|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| aibu_dis_logo | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**  **DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  PREOP DEĞERLENDİRME FORMU | | | C:\Users\Aidata\Downloads\birincilogo_3559696.png |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO |
| SAH.FR.01 | 11/03/2019 | - | - | 1/1 |

Tarih: ..../…./20..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı Yaş/Cinsiyet Protokol **ASA**  **TA: Nb: Vücut Sıcaklığı: Kilo: Kan Grubu: MP:**  **Planlanan Opr/Bölüm: Açlık Süresi:………….sa**  **Yoğun Bakım İhtiyacı □ VAR □ YOK □ ACİL □ ADLİ**  **Preoperatif Dikkat Olunması Gereken Durumlar:** | | | | | | |
| **ANAMNEZ**  **Fizik Aktivite Durumu:**  **Geçirilmiş Opr. ve ted.:**  **Kullandığı İlaçlar :**  **Sigara: Alkol: Takma diş: Kayıp Diş: Alerji: Yüksek Ateş:** | | | | | | |
| SİSTEM MUAYENESİ  KVS: PA AC Grafi:  Solunum Sist: EKG:  GİS: Kan Gazı:  Sinir Sist: ELİSA:  Diğer: | | | | | | |
| **LABORATUVAR BULGULARI** | | | | | | |
| AKŞ:  Hb:  İDRAR: | ÜRE:  Hct:  pH: | KRE.:  Plt:  Prot: | ALT:  Lök:  Keton: | AST:  Na:  Dansite: | INR:  K:  Glu: | PT/APTT:  Ca: Cl:  Sedim: |
| **ÖNERİLER (İstenen Konsültasyonlar)** | | | | | | |
| **KARAR: Doktor: İmza:**  **Tarih:…../…./201.. □Tetkikler Devam ediyor. □Sonuçlandı………………………………**  **Tarih:…../…./201.. □Tetkikler Devam ediyor. □Sonuçlandı………………………………** | | | | | | |