

RCWH.0000261913 IP5-00174670
Master SATVIK KUMAR
24-07-2014 11 Y 10 M 10 D (M)
Dr. SRINIVAS NAMINENI



Handwritten signature/initials



SURGERY DETAILS

Date : 3/6/26

Patient Name: Satvik Kumar Date of Birth: 24-7-2014 Age: 11.7

Gender: male Ward: P.O.T UHID No.: RCWH-000026191

Date of Surgery: 3/6/26 OT-1 OT-2 OT-3 OT-4 OBG OT-1 OBG OT-2

Name of the Surgery : SCALING & ORAL PROPHYLAXIS

Time in : 8:45 AM

Time Out : 9:45 AM

	NAME	AMOUNT
1. Surgeon	<u>SRINIVAS</u>	<u>DENTAL</u>
2. Anaesthetist	<u>Dr. Devaswini</u>	<u>EXTRACTION</u>
3. Assistant Surgeon		
4. OT Technician	<u>Shrisha</u>	
5. Circulating Nurse	<u>Thyagaraj</u>	
6. Assistant Nurse	<u>Akhil</u>	

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

Handwritten signature of Surgeon
Signature of the Surgeon

Handwritten signature of Circulating Nurse
Signature of Circulating Nurse

Order No: 9640653

Order by: A. Meyner

RCWH.0000261913 IP5-00174670
 Master SATVIK KUMAR
 24-07-2014 11 Y 10 M 10 D (M)
 Dr. SRINIVAS NAMINI

Dental Sealing
CONSUMABLES OF OT

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

BirthRight
 BY RAINBOW HOSPITALS
 Your Right to a Safe Delivery

C

Technician :

Date : 3/6/26

Time : 8:30am

Anaesthesia Disposables		Qty		Surgical Disposables		Qty		Disposables (Baby Side)		Qty	
		Issued	Used			Issued	Used			Issued	Used
ET tube	5-B.50.6.0	11	01	Major Pack		1	1	Inj Vit.K			
LMA	21/2	1	—	Sutures				Cord Clamp			
ECG leads	(A) P / N	5	03					Suction Catheter			
HME filter	: A (P) N	1	01					Feeding Tube			
Syringes	: 10 cc	10	02					Vaccum Suction Set			
	05 cc	10	07	Gloves	616/2, 717/2, 22+22			Surgical Gloves			
	02 cc	10	00		616/2, 717/2, 22+22	2		Gauze Pack			
	01 cc	2	—					Syringe 1ml / 2ml			
Cautery plate	(A) P / N	1	—	Surgical blade				Surgical Blade # 20			
IV set		1	01	NG tube				Koochies (S)			
RL		1	01	Cautery pencil				500ml NS	1	—	
NS	: 10ml / 100ml / 500ml / 1000ml	2	1	Koochies				Loxer Adhesive	1	—	
	02 mask (A)	1	—	Ointments				bee see	2	—	
	Abrasive 1-2	1	—	Suction Catheter				Ribbon gauze	1	—	
Fentanyl		1	—	Cap, Mask		3/3	3/3	26 or 28 gauge needle	1	—	
Morphine				Gauze Pack	(NTR)	3/3	2				
Ketamine				Mop Pack		1	—				
Propofol		3	02	Steristrip				Iv cannula 20.22	5	—	
Rocuronium		1	00	Underpad		1	—	Dexa	1	—	
Glycopyrolate		1	00	Draw sheet		1	—	Tromexa	1	01	
Myopyrolate		1	07	Abgel				Misonipile	1	—	
Ondansetron		1	00	Foleys catheter				Atropine + Adrenaline	1	—	
Pencan 25g/ Spinal Needle 22				Urobag				Mifedol + Laxer card	1	—	
Bupivacaine 0.25%				Chest Drainage Catheter				2-1 jelly	1	—	
Bupivacaine 0.25% (Heavy)				Romodrain bag				NG 5.67.89.16			
Antibiotics				Bandage				Suction cath. 6.8.10			
				Tegaderm				q/site			
Suppositories				loban				Splint 3.4.1 no	1	—	
Anamol : 80mg / 250mg / 170 mg		1	—	Double J Stent				Etco2 Nasal pump	1	—	
Supridol : 100mg				Vaccum Suction set		1	1	flonon	1	—	
Justin : 12.5 mg / 25mg / 100mg		1	01	Plastic Bed Sheet		1	—	fluentress	1	—	
Tab. Misoprost : 200mg				Betadine Solution							
Vaccum set		1	01	Microshield		1	1				
Gauze		3	3	Cotton Balls		1	1				
Gloves aul		4	—	Latex Gloves		10	10				
Iv p.c.m		1	—	Ramdione Scrub							
3 way 100+10cm		1	01	Saral							

Surgeon

Anaesthesiologist

Nurse

OT Technician

Order No. :

Ordered by :

Doc. No. : RCH / FRM / GENERAL / 125

ADMISSION SHEET
Registration Details :


Admission No : IP5-00174670 **Admit Date** : 03-Jun-2026 **Admit Time** : 06:49 AM **UHID** : RCWH.0000261913

Patient Details :

Patient Name : Master SATVIK KUMAR	Age : 11 Y 10 M 10 D
Guardian : Mr MR AMIT KUMAR	DOB : 24-07-2014
Gender : Male	Religion :
Occupation :	Martial Status : Single
Address (H) : M-306 APARANA SERENE PARK MASJID BANDA Kondapur Hyderabad Telangana INDIA 500084	Phone No : 8790996375/ 9618054156
	E-mail : nomailid@gmail.com

Admission Details :

Bed Type : DAY CARE **Bed No** : PRE OP 402 **Ward Name** : 4F-OT COMPLEX
Room No : PRE OP 402 **Admission Type** : First Visit

Contact Details :

Name : Mr MR AMIT KUMAR **Relationship** : Father
Contact Address : M-306 APARANA SERENE PARK MASJID
BANDA Kondapur Hyderabad Telangana INDIA
500084 **Phone No** : 8790996375 / 9618054156


 Signature

Doctor Details :

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

Payment Details :

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

RCWH.0000261913 IP5-00174670
 Master SATVIK KUMAR
 24-07-2014 11 Y 10 M 10 D (M)
 Dr. SRINIVAS NAMINENI



ACTIVITY RECORD FOR BILLING

Name : _____

UHID No. : _____ IP No : _____ Consultant: _____ Dept : _____

Date of Admission: _____ Time : _____ Date of Discharge : _____ Time: _____

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

WARD TRANSFERS

Date	Time	From	To	Signature of Nurse
08/06/14	7:25 am	ER	OT	<i>[Signature]</i>
3/6	11:10 AM	OT	ER	<i>[Signature]</i>

Cross Consultation Visit

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



PEDIATRIC IN-PATIENT MEDICAL RECORD

Patient Name: _____

UHID ID: _____

Department: _____

Consultant: _____

RCWH.0000261913 IP5-00174670
Master SATVIK KUMAR
24-07-2014 11 Y 10 M 10 D (M)
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. SCALING & CRAC PROPHYLAXIS
- 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.
 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)
SCALING	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:

b.

1. I authorize Dr. _____ 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: AMIT KUMAR
 Relationship with patient: FATHER
 Date & Time: 3/6/2026 8:25 am

Witness:

Signature: [Signature]
 Name: Geena
 Date & Time: 3/6/26 @ 8:25 am

Doctor (who is taking consent):

Signature: [Signature] Name: SRINIVAS Date: 2/6/26 Time: 8:25 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, 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.
- 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:

RCWH.0000261913 IP5-00174670
Master SATVIK KUMAR
24-07-2014 11 Y 10 M 10 D (M)
Dr. SRINIVAS NAMINENI



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

BirthRight
BY RAINBOW HOSPITALS
Your Right to a Safe Delivery

OPERATION THEATER NOTES

Patient's Name : Master Satvik Kumar Age : 11M Gender : Male Female

UHID No. : 0124670 Weight : Height :

Surgeon : Dr. Srinivas Asst. Surgeon :

Anesthetist : Dr. Srinivas OT Nurse : Ashu, Tejas OT Technician : Srisha

Pre-Operative Diagnosis:

Surgical Procedure :

ORAL PROPHYLAXIS

Indications for Surgery :

GINGIVITIS.

Date : 3/6/26 Start Time : 8:45AM End Time : 9:45AM

Pre Operative Preparations:

Post Operative Diagnosis:

Peri-Operative Complications:

Operation Notes:

GA E N TI

- SCALING ORAL PROPHYLAXIS

DONB.
- EXTRACTIONS OF 53, 73
DONB.

REVIEW AFTER 30 MIN.

Amount of Blood Loss:

Blood Transfused (in ML)

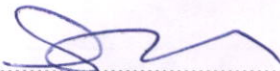
Name and Number of Surgical Specimen sent for examination:

Peri-Operative Complications:

Name of the Surgeon:

SEIVIVAD.D

Signature of the Surgeon:



Date & Time:

RCWH.0000261913 IP5-00174670
Master SATVIK KUMAR
24-07-2014 11 Y 10 M 10 D (M)
Dr. SRINIVAS NAMINENI

Patie



POST-SURGICAL CARE PLAN FORM

Procedure Done: SCALING & ORAL PROPHYLAXIS

Post-Surgical Diagnosis:

Post-Operative Monitoring Parameters /Frequency:

Wound Care:

Drain /Special Lines/Catheters:

Special Patient Positioning and Requirements:

Nutritional Instructions:

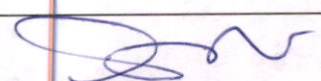
When to Start Mobilization:

Special Referrals:

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

Yes No

Any Other Post-Operative Care Needed including Required Follow Up


Treating Surgeon
(Signature & Stamp)

Date: Time:

Note: Plan of care will be readjusted if necessary.



DRUG CHART

Date of Admission: 2/6/26 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)

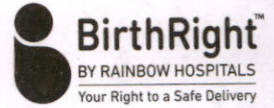
DRUG :				Date Time																
Dose	Route	Frequency	Start Date																	
Doctor's Signature		Valid Period	Pharm.																	
Additional Instructions:																				

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:																					

VERIFIED BY : Name Signature

RCWH.0000261913 IP5-00174670
 Master SATVIK KUMAR
 24-07-2014 11 Y 10 M 10 D (M)
 Dr. SRINIVAS NAMINENI



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 : N. Sathish Kumar, N.M

Date & Time : 03/06/26, 7am

Nurse Name & Signature: (Signature)

Date & Time : 03/06/26 @ 4:15 am

RCWH.0000261913 IP5-00174670
 Master SATVIK KUMAR
 24-07-2014 11 Y 10 M 10 D (M)
 Dr. SRINIVAS NAMINENI

Pat



RESULT SHEET

Date	2/6/86				
Time	7am				
Hb	11.4				
PCV	36.9				
RBC	4.60				
WBC	7.64				
N/L	30.7/59.6				
Platelets	249				
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					

RCWH.0000261913 IP5-00174670
 Master SATVIK KUMAR
 24-07-2014 11 Y 10 M 10 D (M)
 Dr. SRINIVAS NAMINENI



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.

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

Total 24 hrs. Intake

Total 24 hrs. Output

Patient Sticker



Department of Anaesthesiology

EPIDURAL ANALGESIA RECORD

Date: Time: Procedure done by

CSE /Spinal /Epidural Position : Space : Technique (LOR/LOS)

Depth: Catheter at Skin: Attempts :

Parasthesia : Yes/No if yes details :

Solution Composition :

Any other issues :

a)

b)

Time	Infusion Rate (ml/hr)	Bolus (ml)	Level		Maternal		FHR	Comments
			Left	Right	BP	Pulse		

Delivery Details : Time : APGAR: SVD / Instrumental / LSCS (if LSCS Details)

Catheter Removed by and Tip Inspected :

Patient Satisfaction :

Discharge /Shifting ordered by

Doctor Signature:

Doctor Name:

Date and Time :



ANAESTHESIA CHART



Pre Induction Assessment:

Change in Patient Condition: Yes No Fasting Status: confirmed

Physical Status: Patient Identified Consent Present Chart Reviewed

H.R.: 100bpm B.P./CRT: 100/60 SpO₂: 100% R.R.: 14/mis Last Feed: 8:45

Pre-OP Diagnosis: Operation: Dentals caling Date: 23/8/22

Surgeon: Dr. Srinivas Namineni Anaesthesiologist: Dr. BT/v Technician: S. Prerna

TIME	8:45	9:30	9:45																	
N ₂ O / AIR % LPM	0.5 / 2.5																			
HALO / SO / SEVO	0.5 / 2.5																			
Drugs:																				
MIDAZOLAM	1mg																			
FENTANYL	50mcg																			
PROPOFOL	40mg + 20 + 20																			
ROCURONIUM																				
MYOPROLATE	3ml																			
FI ₀₂ / SaO ₂	100 / 100	100 / 100	100 / 100																	
ETCO ₂	38	38	38																	
ECG	SR	SR	SR																	
Temperature																				
Urine Output																				
Fluids																				
Blood																				
B.P.																				
V Systolic																				
A Diastolic																				
X Mean																				
• Heart Rate																				
Tourniquet on Time																				
Tourniquet off Time																				
Throat Pack In																				
Throat Pack Out																				
ABG																				
GRBS																				
Others																				

Equipment Checked and Functional

BP ROU

Cuff Site: ROU

Art Site:

EKG Lead 3leads

Temp Site skin

FIO₂ Monitor

Agent Monitor

Pulse Oximeter

Capnograph

Ventilator

Nerve Stimulator

Position: ROSE

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: 8:45 AM

OP Start: 8:50 AM

OP End: 9:15 AM

Leave OR: 9:45 AM

Anaesthesia:

GA

Monitored Anaesthesia Care

Regional

Line (Size & Location)

CVP:

ART:

IV: OU 22G

IV:

IV:

Induction

IV Inhal

Pre O₂ RSI

Others

Mask SGA

Airway Oral Nasal

ETT# 5 at 17 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 Spinal Epidural Caudal

Others:

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. Tejaswini

Signature of the Doctor:

Department of Anaesthesiology
PRE-ANAESTHETIC EVALUATION



Name: MASTED SATHISH KUMAR Age: 5.7 yrs Sex: M UHID No: RCWH000261913
 Date: 27.5.2026 Time: 5.30 Proposed Operation: SCALING
 Diagnosis: Scaling
 B.P / CRT: H.R: Weight: 26.6 ASA Physical Status: 1 2 3 4 5

Laboratory Data:

Hgb: <u>11.4</u>	Glucose:	Protein:	HIV:	X-Ray:
PCV: <u>36.9</u>	Urea:	Alb:	HBS Ag:	ECG:
WBC: <u>7.640</u>	Creat:	Total Bill:	HCV:	2D Echo:
Plate: <u>2.49</u>	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: NO known allergy

Medical History: CVS: —
 RESP: Narrow high arch palate Diabetes: —
 CNS: Autism spectrum
 Renal:
 Hepatic / GE: — Physical Activity: Active
 Others: —

Past Anaesthetic History: —

Physical Exam:

Airway: MP 1 @ 3 4 Mouth Opening: Adapt Mentohyoid Distance: @ Neck: @ Teeth: @
 Lungs: HEBE
 Heart: SLS 2
 CNS: MSM

Pregnant: Yes No NA Venous Access Site: UL RUL 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: Water / ORS 2 Hours
- NIL ORAL Others 6 Hours SOLID FOOD
- Informed Consent: Standard High Risk
- Post Operative Pain Management: Discussed with Patient
- Other Instructions: CBCI IV cannulation

Signature: [Signature] Name: Dr. Aditi W

RCWH.0000261913 IP5-00174670
 Master SATVIK KUMAR
 24-07-2014 11 Y 10 M 10 D (M)
 Dr. SRINIVAS NAMINENI

CONSENT FOR ANAESTHESIA

Authorization By: Patient Patient Attendant

Operative Procedure: SCALP INCISION UNDER GA

Anaesthesiologist: DR ADITHYAN Surgeon: DR SRINIVAS NAMINENI

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, BRADY CARDIA, LARYNGEAL SPASM

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: ADITHYAN KUMAR
 Relationship with patient: FATHER
 Date & Time: 27/5/21 5:34pm

Witness:

Signature: [Signature]
 Name: BITASTA SINGH
 Date & Time: 27/5/21 5:34pm

Doctor (who is taking consent):

Signature: [Signature] Name: Dr Adithy W Date: 27/5/21 Time: 5:34pm

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 రిస్క్:

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 సింట్రిల్ వెనస్ యాక్సెస్, ఆర్టిలయల్ 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: