

PREOPERATİF DEĞERLENDİRME FORMU

Protokol No : Doğum Tarihi :
Adı Soyadı : Cinsiyeti :
Sosyal Güvencesi : ☐ SGK ☐ Banka / Özel Sigorta ☐ Ücretli ☐ Ücretsiz Tarih: / /
Planlanan Ameliyat : Planlanan Anestezi :
Preoperatif Tanı : Allerji :
Kan Grubu : Kan Basıncı :
Boy : Kilo :

Zor Entübasyon Olasılığı					
Dolaşım					
Kalp					
EKG / Katater					
Diğer Bulgular					
Solunum					
Solunum Fonksiyon Testi					
Laboratuar Bilgisi					
Radyoloji Bilgisi					
Renal					
Metabolik					
Kullanılan İlaçlar ve Dozları					
Diğer Bulgular					
Geçirilmiş Amel. ve Hast.					
Açlık Süresi					
Risk Grubu					
Diğer Açıklamalar	Preoperatif Direktifler:				
Alışkanlıklar, Sigara, Alkol					
Premedikasyon					
Tarih / Saat		İlaç	Doz	Uyg. Şekli	
	1				İsmarlanan Kan Miktarı: ü / ml
	2				Dr. Kaşe / İmza Tarih:/...../.....
	3				
	4				