|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı:** | **Dosya No: Dosya No:** | |
| **Pre-op Tanı/ Planlanan operasyon:** | **Yaş:** | **Yaş: Cinsiyeti:** |
| **ÖZGEÇMİŞ VE FİZİK MUAYENE** |  |  |
| **Hastanın anestezi geçmişi:**  **Ailede anestezi geçmişi:**  **Allerji:**  **Bağımlılık: Alkol/ Sigara/ Diğer**  **Dişler: Tam/ Eksik / Protez (total/ sabit) / Sallanan diş**  **Kullandığı ilaçlar:**  **Kardiyovasküler Sistem**  **KB: / mmHg**  **KAH: / dk**  **Egzersiz toleransı:……. kat merdiven çıkıyor.**  **………. MET**  **EKG:**  **Hipertansiyon:**  **Anjina/ Koroner Arter Hastalığı/ Miyokard infarktüsü:**  **Konjestif kalp yetmezliği:**  **Normal/ Diğer:**  **Karaciğer**  **Hepatit Öyküsü:**  **Siroz:**  **Normal/ Diğer:**  **Gastrointestinal Sistem**  **Gastroözefageal reflü:**  **Bağırsak Obstruksiyonu:**  **Normal/Diğer:**  **Havayolunun Değerlendirmesi**  **Mallampati**      **Tiromental mesafe: >6cm …..cm**  **Sternomental mesafe: >12cm …..cm**  **Boyun ve Çene hareketi:**  **Boyunda ek patoloji: Diğer:**  **Anestezi Doktoru: Tarih:**  **İmza:**  **Hastanın/ velisinin onayı:**  **Uygulanacak anestezi alternatifleri, riskleri, diş kırılmasından yaşamsal tehlike oluşturabilecek komplikasyonlar bana anlatıldı. Bu şartlar altında anestezi almayı/ çocuğumun anestezi almasını kabul ediyorum.**  **Adı, Soyadı: İmza:** |  | **Solunum Sistemi**  **PAAkcG:**  **KOAH:**  **Yeni Geçirilmiş ÜSYE:**  **Uyku apnesi: Stop-BANG:**  **Normal/ Diğer:**  **Nörolojik Sistem**  **Nöbet:**  **Uyuşukluk, güçsüzlük:**  **Normal/ Diğer:**  **Hemotolojik Sistem**  **Anemi:**  **Koagülopati:**  **Normal/ Diğer:**  **İskelet Kas Sistemi**  **Skolyoz/ Lordoz**  **Kas Hastalığı**  **Artroz**  **Normal/ Diğer:**  **Endokrin Sistem**  **Diabet: varsa kaç yıldır?:**  **Tiroid Hipo-Hiper:**  **Normal/ Diğer:**  **Böbrek**  **Böbrek Yetmezliği:**  **Hemodializ/ Periton Dializ**  **Son Dializ Zamanı:**  **Normal/ Diğer:**  **LABARATUVAR**  **Hb/Htc: Na: K: Ca:**  **BK: Sedim: AKŞ: AST: ALT:**  **BUN/ Kreat: GGT:**  **PT: PTT: INR: KZ:**  **HbsAg: AntiHBs: AntiHCV: AntiHIV:**  **Açlık Süresi:………saat**  **Gebelik durumu:**  **KONSÜLTASYONLAR:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revizyon Takip Tablosu** | | |
| **Revizyon. No** | **Tarih** | **Açıklama** |
| 0029 | 31.10.2024 | 16.10.2024 tarihinde Ana Bilim Dalı Başkanlığından gelen Dokuman Talep Formu doğrultusunda güncellendi. |

|  |  |
| --- | --- |
| **HAZIRLAYAN**  **…./…./……**  **Adı Soyadı/Unvanı**  **İmza** | **ONAYLAYAN**  **…./…./……**  **Adı Soyadı/Unvanı**  **İmza** |