



Adı/Soyadı: Doküman Kodu: AH.FR.01	Yaş: Yayın Tarihi: 15.05.2011	Protokol: Oda No:	Revizyon No: 01 Sayfa No:	Tarih: Revizyon Tarihi: 20.03.2026
Ameliyat:	Anestezi Değerlendirme:	Anestezi Ekibi:	Cerrahi Ekip:	Başlangıç Saati: Bitiş Saati: Sayfa: 1 / 1

GİRİŞİMDEN ÖNCE KONTROL Hasta Tanımı: <input type="checkbox"/> Bant <input type="checkbox"/> Sorğu <input type="checkbox"/> Preop A Formu <input type="checkbox"/> Onam Formu <input type="checkbox"/> Açıklık Süresi:..... Preanestezi Durum: <input type="checkbox"/> Sakin <input type="checkbox"/> Uyanık <input type="checkbox"/> Uykulu <input type="checkbox"/> Endişeli <input type="checkbox"/> Konfuziyon <input type="checkbox"/> Cevapsız <input type="checkbox"/> Kooperasyon <input type="checkbox"/> Ø	MONİTÖR VE EKİPMAN Stes: <input type="checkbox"/> Prekord <input type="checkbox"/> Özof NIBP: <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol EKG: <input type="checkbox"/> 4 Lead <input type="checkbox"/> 5 Lead Pulsoksimetri: <input type="checkbox"/> O2 Sensor ET CO2 <input type="checkbox"/> Gaz Analizatörü Sıcaklık: <input type="checkbox"/> Foley Kateter NMT <input type="checkbox"/> Vücut Isısı BIS <input type="checkbox"/> Doppler NG / OG Tüp Art Line:..... CVP:..... PA Line:..... İv:.....	ANESTEZİK TEKNİK GA İndüksiyon <input type="checkbox"/> PreO2 <input type="checkbox"/> İnh <input type="checkbox"/> İnh / İv <input type="checkbox"/> TIVA <input type="checkbox"/> İv <input type="checkbox"/> İnh <input type="checkbox"/> Hızlı İndüksiyon <input type="checkbox"/> GA / Rej Komb. <input type="checkbox"/> Krikoidbası <input type="checkbox"/> Sedoanaljezi / MAC Rejyonel Teknik: <input type="checkbox"/> Kateter:.....c Girişim Sayısı:..... Pozisyon:..... Lokal:..... Seyriye ilaçlar:..... Doz:..... Parestizi + - BOS + - Kan + - Direnç Kaybı + -	HAVAYOLU YÖNETİMİ Entübasyon: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nazal <input type="checkbox"/> TO <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> Stile ile <input type="checkbox"/> Magill ile <input type="checkbox"/> Direkt <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Spiralli Tüp:..... <input type="checkbox"/> Endobronş (Sg / Si) <input type="checkbox"/> No:..... <input type="checkbox"/> Girişim Sayısı:..... <input type="checkbox"/> Zor Havayolu:..... Airway: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> LMA:..... <input type="checkbox"/> Klasik <input type="checkbox"/> Fastrach Devre <input type="checkbox"/> Proseal <input type="checkbox"/> Fleksibl <input type="checkbox"/> Maske Vent. <input type="checkbox"/> Halka <input type="checkbox"/> NRB <input type="checkbox"/> Ç.Yukarı <input type="checkbox"/> Yardımcılı
HASTA GÜVENLİĞİ <input type="checkbox"/> A.CihazıKontrol edildi <input type="checkbox"/> Güvenlik Kemeri <input type="checkbox"/> Aksiler Rulo <input type="checkbox"/> Kol Tahtaları Sıkıştırıldı <input type="checkbox"/> Kollar Bağlandı ve <90 <input type="checkbox"/> Basınc Noktaları Kontrol Edildi <input type="checkbox"/> Göz Koruma <input type="checkbox"/> Merhem <input type="checkbox"/> Salin <input type="checkbox"/> Bant <input type="checkbox"/> Ped <input type="checkbox"/> Cerrahi <input type="checkbox"/> Pron; Göz / Kulak / Burun / Genital Bası Ø			

Anestezi İlaçları	5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55					5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55					5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55					TOTAL					
	Sevofluran %	N2O (L / dk)	Oksijen (L / dk)																		
SIVILAR																					
CİNS	İdrar (ml)																				
	Kan (ml)																				
	Gastrik (ml)																				
	İlaçlar	Saat	240																		
			220																		
			200																		
			180																		
			160																		
			140																		
			120																		
		100																			
		80																			
		60																			
		40																			
		20																			
		0																			
Monitörizasyon	EKG																				
	FIO2																				
	SpO2																				
	ETCO2																				
	Isı																				
	CVP																				
Vent	Tidal Volüm (ml)																				
	Solumun Sayısı (.....dk)																				
	Peak Pressure (cmH2O)																				
	PEEP	CPAP (cmH2O)																			
	Verilen Pozisyon																				
	İşaretler	V	A	NIBP	I	IBP	Nabız	X	Anestezi	O	Cerrahi										

TA:	Nabız:	SpO2:	Solumun:	Isı:	CVP:	GKS:	<input type="checkbox"/> Uyanık <input type="checkbox"/> Ajite <input type="checkbox"/> Uykuya Eğilimli <input type="checkbox"/> Sommolans <input type="checkbox"/> Cevapsız
<input type="checkbox"/> Entübe <input type="checkbox"/> Ventilatör <input type="checkbox"/> Nasal O2 <input type="checkbox"/> Maske O2 <input type="checkbox"/> T Parça <input type="checkbox"/> Oral / Nasal	Airway: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stabil <input type="checkbox"/> Unstabil	Total Svr:	Kristalloid:	Kolloid:	Kan:	Uyandırma Notu:	
Gönderildiği Yer: <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Doğumhane <input type="checkbox"/> Servis <input type="checkbox"/>							
Sorumlu Anesteziist:	İmza:	Tarih:	Saat:				