

BAH-00648564 IP5-00174690  
Master SURYA SISTA  
08-01-2019 7 Y 4 M 26 D (M)  
Dr. HARISH JAYARAM



Patient:



### SURGERY DETAILS

Date : 03/06/26

Patient Name: Master Surya Sista Date of Birth: Age: 7y

Gender: M Ward: POT UHID No: BAH-00648564

Date of Surgery: 03/06/26  OT-1  OT-2  OT-3  OT-4  OBG OT-1  OBG OT-2

Name of the Surgery : CIRCUMCISION

Time in : 12:30pm

Time Out : 1:15pm

	NAME	AMOUNT
1. Surgeon	Dr. Mainak Deb	
2. Anaesthetist		
3. Assistant Surgeon		
4. OT Technician	Ramesh	
5. Circulating Nurse	Prabhavathi	
6. Assistant Nurse	Rama Devi	

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

Signature of the Surgeon \_\_\_\_\_ Signature of Circulating Nurse *Prabh*

Order No: 9641051 Order by: *Diya*

*Circumcision*

**CONSUMABLES OF OT**

*2 key  
 Bang*

Technician : .....

Date : *3/6*

Time : *12:30pm*

Anaesthesia Disposables	Qty		Surgical Disposables	Qty		Disposables (Baby Side)	Qty	
	Issued	Used		Issued	Used		Issued	Used
ET tube <i>4.5, 5.0, 5.5</i>	<i>1+1</i>	<i>—</i>	Major Pack <i>drap</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	Inj Vit.K <i>markon</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
LMA <i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	Sutures <i>9915</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	Cord Clamp		
ECG leads : A (P) N	<i>5</i>	<i>3</i>				Suction Catheter		
HME filter : A (P) N	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>Gown</i>			Feeding Tube		
Syringes : 10 cc	<i>10</i>	<i>5</i>	<i>Gown</i>	<i>2</i>	<i>—</i>	Vaccum Suction Set		
05 cc	<i>10</i>	<i>4</i>	Gloves			Surgical Gloves		
02 cc	<i>10</i>	<i>2</i>	<i>6 (6) 7 (7) 2+2+1+1</i>			Gauze Pack		
01 cc	<i>2</i>	<i>—</i>	<i>2P 6, 6, 7, 7, 2+2+2</i>			Syringe 1ml / 2ml		
Cautery plate : A (P) N	<i>1</i>	<i>—</i>	Surgical blade <i>B</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	Surgical Blade # 20		
IV set	<i>1</i>	<i>1</i>	NG tube			Koochies (S)		
RL	<i>1</i>	<i>1</i>	Cautery pencil			<i>NS 500ml</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
NS <i>(10ml) / (100ml) / 500ml / 1000ml</i>	<i>3+1</i>	<i>1</i>	Koochies <i>x2</i>	<i>1</i>		<i>(0cc) (5cc)</i>	<i>2+2</i>	<i>1+1</i>
<i>02 mask (P)</i>	<i>1</i>	<i>—</i>	Ointments			<i>Juley</i>	<i>1</i>	<i>—</i>
<i>Flowing 0.1"</i>	<i>1+1</i>	<i>—</i>	Suction Catheter			<i>cutfield 10x10</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Fentanyl	<i>1</i>	<i>1</i>	Cap, Mask	<i>3/5</i>	<i>5+5</i>	<i>26" needle</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Morphine			Gauze Pack <i>N</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>low Saprovincin</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Ketamine			Mop Pack	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>Tracama 22, 24</i>	<i>1+1</i>	<i>—</i>
Propofol	<i>3</i>	<i>2</i>	Steristrip			<i>Dexa</i>	<i>1</i>	<i>—</i>
Rocuronium	<i>1</i>	<i>—</i>	Underpad	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>Tramexa</i>	<i>1</i>	<i>—</i>
Glycopyrolate	<i>1</i>	<i>—</i>	Draw sheet	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>mfmispile</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Myopyrolate + neostigmine	<i>1+2</i>	<i>—</i>	Abgel			<i>Dextamides 50</i>	<i>1</i>	<i>—</i>
Ondansetron	<i>1</i>	<i>—</i>	Foleys catheter			<i>Clonidine</i>	<i>1</i>	<i>—</i>
Pencan 25g/ Spinal Needle <i>(22)</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	Urobag			<i>Nasol Airway 18 (20) 22</i>	<i>1+1</i>	<i>1</i>
Bupivacaine 0.25%	<i>1</i>	<i>1</i>	Chest Drainage Catheter			<i>Nasal praus Pet (2)</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Bupivacaine 0.25% (Heavy)			Romodrain bag			<i>Midas</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Antibiotics			Bandage					
			Tegaderm					
Suppositories			Ioban					
Anamol : 80mg / 250mg / 170 mg	<i>1+1</i>	<i>—</i>	Double J Stent					
Supridol : 100mg			Vaccum Suction set					
Justin <i>(12.5mg / 25mg / 100mg)</i>	<i>1+1</i>	<i>1</i>	Plastic Bed Sheet	<i>1</i>	<i>1</i>			
Tab. Misoprost : 200mg			Betadine Solution	<i>1</i>	<i>1</i>			
<i>Vaccum set</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	Microshield	<i>1</i>	<i>—</i>			
<i>Gauze</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	Cotton Balls	<i>1</i>	<i>1</i>			
<i>Gloves and 6, 6, 2</i>	<i>4</i>	<i>1+1</i>	Latex Gloves	<i>SP</i>	<i>100</i>			
<i>IV PCM</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	Ramdione Scrub					
<i>3-way 100+100cm</i>	<i>1+1</i>	<i>—</i>	Saral					

Surgeon

Anaesthesiologist

Nurse

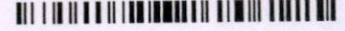
OT Technician

Order No. : *9671042*

Ordered by : *[Signature]*

ADMISSION SHEET

Registration Details :



Admission No : IP5-00174690      Admit Date : 03-Jun-2026      Admit Time : 11:39 AM      UHID : BAH-00648564

Patient Details :

Patient Name : Master SURYA SISTA      Age : 7 Y 4 M 26 D  
Guardian : Mr VAMSHI KRISHNA      DOB : 08-01-2019  
Gender : Male      Religion :  
Occupation :      Martial Status : Single  
Address (H) : B 305, ADITYA EDEN PARK, OPP SADHANA      Phone No : 9989941661/  
SCHOOL, NALLAGANDLA Serilingampally      E-mail : NA@GMAIL.COM  
Hyderabad Telangana INDIA 500019

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 VAMSHI KRISHNA      Relationship : Father  
Contact Address :      Phone No : / 9989941661

  
Signature

Doctor Details :

Doctor Name : Dr. HARISH JAYARAM      Specialisation : PEDIATRIC SURGERY  
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. : \_\_\_\_\_ Consultant: \_\_\_\_\_ Dept : \_\_\_\_\_

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

BAH-00648564 IP5-00174690  
Master SURYA SISTA  
08-01-2019 7 Y 4 M 26 D (M)  
Dr. HARISH JAYARAM



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

### WARD TRANSFERS

Date	Time	From	To	Signature of Nurse
3/6/26	10:55am	ER	OT	Sagar
3/6	3pm	OT	billing	

### Cross Consultation Visit

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







BAH-00648564  
 Master SURYA SISTA IP5-00174690  
 08-01-2019 7 Y 4 M 28 D (M)  
 Dr. HARISH JAYARAM



**PROGRESS NOTES AND DOCTOR'S ORDER**

Date & Time	Progress Notes	Doctor's Order
3/6	<p>U/B @</p> <p>came for circumcision.</p> <p>NHto cough, cold, fever</p> <p>loose stool, vomiting</p> <p>A:- Balanitis xeroticia oblique</p> <p>O/E</p> <p>CVS S/S (+)</p> <p>AB - OAB (+), clear</p> <p>PR - (-)</p>	<p>Am</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CBP &amp; culture.</li> <li>- Circumcision.</li> <li>- monitor vitals</li> </ul>
		<p>Sup</p>
	<p>W/B Annab</p> <p>3/6/20</p> <p>Dr. Harish</p> <p>3/6/20</p> <p>12 noon</p>	



BAH-00648564 IP5-00174890  
Master SURYA SISTA  
08-01-2019 7 Y 4 M 26 D (M)  
Dr. HARISH JAYARAM



## OPERATION THEATER NOTES

Patient's Name : Master Surya Sista Age : 77 Gender :  Male  Female

UHID No. : BAH-00648564 Weight : ..... Height : .....

Surgeon : ..... Asst. Surgeon : .....

Anesthetist :

OT Nurse: Ramadevi

OT Technician: Fameesh

Pre-Operative Diagnosis: Balanitis Xerotica Obliterans

Surgical Procedure :

CIRCUMCISION

Indications for Surgery :

Balanitis Xerotica Obliterans

Date : 03/06/26

Start Time : 12.50 PM

End Time : .....

Pre Operative Preparations:

57-bitadine

Post Operative Diagnosis:

Balanitis Xerotica Obliterans

Peri-Operative Complications:

-Nil-

Operation Notes:

## Procedure.

- ① Adhesions between glans & prepuce gently released
- ② Skin marking done - to ensure adequate cuff of inner preputial mucosa remain
- ③ Dorsal slit given
- ④ Outer skin incision & inner mucosal incision made
- ⑤ Prepuce between these incisions excised circumferentially
- ⑥ Hemostasis secured
- ⑦ Penile skin is then approximated to mucosal edge.
- ⑧ ASD done.

Amount of Blood Loss:  $\leq 1$  ml.

Blood Transfused (in ML)

Name and Number of Surgical Specimen sent for examination:

- Nil -

Peri-Operative Complications:

- Nil -

### DAY CARE


① Symp ~~PARACETAMOL~~  
15ml

① Symp CROCIIN 6ml PO / Three daily for 3 days,  
(5ml = 240-D) flb SOS for Pain

②<sup>m</sup> SOFRAMYLIN Oint for local application.

Review after 5 days in Monday (8/6/2026) in  
OPD of Dr Harish Jayaram

Name of the Surgeon: ..... Dr. Harish Jayaram

Signature of the Surgeon: ..... 

Date & Time: ..... 3/6/26  
1:30pm

BAH-00648564 IP5-00174690  
 Master SURYA SISTA  
 08-01-2019 7 Y 4 M 26 D (M)  
 Dr. HARISH JAYARAM



# 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. Circumcision
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)
<u>Relief from non retractile foreskin</u>	<u>None</u>

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, infection explained
- b. \_\_\_\_\_

1. I authorize Dr. Harish Jayaram 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: R. Madhavi  
 Name: Madhavi Rani  
 Relationship with patient: Mother  
 Date & Time: 3/ Jun/ 2026 @ 12n

**Witness:**  
 Signature: S. Varsha Krishna  
 Name: Varsha Krishna S  
 Date & Time: 3/6/26 @ 12n

**Doctor (who is taking consent):**  
 Signature: [Signature] Name: Dr. Harish Jayaram Date: 3/6/26 Time: 12 noon.

## శస్త్రచికిత్స / ప్రాసీజర్ కు అనుమతి పత్రం

అనుమతి ఇచ్చినవారు:  రోగి  రోగి అటెండెంట్

నేను, దిగువ సంతకం చేసిన వ్యక్తి, రోగి/నా పైన రైన్ట్ బిల్టెన్ 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, అనస్థీసియా 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 అవస్థి 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-00648564  
 Master SURYA SISTA  
 08-01-2019 7 Y 4 M 26 D (M)  
 Dr. HARISH JAYARAM



## 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: ICU 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. Rameya

Date & Time: 3/6/26 ; 11:50 Am

Nurse Name & Signature: Anneeb

Date & Time: 3/6/26 12pm



**REGULAR PRESCRIPTIONS**

Weight. 144 Ward. ....



				Date	Time
Dose	Route	Frequency	Start Date		
Name & Signature of the Doctor Starting the Drugs:					
Additional Instructions:					
<b>Daily Doctor's Endorsement by a Sign</b>					
<b>DRUG :</b>				Date	Time
Dose	Route	Frequency	Start Date		
Name & Signature of the Doctor Starting the Drugs:					
Additional Instructions:					
<b>Daily Doctor's Endorsement by a Sign</b>					
<b>DRUG :</b>				Date	Time
Dose	Route	Frequency	Start Date		
Name & Signature of the Doctor Starting the Drugs:					
Additional Instructions:					
<b>Daily Doctor's Endorsement by a Sign</b>					
<b>DRUG :</b>				Date	Time
Dose	Route	Frequency	Start Date		
Name & Signature of the Doctor Starting the Drugs:					
Additional Instructions:					
<b>Daily Doctor's Endorsement by a Sign</b>					

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

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

STAT / ONCE ONLY DRUGS

Date	Time	Medication	Dosage & Other Instructions	Route	Signature	Nurses
3/6/26	12:50 PM	INJ. PARACETAMOL	300 mg	IV	1m	Prabha Ramesh
3/6/26	1 PM	Sup. DICLOFENAC	12.5 mg	P/R	1m	Prabha Ramesh

Signature  
VERIFIED BY: Name



Department of Anaesthesiology  
PRE-ANAESTHETIC EVALUAT

BAH-00648564 IP5-00174690  
Master SURYA SISTA  
08-01-2019 7 Y 4 M 26 D (M)  
Dr. HARISH JAYARAM



Name: Master Surya Sista Age: 7 Y 4 M Sex: Male UHID.No: BAH-00648564

Date: 1/6/2020 Time: 4:30pm Proposed Operation: Circumcision

Diagnosis: Balanitis xerotica obliterans

B.P./CRT: 2/2/2 H.R: Weight: 19.42kg 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: NKDA

Medical History: CVS: - Term MVD / CIAB.

RESP: H/O Adenoiditis 1 year ago Diabetes: - B.Wt: 2.75 kg.

CNS: Mouth breathing (+) Development: (N)

Renal: H/O UTI 3 months ago immunised till date.

Hepatic / GE: Physical Activity: Active.

Others: Not significant.

Past Anaesthetic History:

Physical Exam: (N)

Airway: MP 1 2 3 4 Mouth Opening: Adequate Mentohyoid Distance: 2FB. Neck: (N) Teeth: Missed lower incisor

Lungs: BAE (+) clear

Heart: S1 (+)

CNS: HMF (+)

Pregnant:  Yes  No  NA Venous Access Site: accessible Spine Exam for regional: (N)

Anaesthetic Plan:  MAC  REGIONAL  GA-ETT  LMA

Peri-Operative Plan Explained to the Patient:  Yes  No

CURRENT MEDICATIONS	DOSAGE

- Pre-Operative Instructions:
- DVT Prophylaxis:  explained.
  - NIL ORAL: Water / ORS 2 Hours, Others 6 Hours
  - Informed Consent:  Standard  High Risk
  - Post Operative Pain Management:  Discussed with Patient
  - Other Instructions: CBP during cannulation.

Signature: [Signature] Name: Dr. Tejaswini



ANAESTHESIA CHART



Pre Induction Assessment:

Change in Patient Condition:  Yes  No Fasting Status: Adequate

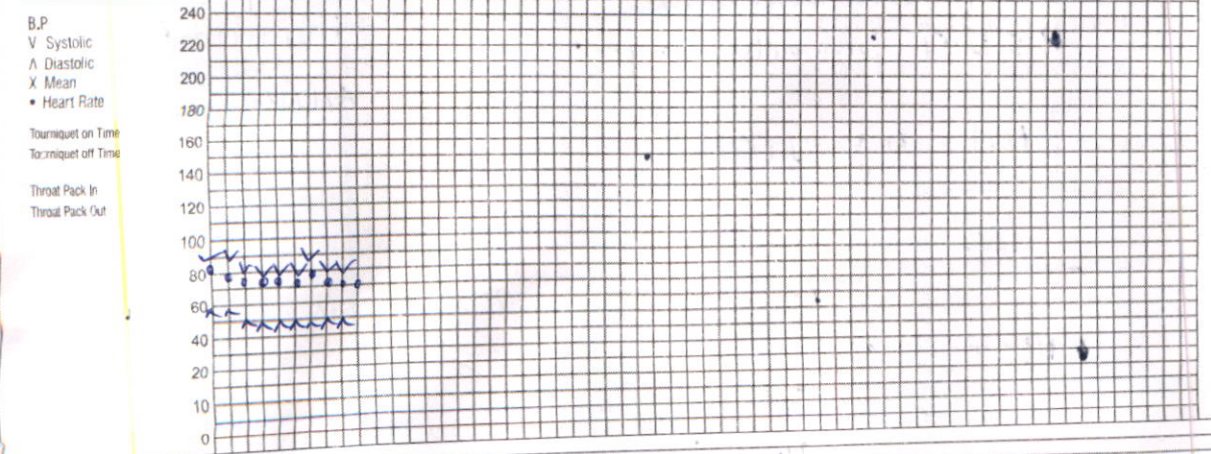
Physical Status:  Patient Identified  Consent Present  Chart Reviewed

H.R: 90/m B.P/CRT: 90/50/m SpO<sub>2</sub>: 100% R.R: 26/m Last Feed: \_\_\_\_\_  
 Pre-OP Diagnosis: Balaniti xerohes obliterans Operation: Circumcision Date: 3/6/20  
 Surgeon: Dr. Mainek Deb Anaesthesiologist: Dr. Nikhil / Dr. Anurag Technician: Ramesh

TIME	12:30	1:15	1:45	2:15
N <sub>2</sub> O/AIR/O <sub>2</sub> /LEM				
HALO/ISO/SEVO	<u>MAC</u>			
Drugs:				
B. MIDAZOLAM	<u>0.5mg</u>			
B. RENTANYL	<u>40mg</u>			
B. PROPOFOL	<u>60mg + 40mg</u>			
B. PARALYTANOL	<u>300mg</u>			
FiO <sub>2</sub> / SaO <sub>2</sub>	<u>100 / 100</u>	<u>100 / 100</u>	<u>100 / 100</u>	<u>100 / 100</u>
ETCO <sub>2</sub>	<u>36</u>	<u>36</u>	<u>36</u>	<u>34</u>
ECG	<u>SR</u>	<u>SR</u>	<u>SR</u>	<u>SR</u>
Temperature	<u>34.8</u>	<u>34.8</u>	<u>34.8</u>	<u>34.8</u>
Urine Output				

Antibiotic  
 Suppository  
 Sup. Diclofenac 125mg/1h  
 Blood Loss

Fluids Blood RINGOLACONATE  
200ml



LAB Values  
 ABG  
 CRAB  
 Others

Equipment Checked and Functional  
 BP  
 Cuff Site: RU  
 Art Site: \_\_\_\_\_  
 EKG Lead  
 Temp Site: axilla  
 FiO<sub>2</sub> Monitor  
 Agent Monitor  
 Pulse Oximeter  
 Capnograph  
 Ventilator  
 Nerve Stimulator

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

Times: 12:30 PM  
 Anaes Start: \_\_\_\_\_  
 OP Start: \_\_\_\_\_  
 OP End: 1:15 PM  
 Leave OR: \_\_\_\_\_  
 Anaesthesia:  GA ELMA  
 Monitored Anaesthesia Care  
 Regional

Line (Site & Location)  
 CVP  
 ART  
 IV  
 IN  
 IN

Induction  
 IV  Inhal  
 Pre O<sub>2</sub>  RSI  
 Others

Mask  SGA 2 size LMA  
 Airway  Oral  Nasal  
 ETT# \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ cm  
 Oral  Nasal  Cuff  
 Tracheostomy  Topical  
 Drug: \_\_\_\_\_

Awake  Direct Vision  
 Video Laryngoscopy  Stylette / Bougie  
 Fiberoptic  
 Blade# \_\_\_\_\_ Attempts: 1  
 Difficulty Why? \_\_\_\_\_

Bilal = BS  
 Semi-Closed Circle  
 Closed Circle  
 Other

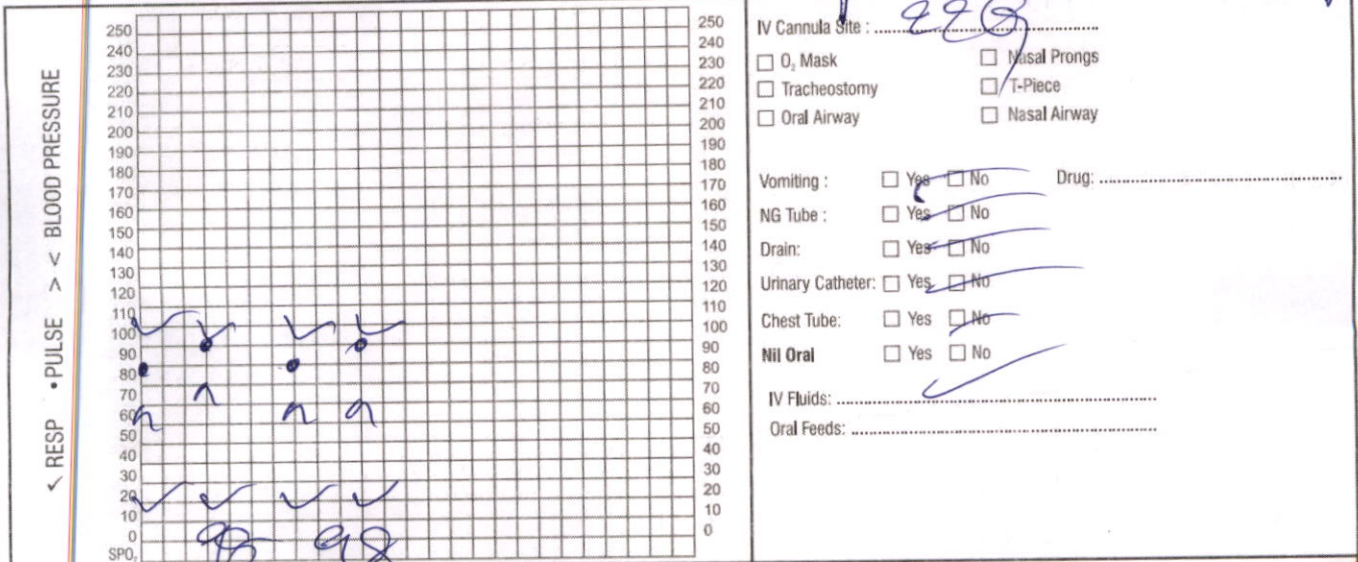
Regional: \*  
 Extremity \_\_\_\_\_ Specify: \_\_\_\_\_  
 Spinal  Epidural  Caudal  
 Others: \_\_\_\_\_  
 Position: \_\_\_\_\_  
 Site: \_\_\_\_\_  
 Needle Size: \_\_\_\_\_ Depth: \_\_\_\_\_  
 Parasthesia  Yes  No  
 Catheter at skin \_\_\_\_\_ cm  
 Drug Name & Conc: \_\_\_\_\_  
 Bolus: \_\_\_\_\_  
 Infusion: \_\_\_\_\_  
 Block Level: Caudal level  
 Comments: could not get it  
 Transportation to  PACU  ICU  Other ANA  
 Relaxant Reversed  Yes  No  
 Name of the Doctor: Dr. Anurag  
 Signature of the Doctor: \_\_\_\_\_

BAH-00648564  
 Master SURYA SISTA  
 08-01-2019 7 Y 4 M 28 D (M)  
 Dr. HARISH JAYARAM

POST-1

RECORD

Received in PACU by : Dr. Jayaram Time Received : 1:20pm Time Discharged : 3:30pm



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	1	1	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	1	1	2	2	
Pink = 2 Pale, dusky, blotchy, jaundiced, other = 1 Cyanotic = 0	COLOR	2	2	2	2	
TOTAL		8	8	9	10	

PAIN ASSESSMENT AND MANAGEMENT FORM

Date	Time	Pain Score	Intervention	Signature
3/6	1:20pm	1	—	<u>Dr. Jayaram</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 : Dr. Jayaram

Anaesthesiologist Signature : [Signature]

Date & Time : 3/6/2019 @ 3pm

PACU Nurse Name : [Signature]

PACU Nurse Signature : [Signature]

Date & Time : 3/6/2019 @ 3pm

Transferred to Unit by (PACU): billing

Date & Time : 3/6/2019 @ 3pm





## CONSENT FOR ANAESTHESIA

Authorization By:  Patient  Patient Attendant

Operative Procedure: Circumcision

Anaesthesiologist: Dr. Tejaswini Surgeon: Dr. Harish Jayaram

### 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

### 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: S. Vamsi Krishna  
Name: Vamsi Krishna Sista  
Relationship with patient: Father  
Date & Time: 1/6/26 4:30pm

### Witness:

Signature: R. Madhavi  
Name: Madhavi Rani  
Date & Time: 1/6/26 4:30pm

### Doctor (who is taking consent):

Signature: [Signature] Name: Dr. Tejaswini Date 1/6/26 Time: 4:30pm

## 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, 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 అవి 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.  
 లిజనల్ 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 సెంట్రల్ వెనస్ యాక్సెస్, ఆర్టిరియల్ లైన్, సపోజిటరీలు, 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:

సంతకం: .....

పేరు: .....

రోగితో సంబంధం: .....

తేదీ & సమయం: .....

సాక్షి:

సంతకం: .....

పేరు: .....

తేదీ & సమయం: .....

డాక్టర్ :

సంతకం: ..... పేరు: ..... తేదీ & సమయం: .....