

Patient St

BAH-00508297 IP5-00174723  
Baby Of SYEDA SAMEERA MEHEVISH  
21-05-2022 4 Y 0 M 14 D (F)  
Dr. NAMRATA KAMALAKAR RAO



### SURGERY DETAILS

Date : 4/6

Patient Name: B/o Syeda Sameera Date of Birth: 21/5/22 Age: .....

Gender: F Ward: P-OT UHID No: 00508297

Date of Surgery: 4/6  OT-1  OT-2  OT-3  OT-4  OBG OT-1  OBG OT-2

Name of the Surgery: DENTAL EXTRACTION

Time in : 9:35 AM

Time Out : 9:55 PM

	NAME	AMOUNT
1. Surgeon	DR NAMRATA	<del>NPRO0097X4</del>
2. Anaesthetist	Dr - Sanita	→ NPRO0097X4 → OPIPS1489
3. Assistant Surgeon		
4. OT Technician	Sirisha	
5. Circulating Nurse	Jyoti	
6. Assistant Nurse	Divya	

- Special Equipment:  Laparoscopy  Broncoscope  Harmonic  Morcelator  
 C-ARM  Cystoscopy  Versa Point  Liver Cusa  
 Neuro Cusa  Others .....

*Namrata*  
Signature of the Surgeon

*Jyoti*  
Signature of Circulating Nurse

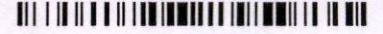
Order No: 9642423

Order by: *Divya*



### ADMISSION SHEET

#### Registration Details :



Admission No : IP5-00174723      Admit Date : 04-Jun-2026      Admit Time : 07:09 AM      UHID : BAH-00508297

#### Patient Details :

Patient Name : Baby Of SYEDA SAMEERA MEHEVISH      Age : 4 Y 0 M 14 D  
Guardian : MR.SYED BILAL AHMED KHATEEB      DOB : 21-05-2022  
Gender : Female      Religion :  
Occupation :      Martial Status : Single  
Address (H) : H NO. 8-1-92,MUNTANI COLONY Bidar Bidar      Phone No : 8431197859/ 9343384422  
Karnataka INDIA 585401      E-mail : www.khizerkhan420@gmail.com

#### Admission Details :

Bed Type : DAY CARE      Bed No : PRE OP 401      Ward Name : 4F-OT COMPLEX  
Room No : PRE OP 401      Admission Type : First Visit

#### Contact Details :

Name : MR.SYED BILAL AHMED KHATEEB      Relationship : Father  
Contact Address : H NO. 8-1-92,MUNTANI COLONY Bidar Bidar      Phone No : 8431197859 / 9343384422  
Karnataka INDIA 585401



Signature

#### Doctor Details :

Doctor Name : Dr. NAMRATA KAMALAKAR RAO      Specialisation : DENTAL  
KOTHAPALLI  
Referral Doctor : Self      Phone No :  
Co-Consultant :

#### Payment Details :

Payment Mode : Cash      Deposit Amount : 0.00  
Payor Name : SELFPAY

### ACTIVITY RECORD FOR BILLING

Name : \_\_\_\_\_

UHID No. : \_\_\_\_\_

Specialist : \_\_\_\_\_ Dept : \_\_\_\_\_

BAH-00508297 IP5-00174723  
Baby Of SYEDA SAMEERA MEHEVISH  
21-05-2022 4 Y 0 M 14 D (F)  
Dr. NAMRATA KAMALAKAR RAO



Date of Admission: \_\_\_\_\_ Date of Discharge : \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Room / Bed No : \_\_\_\_\_ Ward : \_\_\_\_\_ Suggested Billable bed type : \_\_\_\_\_

### WARD TRANSFERS

Date	Time	From	To	Signature of Nurse
02/06/26	7:30am	ER	OT	[Signature]
02/06/26		OT	Billing	[Signature]

### Cross Consultation Visit

	Doctors Name	Date	Order No.	Signature
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				







Pati



## PROGRESS NOTES AND DOCTOR'S ORDER

Date & Time	Progress Notes	Doctor's Order
4/6/22 <del>2022</del>	CBR only Doctor	
	D. Decayed teeth	① CBR on continuation
	Abst root stump - 52, 51, 61, 62 Abscess on 52, 62	② NBSM
	Dental caries - 54, 64, 65, 74, 75 84, 85	③ Shift to OT
	Dental Extractions (52, 51, 61, 62)	④ monitor with ⑤ EVF DMS.
	With stable	NBS Temp



## INFORMED CONSENT FOR SURGERY / PROCEDURE

Authorization By:  Patient  Patient Attendant

I, the undersigned do hereby agree to undergo the following surgery(s), Procedure(s) on patient / myself at Rainbow Children's Hospital. (Avoid technical terms and leave no blank space)

1. DENTAL EXTRACTIONS (LIV SEDATION)
2. \_\_\_\_\_

**I acknowledge the following:**

- I have been made aware of the benefits and reasons of the surgery / procedure as indicated by the clinical observations and / or diagnostics performed.
- The benefits and risks of this surgery / procedure have been explained to me. I have also been told about the alternatives available for this surgery / procedure including the advantages and disadvantages of the alternatives.

Benefits of the Surgery(s) / Procedure(s)	Alternatives of the Surgery(s) / Procedure(s)
<u>RELIEF OF PAIN AND INFECTION.</u>	—

- As with any procedure, I am aware that risks such as blood loss, infection, cardiac arrest, anesthetic allergic reactions, paralysis, Deep Vein thrombosis (DVT), Pulmonary thromboembolism (PTE) etc may arise necessitating attention. Therefore, in addition to consenting to the performance of the above-mentioned surgery/procedure(s), I also consent and authorize the rendering of such other care and treatment as patient/my surgeon or his / her designee reasonably believes necessary should one or more of these and or other unforeseeable events occur.

Apart from the listed above, I have also been explained about the possible complications of the surgery / procedure are as follows:

- a. NO COMPLICATIONS
- b. \_\_\_\_\_

- I authorize Dr. \_\_\_\_\_ and his / her team to perform the procedural sedation upon the patient / myself.
- I recognize that the practice of medicine is as much an art as a science and therefore acknowledge that no guarantees have been or can be made regarding the likelihood of success or outcomes.
- I acknowledge that I fully understand the above information. I have had the opportunity to ask questions, and they have been answered to my satisfaction in a language I understand. I affirm that this consent is given by me in my full senses.

**Patient / Patient Attendant:**  
 Signature: \_\_\_\_\_  
 Name: Syed Bilal A. K.  
 Relationship with patient: Father  
 Date & Time: 4/6/26 @ 9:21 AM

**Witness:**  
 Signature: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Date & Time: 4/6/26 @ 9:22 AM

**Doctor (who is taking consent):**  
 Signature: Namrata Name: DR NAMRATA KOTHAPALEI  
 Date: 04/06/26 Time: 9:17 AM

# శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ కు అనుమతి పత్రం

అనుమతి ఇచ్చినవారు:  రోగి  రోగి అటెండెంట్

నేను, దిగువ సంతకం చేసిన వ్యక్తి, రోగి/నా పైన రైన్ఫో చిల్డ్రెన్ హాస్పిటల్లో చేయబడబోయే క్రింది శస్త్రచికిత్స (లు) / ప్రాసీజర్ (ల) అంగీకరిస్తున్నాను. (టెక్నికల్ పదాలు వాడవద్దు మరియు ఖాళీ స్థలం వదిలివేయకండి)

- 1 .....
- 2 .....

నేను కింది విషయాలను అంగీకరిస్తున్నాను:

1. క్లినికల్ పరిశీలనలు మరియు/లేదా చేసిన పరీక్షల ఆధారంగా, ఈ శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ అవసరం మరియు ప్రయోజనాల గురించి నాకు వివరించబడింది.
2. ఈ శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ కు సంబంధించిన ప్రయోజనాలు మరియు ప్రమాదాలు నాకు స్పష్టంగా వివరించబడ్డాయి. ఈ శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ కు ఉన్న ప్రత్యామ్నాయాల గురించి, వాటి ప్రయోజనాలు మరియు నష్టాలు నాకు వివరించబడ్డాయి.

శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ ప్రయోజనాలు:	శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ ప్రత్యామ్నాయాలు

3. ఏదైనా శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ లోలాగానే, రక్తస్రావం, ఇన్ఫెక్షన్, గుండె ఆగిపోవడం, అనస్టీషియా వల్ల అలెర్జిక్, పక్షవాతం, డీప్ వెయిన్ థ్రాంబోసిస్ (DVT), పల్మనరీ థ్రోంబోఎంబోలిజం (PTE) వంటి ప్రమాదాలు సంభవించే అవకాశం ఉందని నాకు తెలుసు. అందువల్ల, పై శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ నేను ఇచ్చే అనుమతితో పాటు, పై పేర్కొన్న సమస్యలు లేదా అనుకోని పరిస్థితులు ఏర్పడినప్పుడు, రోగి/నా కోసం అవసరమని వైద్యుడు భావించే ఇతర చికిత్సలను చేయడానికి కూడా నేను అనుమతిస్తున్నాను.

అదనంగా, ఈ శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ వల్ల సంభవించగల ఇతర సమస్యలు కూడా నాకు వివరించబడ్డాయి:

- a. ....
- b. ....

4. డాక్టర్ \_\_\_\_\_ గారిని మరియు వారి బృందాన్ని, రోగి/నాపై ఈ శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ ను చేయడానికి నేను అనుమతిస్తున్నాను.
5. వైద్యం ఒక శాస్త్రం మాత్రమే కాక కళ కూడా అని నేను అంగీకరిస్తున్నాను. అందువల్ల, శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ ఫలితం గానీ, విజయావకాశం గానీ ఏ గ్యారంటీ ఇవ్వలేమని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
6. పై వివరాలన్నీ నాకు పూర్తిగా అర్థమయ్యాయి. నాకు సందేహాలు అడగడానికి అవకాశం ఇచ్చారు, మరియు అవస్థి నాకు అర్థమయ్యే భాష సమాధానం ఇచ్చారు. ఈ అనుమతిని నేను పూర్తి జ్ఞానస్థితిలో, స్వచ్ఛందంగా ఇస్తున్నానని ధృవీకరిస్తున్నాను.

రోగి / రోగి అటెండెంట్: \_\_\_\_\_ సాక్షి: \_\_\_\_\_  
 సంతకం: ..... సంతకం: .....  
 పేరు: ..... పేరు: .....  
 రోగితో సంబంధం: ..... తేదీ & సమయం: .....  
 తేదీ & సమయం: .....

డాక్టర్ : \_\_\_\_\_  
 సంతకం: ..... పేరు: ..... తేదీ & సమయం: .....

BAH-00508297 IP5-00174723  
Baby Of SYEDA SAMEERA MEHEVISH  
21-05-2022 4 Y 0 M 14 D (F)  
Dr. NAMRATA KAMALAKAR RAO

Rainbow  
Children's  
Hospital  
It takes a lot to treat the little.

BirthRight™  
BY RAINBOW HOSPITALS  
Your Right to a Safe Delivery

Patient Stn



## OPERATION THEATER NOTES

Patient's Name : ..... Age : ..... Gender :  Male  Female

UHID No.: ..... Weight : ..... Height : .....

Surgeon : Asst. Surgeon :

Anesthetist : OT Nurse: OT Technician:

Pre-Operative Diagnosis:

Surgical Procedure :  
**DENTAL EXTRACTION**

Indications for Surgery :  
**DENTAL CARRIES**

Date : Start Time : End Time :

Pre Operative Preparations:

Post Operative Diagnosis:

Peri-Operative Complications:

Operation Notes: **Ⓡ IV SEDATION -**

**1. EXTRACTIONS DONE OF 52, 51, 61, 62 .**

**2. SDF [SILVER DIAMINE FLUORIDE] APPLICATION ON 54, 64, 74, 75, 85 .**

**SOFT FOOD FOR 3 DAYS  
GENTLE BRUSHING FOR 3 DAYS .**

**REVIEW AFTER 3 DAYS .**

Rx

symp **IBUGESIC (5ml)** x 3 days.  
(1 — 1 — 1)

Amount of Blood Loss:

Blood Transfused (in ML)

Name and Number of Surgical Specimen sent for examination:

Peri-Operative Complications:

Name of the Surgeon: DR NAMRATA K

Signature of the Surgeon: Namrata

Date & Time: 04/06/26 9:55 AM

Patient Sticker

BAH-00508297 IP5-00174723  
Baby Of SYEDA SAMEERA MEHEVISH  
21-05-2022 4 Y 0 M 14 D (F)  
Dr. NAMRATA KAMALAKAR RAO



## POST-SURGICAL CARE PLAN FORM

Procedure Done: EXTRACTIONS

Post-Surgical Diagnosis: .....

Post-Operative Monitoring Parameters /Frequency:

Wound Care:

BLEEDING EVERY 15 MINS.

Drain /Special Lines/Catheters:

Special Patient Positioning and Requirements:

Nutritional Instructions:

When to Start Mobilization:

Special Referrals:

The new order for all required medications documented in the doctor order/medication sheet:

Yes  No

Any Other Post-Operative Care Needed including Required Follow Up

Namrata  
Treating Surgeon  
(Signature & Stamp)

Date: 04/06/26 Time: 9:55 AM

Note: Plan of care will be readjusted if necessary.

BAH-00508297 IP5-00174723  
 Baby Of SYEDA SAMEERA MEHEVISH  
 21-05-2022 4 Y 0 M 14 D (F)  
 Dr. NAMRATA KAMALAKAR RAO



# DRUG CHART

Date of Admission: 4/6/26 Drug Allergies: .....  Not known any Drug Allergies

## FOR THE SAFETY OF THE PATIENT

- GENERAL** - Ensure that all patient details are entered above. ONLY A DOCTOR SHALL WRITE MEDICATION ORDERS.
- DOCTOR** - Please use only approved abbreviations (refer to Hospital's approved list of abbreviations).  
 - Use approved pharmaceutical names, BLOCK LETTERS, metric dosage. English instructions.  
 - Any changes in drug therapy must be ordered by a NEW PRESCRIPTION. Do not alter existing instructions.  
 - Discontinue a drug by drawing a line **I** through it and a similar line through subsequent recording panels.  
 - The date and time of stopping the drug along with the doctors name and sign must be mentioned.  
 - Only one chart should be in use at any one time. When the chart is full, a new supplement can be kept within this drug sheet folder.
- NURSES** - Nurses must follow strictly the FIVE RIGHTS before administration of medication.  
 1) Right Patient 2) Right Drug 3) Right Dosage 4) Right Route 5) Right Time  
 - AVOID TAKING VERBAL ORDERS. NO VERBAL ORDERS FOR HIGH RISK/HIGH ALERT MEDICINES (EXCEPT FIRST DOSE OF EPINEPHRINE DURING CPR). Follow Hospitals's Verbal Order Policy.

## SOS / PRN (As Required Medication)

<b>DRUG :</b>				Date Time																
Dose	Route	Frequency	Start Date																	
Doctor's Signature		Valid Period	Pharm.																	
Additional Instructions:																				

<b>DRUG :</b>				Date Time																	
Dose	Route	Frequency	Start Date																		
Doctor's Signature		Valid Period	Pharm.																		
Additional Instructions:																					

<b>DRUG :</b>				Date Time																	
Dose	Route	Frequency	Start Date																		
Doctor's Signature		Valid Period	Pharm.																		
Additional Instructions:																					

VERIFIED BY : Name ..... Signat







BAH-00508297 IP5-00174723  
 Baby Of SYEDA SAMEERA MEHEVISH  
 21-05-2022 4 Y 0 M 14 D (F)  
 Dr. NAMRATA KAMALAKAR RAO



## MEDICATION RECONCILIATION FORM

Drug Allergies: .....  Not known any Drug Allergies

Medication Reconciliation will be done at the time of admission and also whenever there is change in the treating team or shifting from one unit to another unit.  
 (Example: at the time of admission shifting from ICU to Ward, or Ward to ICUs)

Shifting From: ER Shifted to: OT

S.No	MEDICATION NAME (GENERIC NAME CAPITAL LETTERS)	DOSE (mg, mcg)	ROUTE (PO, NG, SC, IV)	FREQUENCY	LAST DOSE Date / Time	ON ADMISSION / SHIFTING
1						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> DC
2						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> DC
3						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> DC
4						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> DC
5						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> DC
6						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> DC
7						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> DC
8						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> DC
9						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> DC
10						<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> DC

\* C - Continue, DC - Discontinue

**MEDICATION HISTORY RECORDED / VERIFIED BY**

Doctor Name & Signature: Dr. Karan S

Date & Time: 4/6/26

Nurse Name & Signature: Namrata

Date & Time: 4/6/26 @ 7:30 am

BAH-00508297 IP5-00174723  
Baby Of SYEDA SAMEERA MEHEVISH  
21-05-2022 4 Y 0 M 14 D (F)  
Dr. NAMRATA KAMALAKAR RAO



  
Rainbow<sup>®</sup>  
Children's  
Hospital  
It takes a lot to treat the little.

  
BirthRight<sup>™</sup>  
BY RAINBOW HOSPITALS  
Your Right to a Safe Delivery

## RESULT SHEET

Date	04/06/26				
Time	7:24am				
Hb	10.8				
PCV	35.8				
RBC	5.17				
WBC	12.69				
N/L	14/79				
Platelets	322				
CRP					
ESR					
PCT					
RBS					
Na					
K					
Cl					
Ca/Mg					
Phosphate					
Urea					
Creatinine					
ALP					
SGPT					
SGOT					
T.Bill/Conj					
T.Protein					
S.Albumin					
S.Globulin					
A/G Ratio					
Uric Acid					
S.Amylase					
Sr.Lipase					
Blood Lactate					
S.Cholesterol					
PT/INR					
APTT					
CSF Protein / Sugar					
Cells					
N/L					



BAH-00508297 IP5-00174723  
 Baby Of SYEDA SAMEERA MEHEVISH  
 21-05-2022 4 Y 0 M 14 D (F)  
 Dr. NAMRATA KAMALAKAR RAO



Pati



# FLUID CHART

Sheet No. : .....

- All measurements in ml.
- Add up each column separately. Make additions across the page to obtain 24 hrs. total of intake and output.

Date	Time	Nature of Fluid	Intake			Output					IV Site Thrombo-phlebitis Score	Sign. Nurse	
			Mouth	I.V	N.G	NG	Diarrhoea	Vomit	Drainage	Urine			
4/6	08:00 am												
	09:00 am												
	10:00 am	H <sub>2</sub> O											
	11:00 am	1clg											
	12:00 pm												
	01:00 pm												
<b>Total Intake :</b>						<b>Total Output :</b>							
	02:00 pm												
	03:00 pm												
	04:00 pm												
	05:00 pm												
	06:00 pm												
	07:00 pm												
<b>Total Intake :</b>						<b>Total Output :</b>							
	08:00 pm												
	09:00 pm												
	10:00 pm												
	11:00 pm												
	12:00 am												
	01:00 am												
<b>Total Intake :</b>						<b>Total Output :</b>							
	02:00 am												
	03:00 am												
	04:00 am												
	05:00 am												
	06:00 am												
	07:00 am												
<b>Total Intake :</b>						<b>Total Output :</b>							

**Total 24 hrs. Intake**

**Total 24 hrs. Output**

Patient Sticker

# FLUID CHART



Sheet No. : .....

1. All measurements in ml.
2. Add up each column separately. Make additions across the page to obtain 24 hrs. total of intake and output.
3. 24 hrs. total to be entered in the kardex in RED.

Date	Time	Nature of Fluid	Intake			Output					IV Site Thrombophlebitis Score	Sign. Nurse	
			Mouth	I.V	N.G	NG	Diarrhoea	Vomit	Drainage	Urine			
	08:00 am												
	09:00 am												
	10:00 am												
	11:00 am												
	12:00 pm												
	01:00 pm												
<b>Total Intake :</b>						<b>Total Output :</b>							
	02:00 pm												
	03:00 pm												
	04:00 pm												
	05:00 pm												
	06:00 pm												
	07:00 pm												
<b>Total Intake :</b>						<b>Total Output :</b>							
	08:00 pm												
	09:00 pm												
	10:00 pm												
	11:00 pm												
	12:00 am												
	01:00 am												
<b>Total Intake :</b>						<b>Total Output :</b>							
	02:00 am												
	03:00 am												
	04:00 am												
	05:00 am												
	06:00 am												
	07:00 am												
<b>Total Intake :</b>						<b>Total Output :</b>							
<b>Total 24 hrs. Intake</b>						<b>Total 24 hrs. Output</b>							



# CONSENT FOR ANAESTHESIA

Authorization By:  Patient  Patient Attendant

Operative Procedure: Dental Extractions

Anaesthesiologist: Dr. Shabana Surgeon: Dr. Namrata

## Please read this before you consent for Anaesthesia

General anaesthesia involves rendering a patient unconscious before an operation. This ensures the patient is not aware of events and does not feel pain during the operation. Drugs given through a vein and / or inhaled from an anaesthesia machine produce it. Regional anaesthesia involves using a local anaesthetic to numb a specific area of the body for surgery: Prolonged pain relief can be achieved by infusing weak solutions of local anaesthetics and narcotic drugs to particular parts of the body after surgery or injury, using catheters.

**Specific High Risk(s):** The doctors have explained to me the details of the high risk involved due to the following medical problems and I have sought necessary clarification on all my doubts.

- Heart Disease  Hypertension  Diabetes  Renal Failure  Multi Organ Failure  Hepatic Disorders  
 Shock  Obesity  Chronic Obstructive Pulmonary Disease  
 Others Desaturation, Laryngospasm, Bronchospasm

## Declaration by Patient Attendant

- I authorize and give consent for anaesthesia as considered appropriate by the anaesthesia team  
 Regional Anaesthesia  General Anaesthesia  Monitored Anaesthesia Care
- I understand that there are some infrequent complications that can occur due to use of anaesthesia, these include pain or some injury at the site of injections, temporary breathing difficulties, allergic reactions, headaches, variations in blood pressure, nausea and vomiting.
- I authorize the anaesthesia team to perform any additional procedures (for example, Central Venous Access, arterial line, use of suppositories and or nerve blocks for pain relief, changing from regional to general anaesthesia etc) which are considered necessary by them during the course of surgery.
- I also authorize and give consent to the team of doctors attending on me to administer blood products during the course of operative period and immediately thereafter if need arises.
- I acknowledge that the anaesthesiologist have informed me about the anaesthetic procedure, risk, benefits and alternative treatments.
- I acknowledge that I fully understand the above information. I have had the opportunity to ask questions, and they have been answered to my satisfaction in a language I understand. I affirm that this consent is given by me in my full senses.

Patient / Patient Attendant:

Signature: [Signature]

Name: Syed Bilal A. Khateeb

Relationship with patient: father

Date & Time: 3/6/2026 3:30 pm

Witness:

Signature: [Signature]

Name: Samara Mehevis

Date & Time: 3/6/2026 3:30 pm

Doctor (who is taking consent):

Signature: [Signature] Name: Dr. Shabana Date: 3/6/2026 Time: 3:30 pm

## అనస్థీషియా కోసం అనుమతి పత్రం

అనుమతి ఇచ్చినవారు:  రోగి  రోగి అటెండెంట్

శస్త్రచికిత్స: .....

అనస్థీషియా వైద్యుడు: ..... శస్త్రచికిత్స నిపుణుడు: .....

అనస్థీషియా కోసం మీ అనుమతి ఇవ్వడానికి ముందు దయచేసి ఇది చదవండి

సాధారణ అనస్థీషియా అనేది శస్త్రచికిత్స ముందు రోగిని పూర్తిగా అపస్మారక స్థితిలోకి తీసుకెళ్లే ప్రక్రియ. దీనితో రోగి శస్త్రచికిత్స సమయంలో ఏదీ తెలుసుకోడు, నొప్పి అనుభవించడు. దీనిని శిరస్థావం ద్వారా ఇచ్చే మందులతో లేదా అనస్థీషియా యంత్రం నుండి పీల్చే మందులతో అందిస్తారు.

రిజనల్ అనస్థీషియా అనేది శరీరంలోని ఒక ప్రత్యేక భాగాన్ని లోకల్ అనస్థీషియా నొప్పి రాకుండా చేయడం. శస్త్రచికిత్స లేదా గాయం తరువాత దీర్ఘకాలిక నొప్పి ఉపశమనం కోసం, కాథెటర్లు ఉపయోగించి వీక్ లోకల్ అనస్థీషియా లేదా నార్మోటిక్ మందులను నిరంతరం ఆ భాగానికి అందించవచ్చు.

స్పెసిఫిక్ హై రిస్క్స్:

క్రింద పేర్కొన్న వైద్య సమస్యల కారణంగా ఉండే అధిక ప్రమాదాల గురించి వైద్యులు నాకు వివరంగా చెప్పారు. నాకు ఉన్న సందేహాలను నేను అడిగాను మరియు అది నివృత్తి చేయబడ్డాయి.

హృదయ వ్యాధి  రక్తపోటు  మధుమేహం  మూత్రపిండాల వైఫల్యం  బహుళ అవయవ వైఫల్యం

కాలేయ సమస్యలు  షాక్  ఊబకాయం  దీర్ఘకాల శ్వాసకోశ వ్యాధి (COPD)

ఇతరవి: .....

రోగి / రోగి అటెండెంట్

- అనస్థీషియా బృందం అవసరమని భావించిన విధంగా నాకు అనస్థీషియా ఇవ్వడానికి నేను అనుమతి ఇస్తున్నాను.  
 రిజనల్ అనస్థీషియా  జనరల్ అనస్థీషియా  మానిటర్డ్ అనస్థీషియా కేర్
- అనస్థీషియా ఉపయోగంలో అప్పుడప్పుడూ జరిగే కొన్ని అరుదైన సమస్యలు ఉండవచ్చు అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. వీటిలో ఇంజెక్షన్ ఇచ్చిన చోట నొప్పి లేదా స్వల్ప గాయం, తాత్కాలిక శ్వాస ఇబ్బందులు, అలెర్జిక్ ప్రతిచర్యలు, తలనొప్పి, రక్తపోటు మార్పులు, వాంతులు మరియు అసహనం వంటి సమస్యలు ఉండవచ్చు.
- శస్త్రచికిత్స సమయంలో అవసరం అనిపిస్తే, అదనపు చర్యలు (ఉదాహరణకు సింట్రిల్ వెనెస్ యాక్సెస్, ఆర్థిరియల్ లైన్, సపోజిటలీలు, నొప్పి నివారణ కోసం నర్వ్ బ్లాకులు, రిజనల్ అనస్థీషియా నుండి జనరల్ అనస్థీషియాకు మార్పు మొదలైనవి) చేయడానికి అనస్థీషియా బృందానికి నేను అనుమతి ఇస్తున్నాను.
- శస్త్రచికిత్స సమయంలో మరియు వెంటనే అనంతరం, అవసరమైతే రక్త పదార్థాలు (Blood products) ఇవ్వడానికి నా చికిత్సలో ఉన్న వైద్యుల బృందానికి కూడా నేను అనుమతి ఇస్తున్నాను.
- అనస్థీషియా విధానం, ప్రమాదాలు, ప్రయోజనాలు మరియు ప్రత్యామ్నాయ చికిత్సల గురించి అనస్థీషియా వైద్యులు నాకు వివరించినట్లు నేను అంగీకరిస్తున్నాను.
- పై సమాచారం అంతా నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను. నాకు ప్రశ్నలు అడిగే అవకాశం లభించింది, మరియు నాకు అర్థమయ్యే భాషలో వాటికి సమాధానాలు ఇచ్చారు. ఈ అనుమతి నేను పూర్తిగా స్వచ్ఛమైన భావాలతో, స్వయంగా ఇస్తున్నానని ధృవీకరిస్తున్నాను.

రోగి / రోగి అటెండెంట్:

సంతకం: .....

పేరు: .....

రోగి కోసం సంబంధం: .....

సాక్షి:

సంతకం: .....

పేరు: .....

తేదీ & సమయం: .....

తేదీ & సమయం: .....

Department of Anaesthesiology  
**PRE-ANAESTHETIC EVALUATION**



BAH-00508297 IP5-00174723  
 Baby Of SYEDA SAMEERA MEHEVISH  
 21-05-2022 4 Y 0 M 14 D (F)  
 Dr. NAMRATA KAMALAKAR RAO



Name: Blg Syeda sameera Age: 3y Sex: Female UHID.No: BAH 00508297  
 Date: 3/6/2020 Time: 3:25pm Proposed Operation: Dental extraction + sedation  
 Diagnosis: Delayed teeth  
 B.P / CRT: ..... H.R: ..... Weight: 12kg ASA Physical Status:  1  2  3  4  5

**Laboratory Data:**

Hgb: .....	Glucose: .....	Protein: .....	HIV: .....	X-Ray: .....
PCV: .....	Urea: .....	Alb: .....	HBS Ag: .....	ECG: .....
WBC: .....	Creat: .....	Total Bill: .....	HCV: .....	2D Echo: .....
Plate: .....	Na: .....	Dir. Bill: .....	Blood group: .....	Stress/Anglo: .....
PT: .....	K: .....	LDH: .....	T3: .....	Other: .....
PTT: .....	Ca++: .....	Alk phos: .....	T4: .....	
INR: .....	Mg++: .....	Amylase: .....	TSH: .....	
	Cl-: .....	SGOT/SGPT: .....		

Allergies: nil

Medical History: CVS: - Preterm / NVD / 10kg / on O2 support - 3-4ds  
7 months  
 RESP: Diabetes: - No developmental delay  
 CNS: nil significant  
 Renal: Physical Activity: active, eating well.  
 Hepatic / GE: Others: -

Past Anaesthetic History: (-)

Physical Exam: No obvious facial anomaly  
 Airway: MP 1 2 3 4 Mouth Opening: ..... Mentohyoid Distance: ..... Neck: ..... Teeth: many for M (1)  
 Lungs: chest clear  
 Heart: S1, S2  
 CNS: GCS - full

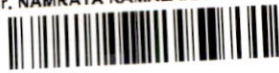
Pregnant:  Yes  No  NA Venous Access Site: ..... Spine Exam for regional: .....  
 Anaesthetic Plan:  MAC  REGIONAL  GA-ETT  LMA  
 Peri-Operative Plan Explained to the Patient:  Yes  No

CURRENT MEDICATIONS	DOSAGE

**Pre-Operative Instructions:**  
 1. DVT Prophylaxis :  
 2. NIL ORAL  $\left\{ \begin{array}{l} \text{Water / ORS 2 Hours} \\ \text{Others 6 Hours} \end{array} \right.$   
 3. Informed Consent:  Standard  High Risk  
 4. Post Operative Pain Management:  Discussed with Patient  
 5. Other Instructions:  
(6) ... (CBP)

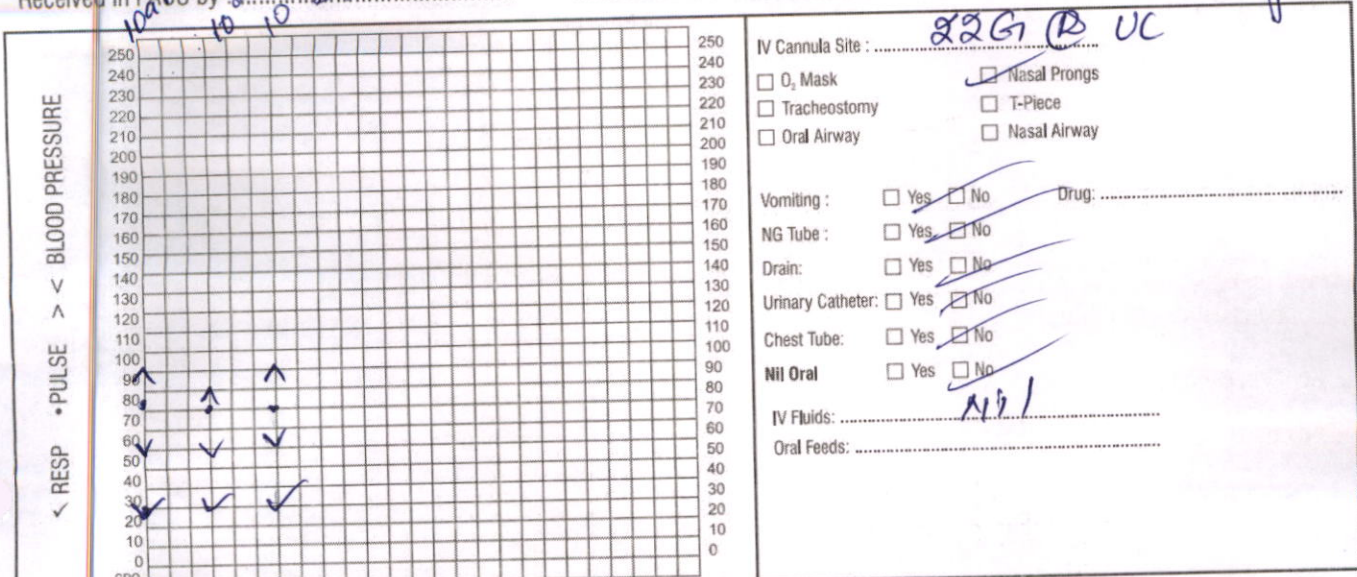
Signature: [Signature] Name: Dr. Shalini





POST-ANAESTHESIA CARE UNIT RECORD

Received in PACU by Dr. Divya Time Received : 10am Time Discharged : 12:30pm



IV Cannula Site : 22G @ UC  
 O<sub>2</sub> Mask  Nasal Prongs  
 Tracheostomy  T-Piece  
 Oral Airway  Nasal Airway  
 Vomiting :  Yes  No Drug :  
 NG Tube :  Yes  No  
 Drain :  Yes  No  
 Urinary Catheter :  Yes  No  
 Chest Tube :  Yes  No  
 Nil Oral  Yes  No  
 IV Fluids : Nil  
 Oral Feeds :

POST ANAESTHESIA SCORE (Modified Aldrete Score)	IN	MINUTES			OUT	SCORING INTERPRETATION
		30	60	90		
Able to move 4 extremities voluntary or on command = 2 Able to move 2 extremities voluntary or on command = 1 Able to move 0 extremities voluntary or on command = 0	ACTIVITY	0	0	1	2	A Minimum Total Score of 8 is Required for Discharge  Exceptions to this, are to be explained in the space below by the Discharging Physician:
Able to deep breathe & cough freely = 2 Dyspnea or limited breathing = 1 Apneic = 0	RESPIRATION	2	2	2	2	
BP ± 20 of Pre Anaesthetic level = 2 BP ± 20-50 of Pre Anaesthetic level = 1 BP ± 50 of Pre Anaesthetic level = 0	CIRCULATION	2	2	2	2	
Fully awake = 2 Arousable on calling = 1 Not responding = 0	CONSCIOUSNESS	0	1	2	2	
Pink = 2 Pale, dusky, blotchy, jaundiced, other = 1 Cyanotic = 0	COLOR	2	2	2	2	
TOTAL		6	1	9	10	

PAIN ASSESSMENT AND MANAGEMENT FORM

Date	Time	Pain Score	Intervention	Signature
3/6/2022	10:00am	1/10	←	Dr. Divya

Pain Tool Used:  N PASS  FLACC  Wong Baker  NPS

- Reassessment Frequency:
- Every eight hours for all hospitalized patients.
  - For post surgical patient, patient with chronic pain, patient with severe pain
    - Every 2 hours for first 24 hours
    - After 24 hours every 4 hours
    - Prior to pain relieving intervention
    - With in 30-60 minutes after pain relief intervention

Anaesthesiologist Name : Ravi

Anaesthesiologist Signature: Ravi

Date & Time: 04/6/2022

PACU Nurse Name : Deesha

PACU Nurse Signature: Deesha

Date & Time: 04/6/2022

Transferred to Unit by (PACU): Billie

Date & Time: 04/6/2022

