हस्ताक्षर _____ दिनांक और समय _____

एनेस्थेतिस्ट का नाम _____ हस्ताक्षर _____ दिनांक और समय _____

परिचारक की सहमति का कारण (जहां लागू हो)

(मामूली / बेहोश / बेहोश करने की क्रिया / अक्षमता, अन्य कृपया निर्दिष्ट करें)

परिचारक का नाम _____ रोगी से संबंध _____

हस्ताक्षर _____ दिनांक _____ समय _____

To be filled in by Anaesthetist

Patient Name :

IP No.....UHID No.....Age/Sex.....

Procedure

Diagnosis

Anesthesia Planned :

LINES		Size / Type		Site	
IV1		G			
IV2		G			
Art1		G			
Art2		G			
CVP		Fr			
PAC		Fr			
ADDITIONAL EQUIPMENT					
☐ NG Tube ☐ Urinary Catheter ☐ Rapid Fluid Infusor ☐ Other :			☐ Heating Humidifier ☐ Warming Blanket ☐ Warming Mattress ☐ SCD		
POSITION		L		ARMS	
☐ Supine ☐ Lithotomy ☐ Prone ☐ Lateral : L / R ☐ Other :		☐ At Side ☐ Armboard		R ☐	
		EYES			
		☐ Tape / Tegaderm ☐ Eye Drops / Gauze			
INTUBATION					
☐ Asleep ☐ Direct ☐ Oral ☐ Preoxygenate ☐ RSI / Cricoid Press ☐ Grade 1 2A 2B 3 4 ☐ Equal A/E		☐ Awake ☐ Blind ☐ Nasal L/R		☐ Fiberoptic ☐ In Situ ☐ Tracheostomy ☐ Difficult Airway ☐ Difficult Intubation ☐ Bougie / Stylet ☐ Pack : Out (: h)	
AIRWAY		Size		Size	
Mask				ETT : Cuff./Uncuff.	
Oral A/W				Preformed	
Nasal A/W				Armoured	
LMA/ Proseal				DLT	
Tracheostomy				Other	
BREATHING SYSTEM			VENTILATION		
☐ Circle ☐ Bain's ☐ T Piece (Modified) ☐ O2 MASK ☐ Nasal Prongs ☐ Other			☐ Spont/Assisted ☐ Vol / Press Controlled ☐ HFV / Jet Ventilation ☐ One Lung Ventilation ☐ Other Ventilator :		
SPECIAL TECHNIQUE					
☐ Inhalation Induction ☐ TIVA			☐ Induced Hypotension ☐ Other		
RA TECHNIQUE					
Site/Approach :				☐ EPID. ☐ SPINAL ☐ CSEA ☐ Nv. Block	
Needle / Gauge :					
No. of Attempts :					
Cath. in Situ: cm. Marking at Skin:					
Spinal Drug :					
Epidural Drug:					
Testdose					
Main dose					
Additive :					
Level of Sensory Block: Nerve Stimulator : Y / N					
Assessment : Complete / Partial / Failed					
Procedure Performed By :					
Comments :					

Anaesthesiologist	Signature (Min. One)
-------------------	----------------------

☐ I have carefully reviewed the Pre-Anesthetic Assessment and Laboratory Investigations.

☐ I have examined the patient and clearance is given to proceed with Anesthetic care.

Pre-Induction : (	h) BP	HR
-------------------	-------	----

Anes. Planned

☐ GA/Spinal/CSE

LA / RA

☐ Monitored Care

Procedures Discussed

1.

2.

3.

Time																				pH							
N2O / O2 / Air LPM																				pCO2							
Agent ET%																				pO2							
PREMEDICATIONS																				Na							
INDUCTION																				K							
THIO / PROPOFOL / ETOMIDATE																				Hct							
FENTANYL																				BE							
☐ SCOLINE RELAXANT : ☐ ATRACURIUM ☐ VECURONIUM																				ANTIBIOTIC		Time	Dose				
ANTIBIOTIC																											
NOREPHI																											
EP																											
NTG																											
DOBUTAMINE																											
MILRINONE																											
TIME : →																											
TOF :																											
Temp 1 N / O / R / S																											
Temp2 N / O / R / S																											
ECG : II / V5																											
HR •																											
NIBP / Art Press :																											
LA / RA / LL / RL																											
v Systolic																											
x Mean																											
^ Diastolic																											
PAP																											
CVP																											
EVENTS →																											
FiO2																											
SpO2																											
PECO2																											
Airway Press																											
Resp Rate																											
Tidal Vol.																											
Tourniquet ml																											
IV Fluids (1) ml																											
Blood																											
Blood Loss ml																											
Urine Output ml																											
Signature																				Time and Date							

Anes Start ↑ Surgery Start ● Surgery End ⊗ Anes End ↑

RECOVERY ROOM CHART

TYPE OF ANESTHESIA:

[illegible]

Time :

ALDRETE POST ANAESTHESIA SCORE

No.	TASK	TRANSFER IN		TRANSFER OUT		MEASURES
		TIME	SCORE	TIME	SCORE	
1	Able to move 4 extremities voluntarily / on command		2		2	Activity.
2	Able to move 2 extremities voluntarily / on command		1		1	
3	Unable to move extremities voluntarily / on command		0		0	
1	Able to breathe deeply and cough freely		2		2	Respiration.
2	Dyspnoea, limited breathing or tachypnoea.		1		1	
3	Apnoeic or on mechanical ventilation.		0		0	
1	Fully awake.		2		2	Consciousness
2	Arousable on calling.		1		1	
3	Not responding		0		0	
1	Able to maintain O2 saturation >92% on room air.		2		2	O2 saturation.
2	Needs O2 inhalation to maintain O2 saturation >		1		1	
3	90%					
4	O2 saturation <90% even with O2 supplement.		0		0	
1	Dry and clean		2		2	Dressing.
2	Wet but stationary or marked		1		1	
3	Severe pain requiring parenteral medications		0		0	
1	Pain Free		2		2	Pain.
2	Mild pain handled by oral medication		1		1	
3	Severe pain requiring parenteral medication		0		0	
1	Nauseated / NBM		1		1	Fasting.
2	Nausea and vomiting		0		0	
1	Has voided / Foley's		2		2	Urine Output
2	Unable to void but comfortable		1		1	
3	Unable to void and uncomfortable		0		0	
TOTAL SCORE						

Time patient discharged :

Time given post OP instruction sheet :

Vital sign at time of discharged :

Surgeon/Anesthetist approval for discharge :

Signature :

Date :

Time :

Recovery Nurse :

Signature :

Date :

Time :

IMPLANT DETAILS

Patient Name : _____

UHID / OP : _____

Surgery : _____

Surgeon : _____

Date : _____

Name of the company : _____

Sl. No.	Description	Qty.	Ref. No.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Disclaimer

The content of the E-mitra is intended to serve as a sample and guide for better understanding the NABH Entry Level Standards. It is not prescribed by NABH as the exclusive or only way to meet the standards. Healthcare organizations are encouraged to adapt and modify the materials according to their own scope of services and operational needs. NABH is not liable for any misinterpretations or errors resulting from the unmodified use of this material, or for any non-compliance during assessments that may arise because of such actions.

