

BAH-00640869 IP5-00174048
 Baby INAYA KAUSAR
 01-12-2019 6 Y 5 M 19 D (F)
 Dr. SRINIVAS NAMINENI



SURGERY DETAILS

Date : 20/5

Patient Name: Baby Inaya Kausar Date of Birth: 1-12-19 Age: 6y

Gender: F Ward: P.OT UHID No: 00640869

Date of Surgery: 20/5 OT -1 OT -2 OT -3 OT -4 OBG OT-1 OBG OT-2

Name of the Surgery : Coblation Alkster Adenotomy

Time in : 10:00 AM

Time Out : 11:00 AM

	<u>NAME</u>	<u>AMOUNT</u>
1. Surgeon	<u>Dr Manica Gupta</u>
2. Anaesthetist	<u>DR. Mohan</u>
3. Assistant Surgeon
4. OT Technician	<u>Gowdhami</u>
5. Circulating Nurse	<u>Deepa</u>
6. Assistant Nurse	<u>Akhil</u>

Special Equipment: Laparoscopy Broncoscope Harmonic Morcelator
 C-ARM Cystoscopy Versa Point Liver Cusa
 Neuro Cusa Others coblator → 9617341

Signature of the Surgeon [Signature]

Signature of Circulating Nurse [Signature]

9617341

Order by: [Signature]



SURGERY DETAILS

Date : 20/5
 Patient Name: Baby Inaya Kausar Date of Birth: 1-12-19 Age: 6y
 Gender: F Ward: P-OT UHID No.:
 Date of Surgery: 20/5 OT-1 OT-2 OT-3 OT-4 OBG OT-1 OBG OT-2
 Name of the Surgery: COMPREHENSIVE OFAR & HAD.

Time in : 9Am Time Out : 10:00Am

	NAME	AMOUNT
1. Surgeon	SRINIVAS.N.	D.R. II
2. Anaesthetist	Dr. mohan	
3. Assistant Surgeon	-	
4. OT Technician	Gandhami	
5. Circulating Nurse	Divy9	
6. Assistant Nurse	Akhil	

Special Equipment: Laparoscopy Broncoscope Harmonic Morcelator
 C-ARM Cystoscopy Versa Point Liver Cusa
 Neuro Cusa Others COULBERT 10000/- FOR CROWD

Signature of the Surgeon

Signature of Circulating Nurse

Order No: 96/7340 Order by: Jyothi

BAH - 00640869
 Patient Sticker
 Praya
 5031

A. A. Dental



CONSUMABLES OF OT

Circulating staff : Technician : Date : Time :

Anaesthesia Disposables	Qty		Surgical Disposables	Qty		Disposables (Baby Side)	Qty	
	Issued	Used		Issued	Used		Issued	Used
ET tube <i>PRF oval 4.5</i> <i>PRF Nasal 4.0</i>	141	151	Major Pack <i>Drape</i>	1	1	Inj Vit.K		
LMA <i>2, 2 1/2</i>	141	-	Sutures			Cord Clamp		
ECG leads : A (P) N	05	03				Suction Catheter		
HME filter : A (P) N	01	01				Feeding Tube		
Syringes : 10 cc	10	05				Vaccum Suction Set		
05 cc	10	05	Gloves			Surgical Gloves		
02 cc	10	05	<i>PRF 2 1/2 8</i>	<i>242</i>	<i>242</i>	Gauze Pack		
01 cc	05	-				Syringe 1ml / 2ml		
Cautery plate : A (P) N	01	-	Surgical blade			Surgical Blade # 20		
IV set	01	01	NG tube <i>6.00</i>	<i>242</i>	<i>242</i>	Koochies (S)		
RL	01	01	Cautery pencil			<i>MS 500ml</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
NS : 10ml / 100ml / 500ml / 1000ml	441	1	Koochies	1	1	<i>10cc</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
<i>minispiku</i>	01	01	Ointments					
<i>Vaccume set</i>	01	01	Suction Catheter					
Fentanyl	01	01	Cap, Mask	<i>5/5</i>	<i>5/5</i>			
Morphine			Gauze Pack <i>(2)</i>	<i>5</i>	<i>5</i>			
Ketamine			Mop Pack	1	1			
Propofol	02	02	Steristrip					
Rocuroium	01	01	Underpad	1	1	<i>Dex med (asw)</i>	<i>01</i>	<i>-</i>
Glycopyrolate	01	01	Draw sheet	1	1	<i>Soc + pmoline</i>	<i>141</i>	<i>-</i>
Myopyrolate <i>(Neo)</i>	<i>142</i>	<i>02</i>	Abgel					
Ondansetron	01	-	Foleys catheter					
Pencan 25g/ Spinal Needle 22			Urobag					
Bupivacaine 0.25%	01	-	Chest Drainage Catheter					
Bupivacaine 0.25%(Heavy)	01	-	Romodrain bag					
Antibiotics <i>boomg Augment</i>	01	01	Bandage					
<i>Or mask (p)</i>			Tegaderm					
Suppositories			loban					
Anamol : 80mg / 250mg / 170 mg			Double J Stent					
Supridol : 100mg			Vaccum Suction set	<i>2</i>	<i>2</i>			
Justin (12.5 mg / 25mg / 100mg)	<i>141</i>	<i>01</i>	Plastic Bed Sheet					
Tab. Misoprost : 200mg			Betadine Solution	1	1			
<i>Swabs 10/100cm</i>	<i>01</i>	<i>01</i>	Microshield	<i>1</i>	<i>1</i>			
<i>O-A (0,1)</i>	<i>141</i>	<i>-</i>	Cotton Balls	<i>0</i>	<i>0</i>			
<i>N.A (18, 22)</i>	<i>141</i>	<i>-</i>	Latex Gloves	<i>101</i>	<i>101</i>			
<i>gloves + Gauze</i>	<i>444</i>		Ramdione Scrub					
<i>Paraxa + Dexa</i>	<i>01</i>		Saral					

Surgeon : Anaesthesiologist : *97617512* Nurse : *[Signature]* OT Technician :
 Order No. : Ordered by :
 Doc. No. : RCH / FRM / GENERAL / 125



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. Coblation Assisted Adenotomylectomy
 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)

- 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. _____
 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: Mohammed Shabbaz Mahmood
 Relationship with patient: Father
 Date & Time: 20/5/26 - 9:00 am

Witness:
 Signature: _____
 Name: Senorija Nigile
 Date & Time: 20/5/26 - 9:05 am

Doctor (who is taking consent):
 Signature: _____ Name: Dr. Manish Gupta Date: 20/5/26 Time: 9:00 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(లు) చేయడానికి 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 సప్లాయి నాకు వివరించబడ్డాయి.

శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ ప్రయోజనాలు:	శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ ప్రత్యామ్నాయాలు

3. ఏదైనా శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ లోగానీ, 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 అవన్నీ నాకు అర్థమయ్యే భాష సమాధానం ఇచ్చారు. ఈ అనుమతిని నేను పూర్తి జ్ఞానస్థితిలో, స్వచ్ఛందంగా ఇస్తున్నానని ధృవీకరిస్తున్నాను.

రోగి / రోగి అటెండెంట్:

సంతకం:

పేరు:

రోగితో సంబంధం:

తేదీ & సమయం:

సాక్షి:

సంతకం:

పేరు:

తేదీ & సమయం:

డాక్టర్ :

సంతకం: పేరు: తేదీ & సమయం:

BAH-00640869 IP5-00174048
 Baby INAYA KAUSAR
 01-12-2019 6 Y 5 M 19 D (F)
 Dr. SRINIVAS NAMINENI

Patient St



BUNDLE CARE CHECKLIST TO PREVENT SURGICAL SITE INFECTION (SSI)

To Be Filled In By Assigned Nurse :

Date : 20/5

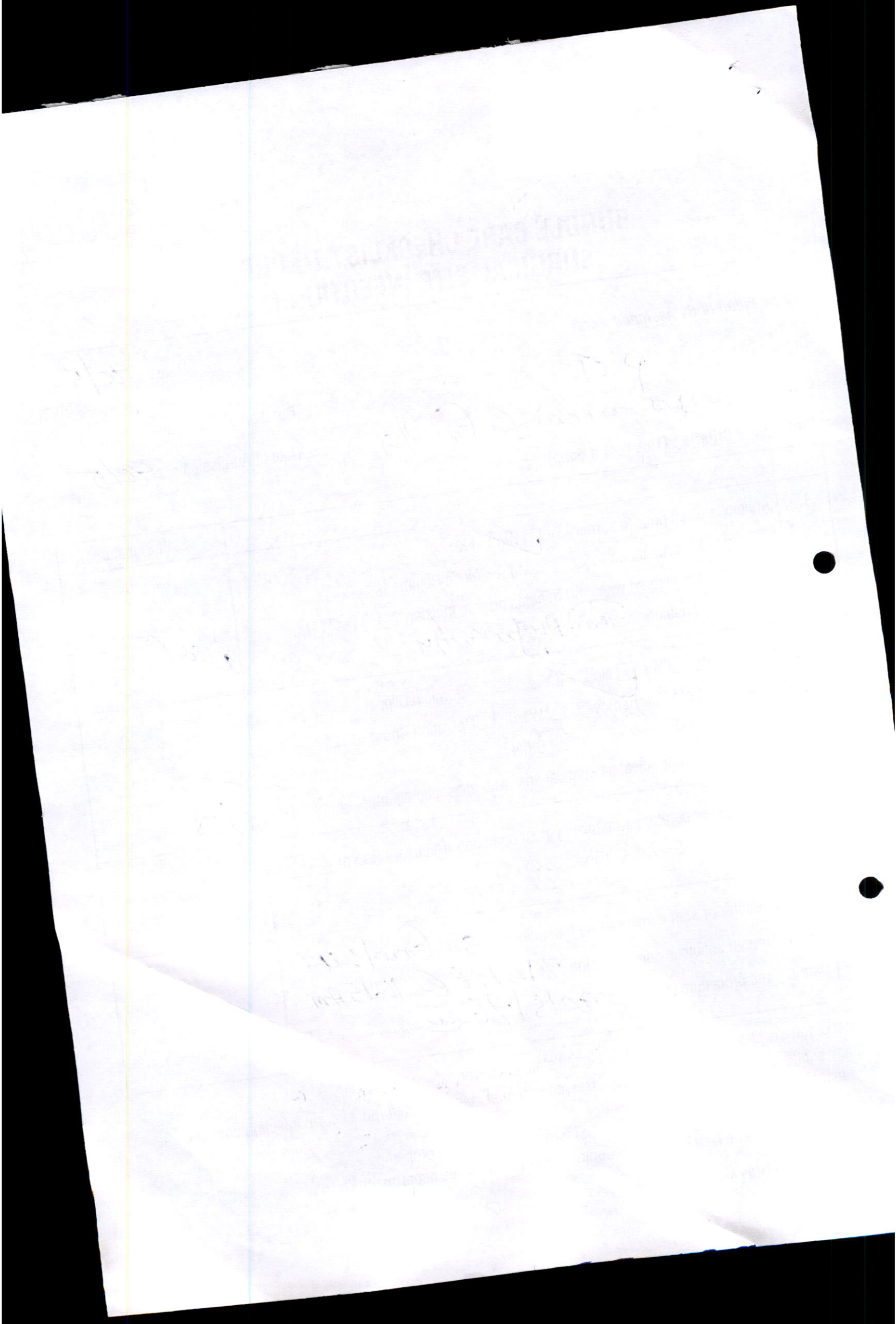
Department : P.O.T Duration of Procedure :

Name of Surgeon : Dr. Manish Gupta Date of Admission : 20/5

Bundle Care Criteria : (Tick (✓) if done)

		Staff Signature
1.	Antibiotic given prior to surgery ? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Single Dose Antibiotic or <input type="checkbox"/> Long Antibiotic Regime Antibiotic administered within 60 minutes prior to incision ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Name of the Antibiotic : Zin Augmentin	Durg
2.	Hair Removal <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No if Yes : Surgical Clipper Department where Hair Removed : <input type="checkbox"/> Ward <input type="checkbox"/> Operating Room <input type="checkbox"/> Other : Skin preparation done (cleanse surgical area with antiseptic agent)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Durg
3.	Patient's body temperature immediately post operation (Recovery Room) _____ °C <input type="checkbox"/> Oral Or <input type="checkbox"/> Axilla (Goal : 36-37 °C)	
4.	Name of doctor or staff administering the antibiotic : Dr. Gourhari Date & Time of antibiotic administration : 20/5/20 @ 10:15 Am Date & Time procedure started : 20/5/20 @	

- Ensure form is filled in completely by assigned staff whenever patient had surgery
- If any bundle care criteria has not been observed or unmet, assigned staff must inform infection control nurse for management
- All forms (Bundle care and when required SSI form) are completed properly
- Forms must always be kept in Infection Control folder in respective department



BAH-00640869 IP5-00174048
Baby INAYA KAUSAR
01-12-2019 6 Y 5 M 19 D (F)
Dr. SRINIVAS NAMINENI



OPERATION THEATER NOTES

Patient's Name : Age : Gender : Male Female

UHID No.: Weight : Height :

Surgeon : Dr. Manish Gupta Asst. Surgeon :

Anesthetist :

OT Nurse:

OT Technician:

Pre-Operative Diagnosis:

Surgical Procedure :

Coblation Anisole Adenotomy

Indications for Surgery :

Adenotomuli Hypertrophy

Date :

20/5/26

Start Time :

10:40 Am

End Time :

11:30 Am

Pre Operative Preparations:

NBM for 6 hrs

Post Operative Diagnosis:

Adenotomuli Hypertrophy

Peri-Operative Complications:

Operation Notes:

↓ GA c oral Endotracheal intubation

Coblation anisole Adenotomy done

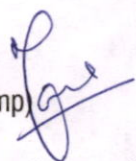
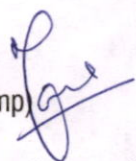
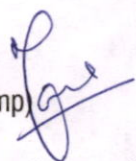
post-op Instructions

- ① OB all follow orders as advised by Anaesthetist
- ② Augmentin 400 mg BID for 7 days
- ③ Ibuprofen plus Syrup 5ml 3 times daily
- ④ Tas Laxol 30mg Befor Breakfast
- ⑤ Obtain - P. nasol done 2 days after nose surgery

BAH-00640869 IP5-00174048
 Baby INAYA KAUSAR (F)
 01-12-2019 6 Y 5 M 19 D
 Dr. SRINIVAS NAMINENI




POST-SURGICAL CARE PLAN FORM

Procedure Done: Post-Surgical Diagnosis:		
Post-Operative Monitoring Parameters /Frequency:		
Wound Care:		
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: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Any Other Post-Operative Care Needed including Required Follow Up		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"> Treating Surgeon (Signature & Stamp)  </td> <td style="width: 40%; text-align: right;"> Date: <u>20/5/20</u> Time: <u>12 P</u> </td> </tr> </table> <p>Note: Plan of care will be readjusted if necessary.</p>	Treating Surgeon (Signature & Stamp) 	Date: <u>20/5/20</u> Time: <u>12 P</u>
Treating Surgeon (Signature & Stamp) 	Date: <u>20/5/20</u> Time: <u>12 P</u>	

ADMISSION SHEET

Registration Details :



Admission No : IP5-00174048 Admit Date : 20-May-2026 Admit Time : 07:33 AM UHID : BAH-00640869

Patient Details :

Patient Name	: Baby INAYA KAUSAR	Age	: 6 Y 5 M 19 D
Guardian	: Mr MOHAMMED SHAHBAZ MAHMOOD	DOB	: 01-12-2019
Gender	: Female	Religion	:
Occupation	:	Martial Status	: Single
Address (H)	: #5-2-64/4/A JALALBAGH COLONY Sangareddy Medak Telangana INDIA 502001	Phone No	: 7036603737/ 9392566813
		E-mail	: nomailid@gmail.com

Admission Details :

Bed Type : DAY CARE Bed No : POST OP 410 Ward Name : 4F-OT COMPLEX
 Room No : POST OP 410 Admission Type : First Visit

Contact Details :

Name : Mr MOHAMMED SHAHBAZ MAHMOOD Relationship : Father
 Contact Address : #5-2-64/4/A JALALBAGH COLONY Phone No : 7036603737 / 9392566813
 Sangareddy Medak Telangana INDIA 502001



Signature

Doctor Details :

Doctor Name : Dr. SRINIVAS NAMINENI Specialisation : DENTAL
 Referral Doctor : Self Phone No :
 Co-Consultant : Dr. MANISH GUPTA

Payment Details :

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

ACTIVITY RECORD FOR BILLING

Name : _____

UHID No. : _____ IP _____
 BAH-00640869 IP5-00174048
 Baby INAYA KAUSAR
 01-12-2019 6 Y 5 M 19 D (F) ant: _____ Dept : _____
 Dr. SRINIVAS NAMINENI

Date of Admission: _____ Discharge : _____ Time: _____

Room / Bed No : _____ Ward : _____ Suggested Billable bed type : _____

WARD TRANSFERS

Date	Time	From	To	Signature of Nurse
20/12/26	8:02 AM	ER	OT	[Signature]

Cross Consultation Visit

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



Circulation

HR: 92/min

CFT Central <3 sec
 Peripheral

Any urgent interventions needed: Yes No

If Yes:

BP: 115/59 mmHg

Pulse Volume: Central <3 sec
 Peripheral

Murmurs: Yes No

Liver Span:

If in Shock: Compensated
 Hypotensive

ECG:

Any Signs of Heart Failure: Yes No

Muffled Heart Sound: Yes No

Engorged Neck Veins: Yes No



Disability

GCS: AVPU: Alert

Any urgent interventions needed: Yes No

If Yes:

Pupils: Responsive Non-Responsive
Size: Right
 Left

Active Seizures: Yes No Sugars:

Signs of Neurological compromise

Exposure



Temp.: 98.1°F

Any urgent interventions needed: Yes No

If Yes:

Any Rash: Yes No

If yes describe the rash

Active bleed

Lacerations Abrasions bruises

Describe:

Final Physiological Status: Respiratory Distress Respiratory Failure Respiratory Arrest
 Shock - Compensated Hypotensive
 Cardiopulmonary Arrest Hemodynamically Stable

Secondary Assessment: Head to toe examination with positive findings:

Labs Planned:

IV cannula - CVP

Treatment Planned:

- 1) NPO to continue
- 2) IV fluids
- 3) shift to OT on call

Noted by [Signature]

Need for Oxygen: Yes No if yes Low Flow High Flow PPV

Final Diagnosis with possible Differential Diagnosis (If necessary): Coblation assisted Adenotonsillectomy + Comprehensive oral Rehabilitation

Assessment done by
Name of the Doctor: Jayashri

Sr. Doctor on Duty (If necessary)
Name of the Sr. Doctor:

Signature: [Signature]

Signature:

Date & Time: 20/05/2020 7:30 AM

Date & Time:

BAH-00840869 IP5-00174048
 Baby INAYA KAUSAR
 01-12-2019 6 Y 6 M 19 D (F)
 Dr. SRINIVAS NAMINENI



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. COMPREHENSIVE ORAL REHAB
- 2.

I acknowledge the following:

1. I have been made aware of the benefits and reasons of the surgery / procedure as indicated by the clinical observations and / or diagnostics performed.
2. 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)
AVOID FUTURE INFECTIONS	NONE

3. 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. BLEEDING (MAXILLAE)
- b.

I authorize Dr. SRINIVAS N and his / her team to perform the procedural sedation upon the patient / myself.

2. 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.
3. 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: Mohammed Shabbir Mahmood
 Relationship with patient: father
 Date & Time: 20/5/26 @ 8:15 am

Witness:
 Signature: [Signature]
 Name: Teena
 Date & Time: 20/5/26 @ 8:15 am

Doctor (who is taking consent):
 Signature: [Signature] Name: SRINIVAS N Date: 20/5 Time: 8:15 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 (లు) చేయడానికి అంగీకరిస్తున్నాను. (టెక్నికల్ పదాలు వాడవద్దు మరియు ఖాళీ స్థలం వదిలివేయకండి)

1

2

నేను కింది విషయాలను అంగీకరిస్తున్నాను:

- క్లినికల్ పరిశీలనలు మరియు/లేదా చేసిన పరీక్షల ఆధారంగా, ఈ శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ అవసరం మరియు ప్రయోజనాల గురించి నాకు వివరించబడింది.
- 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

- ఏదైనా శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ లాగానే, రక్తస్రావం, ఇన్ఫెక్షన్, గుండె ఆగిపోవడం, అనస్థీషియా 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.
- వైద్యం ఒక శాస్త్రం మాత్రమే కాక కళ కూడా అని నేను అంగీకరిస్తున్నాను. అందువల్ల, శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ ఫలితం గానీ, విజయావకాశం గానీ ఏ గ్యారంటీ ఇవ్వలేమని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- పై వివరాలన్నీ నాకు పూర్తిగా అర్థమయ్యాయి. నాకు సందేహాలు అడగడానికి అవకాశం ఇచ్చారు, మరియు అవన్నీ నాకు అర్థమయ్యే భాష సమాధానం ఇచ్చారు. ఈ అనుమతిని నేను పూర్తి జ్ఞానస్థితిలో, స్వచ్ఛందంగా ఇస్తున్నానని ధృవీకరిస్తున్నాను.

రోగి / రోగి అటెండెంట్:

సంతకం:

పేరు:

రోగితో సంబంధం:

తేదీ & సమయం:

సాక్షి:

సంతకం:

పేరు:

తేదీ & సమయం:

డాక్టర్ :

సంతకం: పేరు: తేదీ & సమయం:

SURGICAL SAFETY CHECKLIST

Surgeon : Dr. Srinivas
 Asst. Surgeon :
 Anaesthetist :
 Scrub Nurse : Akhil

Patient Name : Boby Wayera Kausar Age : 64 Gender : F
 UHID No. : 00660869 Surgery Name : Simplex
 Date : 20/11 In-time : Out-time :

BAH-00640869 IP5-00174045
 Baby INAYA KAUSAR
 01-12-2019 6 Y 5 M 19 D (F)
 Dr. SRINIVAS NAMINENI


Before Induction of Anaesthesia >>

Before Skin Incision >>

Before Patient Leaves Operating Room

SIGN IN	Time: <u>8:40 AM</u>
Patient Has Confirmed	
Identity	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Site	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Procedure	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Consent	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Site Marked	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> NA
Anaesthesia Safety Check Completed	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Pulse Oximeter on Patient & Functioning	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does Patient have a:	
Known Allergy?	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Difficult Airway / Aspiration Risk?	
Yes, & Equipment / Assistance Available	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Risk of > 500ml Blood Loss (7ml/kg In Children)?	
Yes, and Adequate Intravenous Access and Fluids Planned	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
Blood Units Reserved	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> NA
Has Antibiotic Prophylaxis been given within the last 60 minutes?	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> NA
Signature : <u>[Signature]</u>	
Name : <u>Dr. S. Mohan</u>	

TIME OUT	Time: <u>9:16 AM</u>
Confirm all team members have introduced themselves by Name and Role <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Surgeon, Anaesthesia Professional and Nurse Verbally Confirm	
Correct Patient (Check ID Band)	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Correct Site	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Correct Procedure	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anticipated Critical Events	
Surgeon Reviews:	
What are the Critical or Unexpected Steps, Operative Duration, Anticipated Blood Loss?	<u>1hr 10ml</u> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
Anaesthesia Team Reviews:	
Are There Any Patient-specific Concerns?	<u>100%</u> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
Nursing Team Reviews:	
Has Sterility (including indicator results) Been Confirmed? are there Equipment issues or any Concerns?	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
Is Essential Imaging Displayed?	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
Power Supply, Earthing, Power Backup and functioning of equipment checked.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Signature : <u>[Signature]</u>	
Name : <u>Akhil</u>	

SIGN OUT	Time:
Nurse Verbally Confirms with the Team:	
The Name of the Procedure Recorded	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
That Instrument, Sponge and Needle Counts are Correct (or Not Applicable)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
The Specimen is Labelled (including patient name)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
Whether there are any Equipment Problems to be addressed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:	
What are the key concerns for recovery and management of this patient?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Signature : <u>[Signature]</u>	
Name : <u>SRINIVAS</u>	

BAH-00640869 IP5-00174048
Baby INAYA KAUSAR
01-12-2019 8 Y 6 M 19 D (F)
Dr. SRINIVAS NAMINENI



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 :
COMPREHENSIVE ORAL REHAB.

Indications for Surgery :
EARLY CHILDHOOD DENTAL CARIES

Date : Start Time : End Time :

Pre Operative Preparations:
.....
.....
.....
.....

Post Operative Diagnosis:

Peri-Operative Complications:
.....
.....
.....

Operation Notes:
- G-A WITH NTI
- RADIOGRAPHS BETTERED
- SS CROWN INSERTION
ON 84, 85, 54, 55, 64
- RESTORATIONS ON 62, 63, 52
- EXTRACTION OF 75 DONE

SOFT DIBO
GENTLE BRUSHING
- 3 DAY

Amount of Blood Loss:

Blood Transfused (in ML)

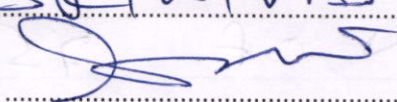
Name and Number of Surgical Specimen sent for examination:

Peri-Operative Complications:

Name of the Surgeon:

S. SIVAS. A

Signature of the Surgeon:



Date & Time:

BAH-00640869 IP5-00174048
Baby INAYA KAUSAR 6 Y 6 M 19 D (F)
01-12-2019
Dr. SRINIVAS NAMNENI



POST-SURGICAL CARE PLAN FORM

Procedure Done: <u>COOPER</u>
Post-Surgical Diagnosis:
Post-Operative Monitoring Parameters /Frequency: <u>CHECK BLEEDING EVERY 15 MIN</u>
Wound Care: <u>NA</u>
Drain /Special Lines/Catheters: <u>NA</u>
Special Patient Positioning and Requirements: <u>NA</u>
Nutritional Instructions: <u>NA</u>
When to Start Mobilization: <u>NA</u>
Special Referrals: <u>NA</u>
The new order for all required medications documented in the doctor order/medication sheet: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Any Other Post-Operative Care Needed including Required Follow Up
Treating Surgeon (Signature & Stamp) <u>[Signature]</u>
Date: <u>20/5</u> Time:
Note: Plan of care will be readjusted if necessary.

BAH-00640869 IP5-00174048
 Baby INAYA KAUSAR
 01-12-2019 6 Y 5 M 19 D (F)
 Dr. SRINIVAS NAMNENI



PROGRESS NOTES AND DOCTOR'S ORDER

Date & Time	Progress Notes	Doctor's Order
20/05/26	<u>Day Case Notes</u>	
7:30 AM	Δ: chronic Adenotonsillitis &	Dental caries
	now for Coblation Adenotonsillectomy	
	+ Comprehensive Oral Rehabilitation	
	O/E = child alert	<u>Plan</u>
	Resp } P/A } R CVS }	1) Continue NPO 2) IV Fluids 3) Shift to OT on call
	Vitals - stable	Noted by Lachet
		<u>Dr. Jayshu</u>



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 : Jayashri

Date & Time : 20/05/20 @ 8 AM

Nurse Name & Signature : Laxmi

Date & Time : 20/05/20 @ 8 AM

BAH-00640869
 Baby INAYA KAUSAR
 01-12-2019 8 Y 5 M 19 D (F)
 Dr. SRINIVAS NAMINENI



DRUG CHART

Date of Admission: 20/05/26 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)

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

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

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

Signature
Verified by Name



Date Time	Nurse Sig.		Nurse Sig.		Nurse Sig.		Nurse Sig.	
		Dose		Dose		Dose		Dose
	Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.	
Route	Start Date	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	
		Dr. Sign.	Dr. Sign.	Dr. Sign.	Dr. Sign.	Dr. Sign.	Dr. Sign.	
Name & Signature of the Doctor		Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	
		Dr. Sign.	Dr. Sign.	Dr. Sign.	Dr. Sign.	Dr. Sign.	Dr. Sign.	
Additional Instructions:		Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	
		Dr. Sign.	Dr. Sign.	Dr. Sign.	Dr. Sign.	Dr. Sign.	Dr. Sign.	

VARIABLE DOSE		Date Time	Nurse Sig.		Nurse Sig.		Nurse Sig.		Nurse Sig.	
DRUG :			Dose		Dose		Dose		Dose	
		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		
Route	Start Date	Dose		Dose		Dose		Dose		
		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		
Name & Signature of the Doctor		Dose		Dose		Dose		Dose		
		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		
Additional Instructions:		Dose		Dose		Dose		Dose		
		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		

STAT / ONCE ONLY DRUGS

Date	Time	Medication	Dosage & Other Instructions	Route	Signature	Nurses
20/5/2026	9:10AM	Inj-TRAMEXAMIC ACID	300mg	iv	S	
20/5/26	9:15AM	Inj-DEXAMETHASONE	2mg	iv	S	
20/5/26	10:15AM	Inj-PARACETAMOL	300mg	iv	S	
20/5/26	10:10AM	Inj-AMOXICILLIN	540mg	iv	S	

VERIFIED BY : Name

Signature

Department of Anaesthesiology
PRE-ANAESTHETIC EVALUATION



Name: Balay INAYA KAUSAR Age: 6x 15M Sex: FEMALE UHID.No: B.A.H. 00640869
 Date: 18/5/2026 Time: Proposed Operation: Coablation Assisted + tonsillectomy
 Diagnosis: S/O enlarged Adenoid + Dentures covers
 B.P / CRT: 92/56 H.R: 92bpm Weight: 18.2 ASA Physical Status: 1 2 3 4 5 Comprehension ORAL

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/Angio:
PT:	K:	LDH:	T3	Other:
PTT:	Ca++:	Alk phos:	T4	
INR:	Mg++:	Amylase:	TSH	
	Cl-:	SGOT/SGPT:		

Allergies: No known allergy

Medical History: CVS: —
 RESP: Mouth breathing — Diabetes: —
 CNS: — Comprehension ORAL
 Renal: — Rehab & GIB
 Hepatic / GE: — Physical Activity: —
 Others: —

Past Anaesthetic History: —

Physical Exam:

Airway: MP 1 2 3 4 Mouth Opening: Adult Mento-hyoid Distance: Ⓜ Neck: Ⓜ Teeth: Ⓜ
 Lungs: AETBE
 Heart: S1 S2
 CNS: NAD

Pregnant: Yes No NA Venous Access Site: LDL 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:

- DVT Prophylaxis:
- NIL ORAL Water / ORS 2 Hours COCONUT WATER
Others 6 Hours ISOLEN FOOD / WATER
- Informed Consent: Standard High Risk
- Post Operative Pain Management: Discussed with Patient
- Other Instructions:

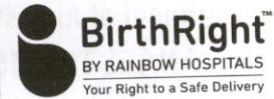
Signature: [Signature] Name: Dr. Arshad

CBC, IV cannulation

BAH-00640869
 Baby INAYA KAUSAR
 01-12-2019 6 Y 5 M 19 D (F)
 Dr. SRINIVAS NAMINENI

IPS-00174048

ANAESTHESIA CHART



Pre Induction Assessment:

Change in Patient Condition: Yes No Fasting Status: **CONFIRMED**

Physical Status: Patient Identified Consent Present Chart Reviewed

H.R: 86 bpm B.P/CRT: 105/74 SpO₂: 99% @ Room air R.R: 16 breaths/min Last Feed: 10pm

Pre-OP Diagnosis: Dental caries + Adenotonsillar hypertrophy Operation: Comprehensive oral rehabilitation + adenotonsillectomy Date: 20/5/2026

Surgeon: Dr. Srinivas Namineni Anaesthesiologist: Dr. S. Lakshmi Technician: Gautham

TIME	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00	8:15	8:30	8:45	9:00
N ₂ O (AIR) O ₂ LPM	11/1	→	→	→	→	→	→	→	→
HALO/ISO/SEVO	0.8/0.2	→	→	→	→	→	→	→	→
Drugs:	1ml MIDAZOLAM 0.1mg IV 1ml FENTANYL 3.5mcg IV + 10mcg IV 1ml PROPOFOL 40mg + 20mg IV + 20mg IV 1ml Rocuronium 10mg 1ml TRANEXAMIC ACID 300mg IV 1ml DEXAMETHASONE 2mg IV 1ml PARACETAMOL 300mg IV								
FiO ₂ /SaO ₂	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ETCO ₂	35	34	34	33	34	35	34	36	38
ECG	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Temperature	36.1	36.2	36.2	36.4	36.6	36.8	36.8	36.1	36.8
Urine Output									

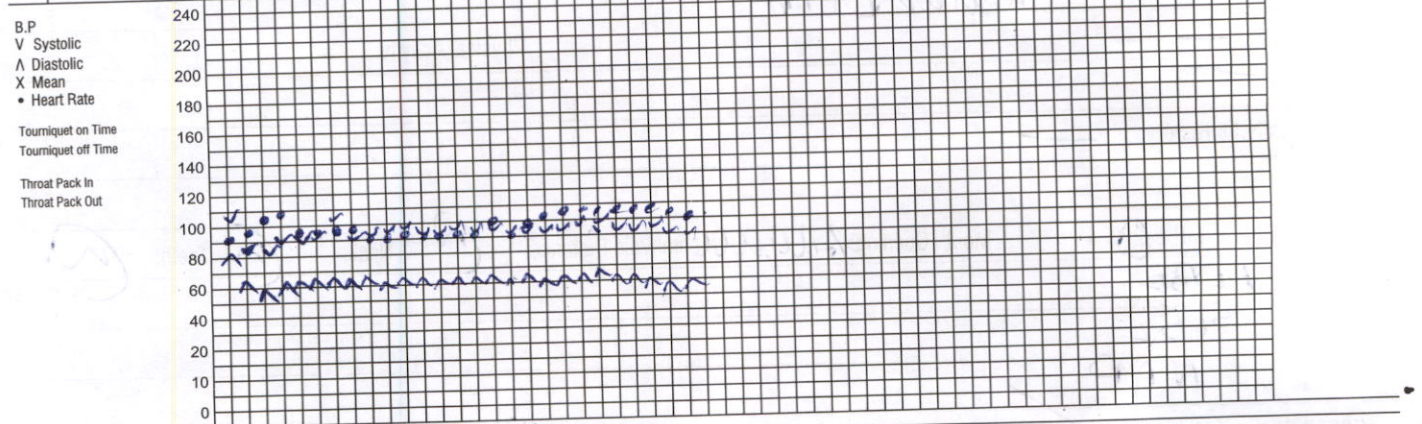
Antibiotic: **Augmentin 500mg**

Suppository: **500mg**

Blood Loss

NOTES

Fluids: **Ringer Lactate @ 180ml/hr**



LAB Values

ABG	
GRBS	
Others	

Equipment Checked and Functional

BP Cuff Site: **Right hand**

EKG Lead

Temp Site

FIO₂ Monitor

Agent Monitor

Pulse Oximeter

Capnograph

Ventilator

Nerve Stimulator

Position: **Supine**

Pressure Points Checked

Eye Care: Oint Tape Padding Awake

Temp: HME Fluid Warmer Cling Film OH Warmer Hugger's Cotton Wool Other

Times: Anaes Start: **9:00 AM** OP Start: **9:10 AM** OP End: **10:55 AM** Leave OR: **11:00 AM**

Anaesthesia: GA Monitored Anaesthesia Care Regional

Line (Size & Location): CVP ART IV: **Right hand 22G** IV: IV:

Induction: IV Inhal Pre O₂ RSI Others

Mask SGA Airway Oral Nasal ETT# **4** at **1** cm

Oral Nasal Cuff

Tracheostomy Topical

Drug: **Rocuronium**

Awake Direct Vision Video Laryngoscopy Stylette / Bougie Fiberoptic

Blade# **2** Attempts: **1**

Difficulty Why?

Bilat = BS Semi-Closed Circle Closed Circle Other

Regional: Extremity Specify: Spinal Epidural Caudal

Position: Site: Needle Size: Depth: Parasthesia Yes No Catheter at skin cm Drug Name & Conc: Bolus: Infusion: Block Level: Comments:

Transportation to PACU ICU Other Relaxant Reversed Yes No NA

Name of the Doctor: **Dr. S. Lakshmi**

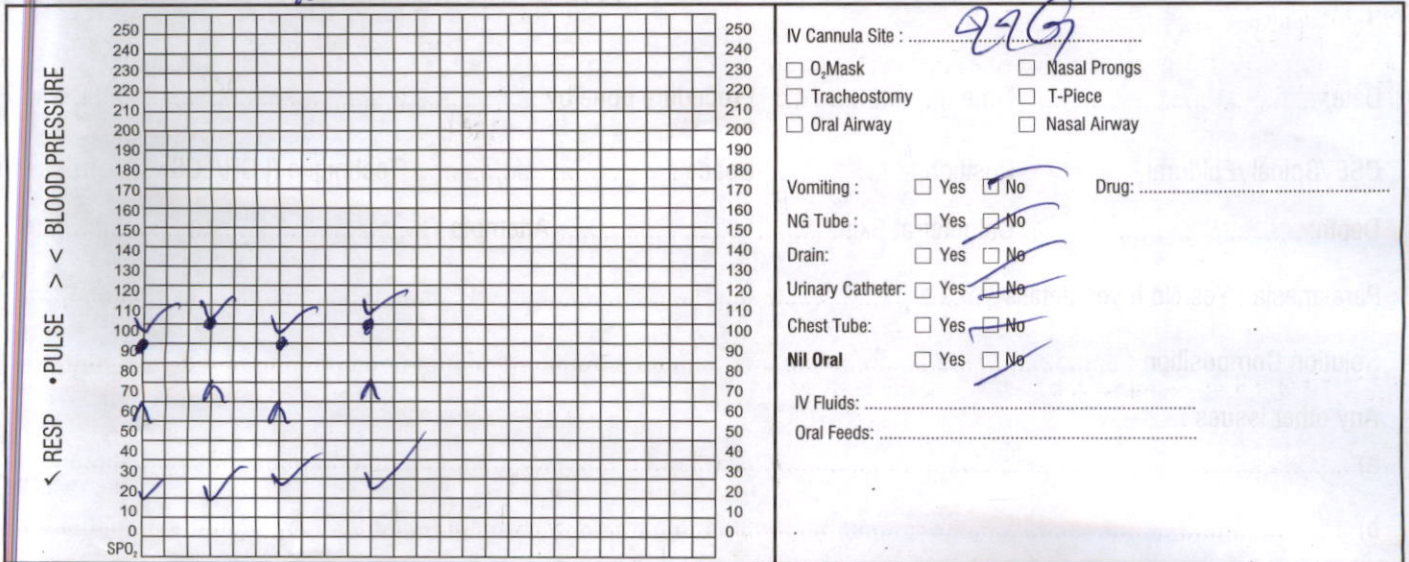
Signature of the Doctor: **S**

BAH-00640869 IP5-00174048
 Baby INAYA KAUSAR
 01-12-2019 6 Y 5 M 19 D (F)
 Dr. SRINIVAS NAMINENI



POST-ANAESTHESIA CARE UNIT RECORD

Received in PACU by : Disf Time Received : 11:55 AM Time Discharged :



IV Cannula Site : 22G

O₂ 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:
 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	1	1	1			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	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	2	2	2			
Fully awake = 2 Arousable on calling = 1 Not responding = 0	1	1	2			
Pink = 2 Pale, dusky, blotchy, jaundiced, other = 1 Cyanotic = 0	2	2	2			
TOTAL	8	8	9			

PAIN ASSESSMENT AND MANAGEMENT FORM

Date	Time	Pain Score	Intervention	Signature
<u>2015</u>	<u>11:55 AM</u>	<u>1</u>	<u>—</u>	<u>Disf</u>

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 :

Anaesthesiologist Signature:

Date & Time:

PACU Nurse Name : Disf

PACU Nurse Signature: [Signature]

Date & Time: 2015/12/20

Transferred to Unit by (PACU): billing

Date & Time: 2015/12/20

CONSENT FOR ANAESTHESIA

 Authorization By: Patient Patient Attendant

 Operative Procedure: Coibration Assisted Adenotonsillectomy

 Anaesthesiologist: Dr. Aditi Surgeon: Dr. Manish Gupta MD

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, BRADYCARDIA, LARYNGOSPASM

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: Mohammed Shahbaz Mahmood

 Relationship with patient: Father

 Date & Time: 18/5/21 3:07

Witness:

 Signature: [Signature]

 Name: Sauviya

 Date & Time: 18/5/21 3:04

Doctor (who is taking consent):

 Signature: [Signature] Name: Dr. Aditi N Date: 18/5/21 Time: 3:04

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 శిరస్రావం ద్వారా ఇచ్చే మందులతో లేదా అనస్థీషియా యంత్రం నుండి పీల్చే మందులతో అందిస్తారు.

లిజనల్ అనస్థీషియా అనేది శరీరంలోని ఒక ప్రత్యేక భాగాన్ని లోకల్ అనస్థీషియా నొప్పి రాకుండా చేయడం. శస్త్రచికిత్స లేదా గాయం తరువాత దీర్ఘకాలిక నొప్పి ఉపశమనం కోసం, కాఫెటర్లు 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 అవి నివృత్తి చేయబడ్డాయి.

హృదయ వ్యాధి రక్తపోటు మధుమేహం మూత్రపిండాల వైఫల్యం బహుశ 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.
 లిజనల్ అనస్థీషియా జనరల్ అనస్థీషియా మానిటర్డ్ అనస్థీషియా కేర్
- అనస్థీషియా ఉపయోగంలో అప్పుడప్పుడూ జరిగే కొన్ని అరుదైన సమస్యలు ఉండవచ్చు అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. వీటిలో ఇంజక్షన్ 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 సెంట్రల్ వెనెస్ యాక్సెస్, ఆర్థిలయల్ లైన్, సపోజిటలీలు, నొప్పి నివారణ కోసం నర్వ్ బ్లాకులు, లిజనల్ 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:

సాక్షి:

సంతకం:

సంతకం:

పేరు:

పేరు:

రోగితో సంబంధం:

తేదీ & సమయం:

తేదీ & సమయం:

డాక్టర్ :

సంతకం: పేరు: తేదీ & సమయం: