



Jyoti Hospital

Indoor Patient File

MRD Number
Bill Number
MLC Number
Strike if not applicable

Patient Name
Age/Sex
Diagnosis
ICD Code
Treatment
Consultant
Room Number
Cash | TPA | Panel
Admission Date
Address
UHID
Contact Number
Vulnerabilities
Allergies
Special Remarks

File Prepared by

Financial Clearance checked by.....

Discharged on

Discharged by.....

Discharge Handed to

MRD Checklist

- OPD Card
- Patient & Admission details
- Estimate
- Admission Consent
- Activity Sheet
- LAMA/DOR
- Initial Assessment
- Nursing Assessment
- Vitals Charting
- Procedure Consent
- Anesthesia Consent
- MOM Chart
- WHO SSC
- PAC Chart
- Progress Notes
- Preoperative Checklist
- OT Notes
- Shifting Notes
- Discharge Card
- KYC
- TPA
- Investigations
- Death Summary

UHID _____ Room _____

Patient Name _____

Age/Sex _____

Admission Consent & Undertaking

I hereby give my consent for my/my relatives admission & treatment in this hospital under care of Dr. _____, and I am ready for undergoing investigations, administration of medicines. Injections, Fluids (Glucose), Blood & Blood products, nutritional Interventions and minor process etc, as prescribed by clinician.

I also give consent to make timely payment of all dues of the hospital that are incurred from time to time during the management of patient in case the TPA/Panel/Company does not furnish the letter of credit/authority within 48 hours of admission or if there is any difference (due to non payment by provider such as HIV/HbsAg/ Implants and non medical items or difference in categories of allowable room rent/ surgery and doctor visiting charges) or denies to pay the medical bill. I undertake and assure to make full payment of medical bills to the hospital. I also undertake handing over of the original discharge and all original laboratory reports and films for dispatch to the TPA/Panel/Company by the hospital.

मैं मेरे/मेरे रिश्तेदार के इस अस्पताल में चिकित्स्क डॉ _____ की देख रेख में भर्ती और उपचार के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ और मैं जाँच, दवाइयों के प्रशासन के लिए इंजेक्शन, तरल पदार्थ (ग्लूकोज़ इत्यादि), रक्त और रक्त उत्पादों, पोषण हेतु अंतःक्षेप, और लघु प्रक्रियाओं एवं प्रभारिक चिकित्स्क द्वारा निर्धारित प्रक्रियाओं के लिए अपनी/अपने मरीज़ की सहमति प्रदान करता हूँ।

मैं अस्पताल के सभी देय राशि का समय पर भुगतान करने के लिए भी सहमति देता हूँ जो कि टीपीए/पैनल/कंपनी द्वारा भर्ती होने के 48 घंटे के भीतर क्रेडिट/प्राधिकरण पत्र प्रस्तुत नहीं करने की स्थिति में रोगी के प्रबंधन के दौरान समय-समय पर किया जाता है। यदि बिल में कोई अंतर किसी भी कारण से (एचआईवी/एचबीएसएजी/इम्प्लांट्स और गैर-चिकित्सीय वस्तुओं जैसे प्रदाता द्वारा भुगतान न करने या कमरे के किराए/सर्जरी और डॉक्टर के आने के शुल्क की श्रेणियों में अंतर के कारण) आता है, या चिकित्सा बिल का भुगतान करने में टीपीए/पैनल/कंपनी द्वारा इनकार करने पर, मैं वचन देता हूँ और आश्वासन देता हूँ की मैं अस्पताल को चिकित्सा बिलों का पूरा भुगतान करूंगा। मैं अस्पताल द्वारा टीपीए/पैनल/कंपनी को भेजने के लिए मूल डिस्चार्ज और सभी मूल प्रयोगशाला रिपोर्ट और फिल्मों को सौंपने का भी वचन देता हूँ।



Patient Sign



Admission Incharge



Financial Estimate

I have been counselled that the likely expense of my treatment mentioned in the initial evaluation form is INR _____. I fully understand that this is only an estimate of the expected cost of treatment and the final bill may vary from the estimate. I declare that I will pay the total final charges of the hospital in an amicable way within the time frame requested by the hospital, 50% of which will be paid by me at the time of admission.

मुझे बता दिया गया है कि प्रारंभिक मूल्यांकन फॉर्म में उल्लिखित मेरे उपचार का संभावित खर्च INR _____ है। मैं पूरी तरह से समझता हूँ की यह केवल उपचार का अपेक्षित लागत का अनुमान है और अंतिम बिल अनुमान से भिन्न भी हो सकता है। मैं घोषणा करता हूँ की मैं अस्पताल द्वारा अनुरोध किए गए समय सीमा के भीतर अस्पताल के कुल अंतिम शुल्क का भुगतान सौहार्दपूर्ण तरीके से करूंगा, जिसमे से 50% का भुगतान मुझे प्रवेश के समय या मरीज़ के भर्ती होने के समय करना होगा।



Patient Sign



Admission Incharge



UHID _____ Room _____
Patient Name _____
Age/Sex _____

Initial Assessment

Chief Complaint with Duration

History of Present Illness

Past History

Blood Pressure in mmHg [] Pulse Rate/min [] Saturation % []
Respiratory Rate / min [] Temperature (F) [] Pain Score / 10 []

General Physical Examination

Pallor Icterus Cyanosis Clubbing Edema Lymphadenopathy Others []

Systemic Evaluation

Local Examination

Provisional Diagnosis

Care Plan and Consultant Notes

Investigations

Treatment (also fill MOM chart)

Expected Outcome

 Medical Officer 

 Consultant 

All orders must be signed and date and time added

UHID _____ Room _____
 Patient Name _____
 Age/Sex _____

Nurse Assessment

Provisional Diagnosis

Brief History and Examination

Blood Pressure in mmHg _____ Pulse Rate/min _____ Saturation % _____
 Respiratory Rate / min _____ Temperature (F) _____ Pain Score / 10 _____

General Physical Examination

Pallor Icterus Cyanosis Clubbing Edema Lymphadenopathy Others _____

Systemic Evaluation

Ability to perform activities of daily life

Activity	Independent	Assisted	Dependent
Bathing			
Dressing			
Eating			
Walking			
Toilet Use			

Nursing needs
 (Tick the applicable ones)

- Is there a language problem
- Any cultural / religious barriers
- Is the patient at risk for falls
- Is the patient incontinent
- Oxygen therapy requirement
- Has tracheostomy been done
- Risk for pressure ulcers
- Any special nutrition needs
- Does the patient have implants
- Any other needs

Orientation

Room

Television

Bathroom

Telephone

Nurse Call System

Side Rails

Demonstrated/Placed within reach

Allergies / Adverse Reactions

- Medication, Please specify
- Food, Please Specify
- Blood Transfusion

 Nurse _____ 

Dietary Assessment

Weight
 Height
 Mid Arm Circumference
 Ideal Body Weight
 BMI
 Calorie Requirement
 Special Diet Needs
 Remarks

 Dietician _____ 

UHIP _____ Room _____
Patient Name _____
Age/Sex _____

Progress Notes

Doctor Nurse

UHID _____ Room _____
Patient Name _____
Age/Sex _____

Progress Notes

Doctor Nurse

Handover Notes

UHID _____ Room _____

Patient Name _____

Age/Sex _____

उपचार के लिए स्वैच्छिक अनुरोध Procedure Consent

This consent form should be signed by patient if an adult (Above 18 years of age) or by the parent/guardian if the patient is a minor or by the spouse or adult brothers or sisters or other family members of significant others (In this order of priority) if the patient lacks the ability to make an informed decision.

1. I hereby authorise the performance of the following operation(s), procedure(s), or treatment(s) (hereafter referred to as procedures); _____ (use no abbreviation/avoid technical terms) upon _____

_____ (name of patient). _____ नामक शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं के लिए मैं (या मेरा अधिकृत प्रतिनिधि, यानी, अभिभावक अभिभावक), _____ अपनी सहमति देता हूँ।

2. I understand 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. I have been advised regarding the benefits and reason of the procedure(s) as indicated by the clinical observations and/or diagnostics performed. मैं मानता हूँ कि चिकित्सा का अभ्यास उतना ही एक कला है जितना एक विज्ञान और इसलिए स्वीकार करता हूँ कि सफलता या परिणामों की संभावना के संबंध में कोई गारंटी नहीं दी गई है या दी जा सकती है। मुझे क्लिनिकल प्रेक्षणों और किए गए डायग्नोस्टिक्स द्वारा इस प्रक्रिया(यों) के निम्नलिखित लाभ के बारे में डॉक्टर द्वारा बताया गया है: _____

3. I have been advised that major risks involved in the above procedure(s) are listed as follows. मुझे सूचित किया गया है कि उपरोक्त प्रक्रियाओं (प्रक्रियाओं) में शामिल प्रमुख जोखिम निम्नानुसार हैं: _____

4. I have been advised of the following existing alternatives in treatment and prognosis if the procedure(s) is not done. They are listed as follows. यदि प्रक्रिया नहीं की जाती है तो मुझे उपचार और निदान में निम्नलिखित मौजूदा विकल्पों की सलाह दी गई है: _____

5. I authorize Dr. _____ and such assistants and associates as maybe selected by him/her to perform any part of the above procedure(s) upon myself/the patient. I have been advised and agree that any member of this team may perform any part of my procedure(s) according to his/her stage of training and ability, if in the opinion of the above named physician the experience and capability of the assistant surgeon justifies such a decision. मैं ऊपर लिखे डॉक्टर और उनके द्वारा चुने गए ऐसे सहायकों और सहयोगियों को मेरे ऊपर/रोगी पर उपरोक्त प्रक्रिया(यों) करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। मुझे सलाह दी गई है और मैं सहमत हूँ कि इस टीम का कोई भी सदस्य प्रशिक्षण और क्षमता के अपने चरण के अनुसार मेरी प्रक्रिया (प्रक्रियाओं) का कोई भी हिस्सा कर सकता है, यदि उपरोक्त नामित चिकित्सक की राय में सहायक सर्जन का अनुभव और क्षमता है इस तरह के फैसले को सही ठहराते हैं।

6. As with any procedure, I am aware that risks such as bleeding, infection, heart failure, change in blood pressure, allergic reaction to drugs, paralysis etc. may arise necessitating attention. Therefore, in addition to consenting to performance of the particular procedure(s), I also consent and authorize the rendering of such other care and treatment as my physician or his designee reasonable believes necessary should one or more of these and/or other unforeseeable events occur. जैसा कि किसी भी प्रक्रिया के साथ होता है, मुझे पता है कि रक्तस्राव, संक्रमण, दिल की विफलता, रक्तचाप में परिवर्तन, दवाओं से एलर्जी की प्रतिक्रिया, पक्षाघात आदि जैसे जोखिम ऑपरेशन के दौरान आ सकते हैं और उनका उपचार तुरंत करना ज़रूरी होता है। इसलिए मैं, विशेष प्रक्रिया (प्रक्रियाओं) के प्रदर्शन के लिए सहमति देने के अलावा, ऐसे अन्य एक या उससे अधिक उपचार प्रदान करने के लिए सहमति देता हूँ और अधिकृत करता हूँ, जैसा कि मेरे चिकित्सक या उनके नामित व्यक्ति उस समय उचित मानते हैं।

7. Blood or Blood product transfusions; this consent includes the administration of blood/or product transfusion during this procedure and immediate post-operative period. I have been informed that despite careful screening with national and international regulations there are rare instances of life threatening infections such as AIDS, Hepatitis, and other viral and parasitic infections or diseases many of which are as yet unknown for which screening tests do not exist. I also understand that unpredictable reactions may occur which include but are not limited to fever, rash and shortness of breath, shock and in rare occasion death. Expected benefits of the transfusion may include minimizing shock, brain and other end organ damage, hastening recovery and limiting blood loss. However I understand that there are no guarantees offered as to the expected benefits of the transfusion. रक्त या रक्त उत्पाद आधान प्रक्रिया के दौरान और तत्काल पोस्ट-ऑपरेटिव अवधि के दौरान रक्त/या उत्पाद आधान के प्रशासन के लिए मैं अपनी सहमति प्रदान करता हूँ। मुझे सूचित किया गया है कि राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय नियमों के अनुसार सावधानीपूर्वक जांच के बावजूद एड्स, हेपेटाइटिस, और अन्य वायरल और परजीवी संक्रमण या बीमारियों जैसे जीवन खतरनाक संक्रमणों के दुर्लभ उदाहरण हैं जिनमें से कई अभी तक अज्ञात हैं जिनके लिए स्क्रीनिंग टेस्ट नहीं किए जाते हैं। मैं यह भी समझता हूँ कि अप्रत्याशित प्रतिक्रियाएं हो सकती हैं जिनमें बुखार, दाने और सांस की तकलीफ, सदमा और दुर्लभ अवसरों पर मृत्यु भी हो सकती है। आधान के अपेक्षित लाभों में शॉक को कम करना, मस्तिष्क और अन्य अंग क्षति को कम करना, रक्तचाप में तेजी लाना और रक्त की हानि को सीमित करना शामिल हो सकता है। हालांकि मैं समझता हूँ कि आधान के अपेक्षित लाभों की कोई गारंटी नहीं दी जाती है।

8. I consent to the photography or televising of the procedure(s) to be performed for the purpose of advancing medical education; or its publication in scientific journals providing my/the patients identity is not revealed by the pictures or description in the accompanying text in an effort to further medical science and education. मैं चिकित्सा शिक्षा को आगे बढ़ाने के उद्देश्य से की जाने वाली प्रक्रिया (प्रक्रियाओं) की फोटोग्राफी या टेलीविजन पर प्रसारण और वैज्ञानिक पत्रिकाओं में इसके प्रकाशन के लिए सहमति देता/देती हूँ; अगर इसमें मेरी /रोगी की पहचान गुप्त रखी जाती है।

9. I consent to and authorise the presence of and observation of this procedure by qualified observers as may be authorized by the hospital authorities and its regulatory laws and agencies. मैं योग्य पर्यवेक्षकों द्वारा इस प्रक्रिया को देखने, और इसमें उपस्थित रहने के लिए सहमति देता हूँ और अधिकृत करता हूँ, जैसा कि अस्पताल के अधिकारियों या इसके नियामक कानूनों और एजेंसियों द्वारा अधिकृत किया गया हो।

Authorization of patient | रोगी का प्राधिकरण

I acknowledge that I have had an opportunity to discuss this procedure, as stated above, with my physician or physician designees, and hereby consent to this procedure. मैं स्वीकार करता हूँ कि मुझे मेरे चिकित्सक या चिकित्सक नामितों के साथ इस प्रक्रिया पर चर्चा करने का अवसर मिला है, जैसा कि ऊपर कहा गया है, और इस प्रक्रिया के लिए मैं किसी भी बहरी दबाव के बिना, पूरे होशों हवास में अपनी स्वैच्छिक सहमति देता हूँ।



Patient Sign



Witness



Consultant



UHID _____ Room _____

Patient Name _____

Age/Sex _____

Belonging Handover

Belongings or other articles written in the possession of the patient whilst in hospital are only the responsibility of the patient or the Relatives. Hospital accepts no responsibility for the loss of or damage to personal property of any kind including money.

अस्पताल में भर्ती रोगी के सामान की देखभाल केवल रोगी या रिश्तेदारों की जिम्मेदारी है। अस्पताल पैसे सहित किसी भी प्रकार की व्यक्तिगत संपत्ति के नुकसान या क्षति के लिए कोई जिम्मेदारी नहीं लेता है।

Valuables handed over to staff | स्टाफ़ को दिया गया कीमती सामान:

Jewellery | आभूषण

Rings | अंगूठी

Mobile phone | मोबाइल फोन

Other belongings(Please specify) | अन्य सामान (कृपया निर्दिष्ट करें)

Watch | घड़ी

Bracelet | कंगन

Wallet | वॉलेट

The numbers above is a correct record of items handed over to the patient. उपरोक्त संख्या मरीज को सौंपी गई वस्तुओं का एक सही रिकॉर्ड है।



Nurse



Patient / Attendant



Pre Operative Checklist

Right patient for right surgery

Consent (Routine/High Risk)

PAC Done by Anesthetist & Report attached

Pre-Operative Fasting Status okay

Pre operative antibiotics given or Antibiotics are sent with the patient to OT

Cosmetics & nail polish removed

Belongings handed over to patients attendants with acknowledgment

Pre-medication given

Pre-operative orders followed

Blood/blood products arranged

Monitoring Investigation report attached

Part preparation done as per advice

Investigation reports and films attached

Patient dressed in OT Clothes

Referral Consultation, if any, done

Financial clearance taken

Enema/ Bowel Wash

Vitals checked and recorded

Removal of prostheses, dentures, contact lenses etc.

Remarks: If the answer to any of the above question is "NO". please inform the OT with the reason for the same.



Nurse



UHID _____ Room _____

Patient Name _____

Age/Sex _____

Anesthesia Consent

(To be filled either by the doctor or the patient | डॉक्टर या रोगी द्वारा भरे जाने के लिए)

I, _____ have been scheduled for surgery named _____ and I understand that anesthesia services will be required so that the surgery can be performed. I am aware that anesthesia will be provided by an anesthesiologist who will monitor my health throughout the procedure. It has been explained to me in my own language that all forms of anesthesia involve some risks even at the hands of competent and skilled anesthesiologists.

मैं समझता हूँ कि मेरी/मेरे मरीज़ की शल्य चिकित्सा करने लिए संज्ञाहरण सेवाओं की आवश्यकता होगी। मुझे पता है कि संज्ञाहरण एक एनेस्थेसियोलॉजिस्ट द्वारा प्रदान किया जाएगा जो पूरी प्रक्रिया के दौरान मेरे स्वास्थ्य की निगरानी करेगा। यह मुझे अपनी भाषा में समझाया गया है कि सभी प्रकार के एनेस्थेसिया में सक्षम और कुशल एनेस्थेसियोलॉजिस्ट के हाथों में भी कुछ जोखिम शामिल होते हैं।

Common risks are bruising at the site of the injection/infusion, Confusion, Itching, nausea, vomiting, dizziness, blurred vision, minor injury to the lips tongue and Sore throat. Uncommon risks include possibility of infection in the chest, bleeding and damage to the teeth, temporary pain in the muscles, wheezing and difficulty in breathing, awareness and deterioration of existing medical condition. Extremely rare risks include failure of equipment, drug allergies including severe life threatening reactions, blood clot or air lock in the legs/heart/lungs or brain causing damage to the organs as well as risk of life, heart attack and damage to vision and even death.

इंजेक्शन वाली जगह पर चोट, भ्रम, खुजली, मितली, उल्टी, चक्कर आना, धुंधली दृष्टि, होठों की जीभ में मामूली चोट और गले में खराश सामान्य जोखिम हैं। असामान्य जोखिमों में छाती में संक्रमण, रक्तस्राव और दांतों को नुकसान, मांसपेशियों में अस्थायी दर्द, घरघराहट और सांस लेने में कठिनाई, जागरूकता और मौजूदा स्वास्थ्य स्थिति में गिरावट शामिल हैं। अत्यधिक दुर्लभ जोखिमों में उपकरणों की विफलता, गंभीर जीवन घातक एलर्जी, पैरों/दिल / फेफड़े या मस्तिष्क में रक्त के थक्के या हवा के लॉक के कारण अंगों की क्षति, साथ ही अंगों को नुकसान पहुंचाने के साथ-साथ जीवन का जोखिम, दिल का दौरा और दृष्टि और यहां तक की जान नुकसान भी शामिल है।

I understand that these risks apply to all forms of anesthesia. I also understand that the types of anesthesia checked below will be used for my procedure and the technique chosen for me is determined by many factors such as my physical condition, nature of procedure, doctors preference and well as my own desire. It has been explained to me that sometimes an anesthesia technique which involves the use of local anesthesia with or without sedation may not succeed completely and therefore another technique may be used along with it to allow successful completion of my procedure including general anesthesia.

मैं समझता हूँ कि ये जोखिम संज्ञाहरण के सभी रूपों पर लागू होते हैं। मैं यह भी समझता हूँ कि नीचे दिए गए संज्ञाहरण के प्रकार का उपयोग मेरी प्रक्रिया के लिए किया जाएगा और मेरे लिए चुनी गई तकनीक को मेरी शारीरिक स्थिति, प्रक्रिया की प्रकृति, डॉक्टरों की पसंद और मेरी अपनी इच्छा जैसे कई कारणों द्वारा निर्धारित किया जाता है। यह मुझे समझाया गया है कि कभी-कभी एक एनेस्थेसिया तकनीक जिसमें स्थानीय बेहोशी का उपयोग किया जाता है, पूरी तरह से सफल नहीं होने पर इसके साथ एक और तकनीक का उपयोग किया जा सकता है, जिसकी मैं सहमति प्रदान करता हूँ।

Complications specific to the type of anesthesia | संज्ञाहरण के प्रकार पर आधारित विशिष्ट जटिलताएँ

I understand that these complications have been listed to help me make an informed decision and that the possibility of these complications is remote but existent. मैं समझता हूँ कि इन जटिलताओं को एक सही निर्णय लेने में मदद करने के लिए सूचीबद्ध किया गया है और इन जटिलताओं की संभावना दूरस्थ लेकिन अस्तित्व में है।

General Anaesthesia (जेनरल एनेस्थेसिया)

Expected Result (अपेक्षित परिणाम): Totally unconscious state achieved by possible placement of a tube into the windpipe. पूरी तरह से बेहोश अवस्था जिसको विंडपाइप में एक ट्यूब डालकर हासिल किया जाता है।

Technique (तकनीक) Drug is injected into the bloodstream and breathed into the lungs. दवा को रक्त प्रवाह में इंजेक्ट किया जाता है और फेफड़ों में सांस द्वारा दिया जाता है।

Risks (not limited to) (जोखिम) Mouth or throat pain, hoarseness of voice, injury to the mouth, teeth or dental work, eye abrasions, awareness under anesthesia, injury to blood vessels, entry of vomit into the lungs causing infection, visual loss following surgery in the prone position, inability to place the breathing tube. मुंह या गले में दर्द, आवाज़ की कर्कशता, मुंह पर चोट, दांत या दाँतों की चोट, आँख का फड़कना, निश्चेतना के बीच जागरूकता, रक्त वाहिकाओं में चोट, फेफड़ों में उल्टी का प्रवेश और संक्रमण, दृष्टि को क्षति, सांस की नली को रखने में असमर्थता।

Spinal/epidural/combined anesthesia (स्पाइनल / एपिड्यूरल / संयुक्त संज्ञाहरण)

With Sedation (सिडेसन के साथ) Without sedation (सेडेशन के बिना)

Expected Result (अपेक्षित परिणाम) Temporary decrease or loss of sensation and/or movement of the lower body after spinal canal injection. स्पाइनल कैनाल इंजेक्शन के बाद निचले शरीर के अस्थायी पूर्ण सुनपन।

Technique (तकनीक) Drug is injected into the spinal canal or in the immediate vicinity of the spinal canal. दवाई को स्पाइनल कैनाल में या स्पाइनल कैनाल के आसपास के क्षेत्र में इंजेक्ट किया जाता है।

Risks (not limited to) (जोखिम): Headache, backache, buzzing in the ears, convulsions, infection in the canal or brain (meningitis), damage to the spinal cord leading to permanent weakness, difficulty in passing urine, residual pain and numbness, injury to blood vessels, hematoma, possibility of anesthesia causing stoppage of heart activity and respiration. सिरदर्द, पीठ दर्द, कानों में भनक, ऐंठन, स्पाइनल नाड़ी या मस्तिष्क (मैनिंजाइटिस) में संक्रमण, रीढ़ की हड्डी को नुकसान, स्थायी कमजोरी के कारण मूत्र करने में कठिनाई, अवशिष्ट दर्द और सुन्नता, रक्त वाहिकाओं को चोट, खून की गाँठ बनना, हृदय गति-विधि और श्वसन के रुकने की संभावना।

Nerve block (नर्व ब्लॉक)

With sedation (सिडेसन के साथ) Without sedation (सेडेशन के बिना)

Expected Result: (अपेक्षित परिणाम) Temporary loss of feeling and/or movement of a specific limb. एक विशिष्ट अंग की भावना और / या काम करने का अस्थायी सुनपन।

Technique (तकनीक): Drug injected in immediate vicinity of the nerves providing loss of sensation to the area of the operation. ऑपरेशन के क्षेत्र में सुनसनी प्रदान करने वाली नसों के आसपास के क्षेत्र में इंजेक्शन।

Risks (not limited to) (जोखिम): Infection, convulsions, weakness, persistent numbness, residual pain, injury to the blood vessels. संक्रमण, ऐंठन, कमजोरी, लगातार सुन्नता, अवशिष्ट दर्द, रक्त वाहिकाओं में चोट।

IV Regional Anaesthesia: Expected Result (अपेक्षित परिणाम)

With Sedation (सिडेसन के साथ) Without sedation (सेडेशन के बिना)

Temporary loss of feeling and/or movement of a specific limb. एक विशिष्ट अंग की भावना और / या काम करने का अस्थायी सुनपन ।
Technique (तकनीक): Drug is injected into the veins of the arm while a tourniquet is applied. टर्निकेट लगाने के बाद ड्रग को हाथ की नसों में इंजेक्ट किया जाता है।

Risks (not limited to) (जोखिम): Infection, convulsions, weakness, persistent numbness, residual pain, injury to the blood vessels. संक्रमण, ऐंठन, कमजोरी, लगातार सुन्नता, अवशिष्ट दर्द, रक्त वाहिकाओं में चोट।

Monitored Anaesthesia care with sedation (बेहोश करने की क्रिया के साथ निगरानी संज्ञाहरण देखभाल)

Expected Result (अपेक्षित परिणाम) Reduced anxiety and pain, partial or total amnesia. घबराहट और दर्द में कमी, आंशिक या कुल ऑपरेशन को भूलने में आसानी

Technique (तकनीक) Drug is injected into the bloodstream or breathed into the lungs or by other routes producing a semi conscious state. बेहोशी की दवाई को रक्तप्रवाह में इंजेक्ट किया जाता है या फेफड़ों में स्वास द्वारा पहुँचाया जाता है, जिससे बेहोशी, जैसी स्थिति हो जाती है।

Risks (not limited to) (जोखिम) Unconscious prolonged state, depression of breathing leading to need of general anesthesia or ventilation, injury to blood vessels. बेहोशी की लंबी अवस्था साँस लेने का अवसाद के कारण सामान्य संज्ञाहरण या वेंटिलेशन की आवश्यकता, रक्त वाहिकाओं को चोट।

Monitored Anaesthesia care without sedation (निगरानी संज्ञाहरण देखभाल)

Expected Result (अपेक्षित परिणाम) Measurement of vital signs and availability of anesthesia for further intervention or pain management if needed. यदि आवश्यक हो तो आगे के हस्तक्षेप या दर्द प्रबंधन के लिए संज्ञाहरण की उपलब्धता का मापन।

Technique (तकनीक) Observation । अवलोकन

Risks(not limited to) (जोखिम) Awareness of the procedure, anxiety or discomfort. प्रक्रिया, चिंता या ऑपरेशन के बारे में जागरूकता

Declaration by the patient/Guardian (in case of minors) Close relative (if patient is unable to make an informed consent) or Proxy

I acknowledge that the anesthesiologist has informed me about the anesthesia plan and the alternatives available. All my specific queries and concerns about this matter have been addressed. I acknowledge that I have discussed the significant risks and complications specific to the patients individual circumstances. All my questions have been answered to my satisfaction and all blanks requiring insertion or completion were filled in prior to the time of my signature. I give my full free voluntary consent with a stable mind freely, voluntarily and without reservation to undergo the planned anesthesia by the anesthesia care team after having understood, the risk and possible complications. I also give my consent for any alternative form of anesthesia if necessary as deemed appropriate by the anesthesia care team. रोगी/अभिभावक द्वारा घोषणा (नाबालिगों के मामले में) करीबी रिश्तेदार (यदि रोगी एक सूचित सहमति बनाने में असमर्थ है या प्रॉक्सि है। मैं स्वीकार करता हूँ कि एनेस्थेसियोलॉजिस्ट ने मुझे एनेस्थीसिया योजना और उपलब्ध विकल्पों के बारे में सूचित किया है। इस मामले के बारे में मेरे सभी विशिष्ट प्रश्नों और चिंताओं को संबोधित किया गया है। मैं स्वीकार करता हूँ कि मैंने रोगियों के लिए विशिष्ट परिस्थितियों के लिए महत्वपूर्ण जोखिम और जटिलताओं पर चर्चा की है। मेरे सभी सवाल का जवाब मेरी संतुष्टि के लिए दिया गया है और प्रविष्टि या पूर्णता की आवश्यकता वाले सभी रिक्त स्थान मेरे हस्ताक्षर के समय से पहले भरे गए थे।



Patient / Attendant



Declaration by Anesthesiologist

I declare that I have explained the nature of anesthesia to be given and discussed the risks that particularly concern this patient. I have explained the procedure, risk and the likely consequences of the anesthesia and the risks. I have given the patient/guardian the opportunity to ask questions about any of the above matters and answered them to the best of my knowledge. I am of the opinion that the patient/guardian/ substitute decision maker have understood the above information. मैं अपनी पूरी स्वतंत्र स्वीच्छिक सहमति देता हूँ एक स्थिर मन के साथ स्वतंत्र रूप से, स्वेच्छा से और आरक्षण के बिना समझे जाने के बाद एनेस्थीसिया देखभाल टीम द्वारा योजनाबद्ध एनेस्थीसिया से गुजरने के लिए, जोखिम और संभावित जटिलताओं को समझने के बाद। मैं एनेस्थीसिया के किसी भी वैकल्पिक रूप के लिए भी अपनी सहमति देता हूँ, यदि आवश्यक हो तो एनेस्थीसिया केयर टीम द्वारा उपयुक्त समझा जाता है। Individual Risk Factors increasing the risk are: जोखिम बढ़ाने वाले व्यक्तिगत जोखिम कारक हैं:

- Difficult airway | कठिन वायुमार्ग
- URTI infection | उपरी श्वसन पथ का संक्रमण
- Diabetes | मधुमेह
- Hypertension | उच्च रक्तचाप
- Asthma/COPD | अस्थमा/ सीओपीडी के लगातार हमले
- Substance Abuse | मादक द्रव्यों का सेवन
- Thyroid Disorders | थायरॉइड विकार
- Anemia | रक्ताल्पता
- Ongoing blood thinners | खून पतला होना
- Full stomach | भर पेट
- Others | अन्य कारण
- Ongoing heart attack | दिल का दौरा

- Coronary artery disease | कोरोनरी धमनी की बीमारी
- Poor myocardial function | हृदय का खराब फंक्शन
- Heart Valve/ Rhythm Abnormalities | हृदय वाल्व/लय की असामान्यताएं
- Recent cardiac bypass or stenting | हालिय हृदय बाईपास या स्टेंटिंग
- Blood clot in lower limbs | निचले अंगों में रक्त का थक्का
- Renal failure | वृक्कीय विफलता/गुर्दे की बीमारी या खराबी
- Electrolyte imbalance | इलेक्ट्रोलाइट असंतुलन
- Prior large blood loss | पहले से चली आ रही खून की कमी या खून का नुकसान
- Non elicitable history | मेडिकल इतिहास पूरी तरह मालूम न होना
- Collapse during intervention | इंटरवेंशनल प्रक्रिया के दौरान जीवन घातक वाक्
- Obesity/Obstructive Sleep Apnea | मोटापा / ऑब्स्ट्रक्टिव स्लीप एपनिया

Risk Stratification | जोखिम स्तरीकरण

- Standard | मानक
- Moderate मध्यम
- High | उच्च



Anesthesiologist



UHID _____ Room _____
 Patient Name _____
 Age/Sex _____

PAC Sheet

- Last Meal Time
- Cough
- Expectoration
- Breathlessness Grade
- Exercise Tolerance. Good Average Poor
- Headache
- Convulsion
- Fainting
- Fever
- Vomiting
- Diarrhoea
- Pain Chest
- Heart Attack
- Smoking
- Alcohol
- Hypertension
- Diabetes Mellitus
- Tuberculosis
- Jaundice
- COPD/AD
- Thyroid Disease
- Bleeding Disorder
- Prolonged Hospitalisation
- Previous Transfusion

Daily Fluid Intake

Previous Anaesthetic & Surgical Experience

Drug Allergy to

Other Specific History

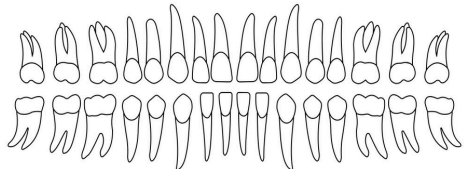
Current Medications

Remarks on Investigations

Final Assessment

ASA Grade
 Patients Choice of Anesthesia
 Anesthesia Plan

- BP
- HR
- RR
- SpO2
- Height
- Blood Group Arranged
- General Condition
- Mental Status
- Anemia Jaundice Cyanosis
- Oedema Clubbing LAD
- Oral Hygiene
- Jaw Movement
- Spine / Back
- Dental Status



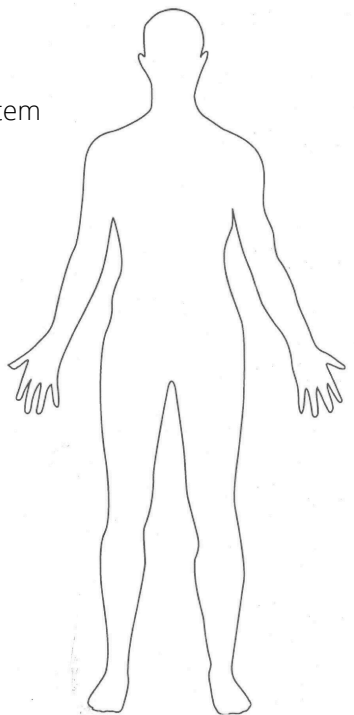
- Airway Examination
- Mallampatti Score
- Thyromental Distance
- Neck Extension
- Malnutrition / Obesity
- Intubation Difficulty
- Psychiatric Status

CNS

Respiratory System

Abdominal

Mark all lines/ drains



All orders must be signed and date and time added

UHID _____ Room _____
 Patient Name _____
 Age/Sex _____

Intra-op Monitoring Sheet

- NPO Time Reviewed
- Consent / Inves. Checked
- Induction /Spinal Time
- Surgery Starting Time
- Surgery End Time
- Position
- Needle Size
- Drug Used
- Dosage
- Vertebral Space

- Torniquet
- Starting Time
- End Time
- Pressure Areas Managed

Induction Agent

Maintenance Agent

Reversal Agent

Remarks

- ECG
- Volume Infused
- Urine Output
- Blood Sugar
- ABG
- Blood Loss
- Blood / Components Infused
- Ventilator Mode
- Frequency
- Tidal Volume | FiO2

Adverse Anesthesia Events

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Drug reaction | <input type="checkbox"/> Arrythmia |
| <input type="checkbox"/> Prolonged ventilation | <input type="checkbox"/> Laryngospasm / Bronchospasm |
| <input type="checkbox"/> Need for CPR | <input type="checkbox"/> Unplanned Admission to ICU |
| <input type="checkbox"/> Postop Stridor | <input type="checkbox"/> Unexplained Hyper/Hypotension |
| <input type="checkbox"/> Intubation failure | <input type="checkbox"/> Anaesthesia Related Mortality |
| <input type="checkbox"/> Blood reaction | <input type="checkbox"/> Others |



All orders must be signed and date and time added

UHID _____ Room _____
 Patient Name _____
 Age/Sex _____

Shifting Notes

Patient Parameters	PR	BP	SpO2	RR	ECG
Time of reversal					
Time of Shifting to HDU					
Time to Shifting to Ward					

- Conscious
- Obeys Commands
- Sustained Head Lift
- Hand Grip
- Able to Bend Knees

Fluid Balance Summary	Color	Oxygenation	Points
Crystalloids	Pink	SpO2>92% on room air	2
Colloids	Pale or dusky	SpO2<92% on oxygen	1
FFP	Cyanotic	SpO2>92% on oxygen	0
Packed Cella	Respiration	Respiration	
Platelet	Can breathe deeply and cough	Breathes deeply and cough freely	2
Whole Blood	Shallow but adequate exchange	Dyspneic, shallow or limited breathing	1
.....	Apnea or obstruction	Apnea	0
Total Input	Circulation	Circulation	
Blood loss	BP+/-20% of Normal	BP+/-20% of Normal	2
Urine output	BP+/-20-50% of Normal	BP+/-20-50% of Normal	1
Other loss	BP>50% of Normal	BP>50% of Normal	0
.....	Consciousness	Consciousness	
Total Output	Awake, alert and oriented	Fully awake	2
.....	Arousable by readily drifts back to sleep	Arousable on calling	1
Balance	No response	Not responsive	0
	Activity	Activity	
	Moves all extremities	Moves all extremities	2
	Moves two extremities	Moves two extremities	1
	No movement	No movement	0

Transfer Notes

  
 All orders must be signed and date and time added

Discharge Planning

Lives with Spouse | Adults | Children | Minor Children | Others
Support Systems at Home ?
 Care Giver:
 Will patient require **transportation** arrangement to go home Stairs to climb at home ?
 Number of Floors
 Will **physiotherapy** be required at home Is home medical equipment required ?
 Is home **oxygen** therapy anticipated ?
 Are **dressng** needs at home anticipated ?
 Any other needs anticipated ?

Discharge Summary

UHID _____ Room _____
 Patient Name _____
 Age/Sex _____

Surgical Safety Checklist

SIGN IN
Before Induction of Anesthesia

- Patient has confirmed Identity
- Site
- Procedure
- Consent
- Site marked/not applicable
- Anaesthesia safety check complete
- Pulse Oximeter on patient and functioning

Does patient have a:
 Known allergy?

- No
 - Yes
- Difficult airway/aspiration risk?
- No
 - Yes, Equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss

- (7ml/kg in children)?
 - No
- Yes, and adequate IV access & Fluids planned

TIME OUT
Before Skin Incision

- Confirm all team members have introduced themselves by name & Role
- Surgeon, anaesthesia professional and nurse verbally confirm
 - Patient
 - Site
 - Procedure

Anticipated critical events

- Surgeon reviews: what are the critical or unexpected steps, operative duration, anticipated Blood loss?
- Anaesthesia team reviews: are there any patient-specific concerns?
- Nursing team reviews: has sterility (including indicator results) been confirmed?
- Are there equipment Issues or any concerns?
 Has antibiotic prophylaxis been given Within the last 60 minutes?
 - Yes
 - Not applicable

Is essential imaging displayed?

- Yes
- Not applicable

SIGN OUT
Before Patient leaves OR

Nurse verbally confirms with Team:

- The name of the procedure recorded
- That instrument, sponge and needle counts are correct (or not Applicable)
- How the specimen is labelled (including patient name)
- Whether there are any equipment Problems to be addressed
- Surgeon, anaesthesia professional and nurse review the key concerns for recovery and management of this patient



Nursing Staff / OTA



Anesthesiologist



Surgeon



UHID _____ Room _____

Patient Name _____

Age/Sex _____

Operative Notes

Operative Diagnosis
Surgery Performed
Operating Surgeon
Assistant Surgeon
Nursing Assistant
Scrub Nurse
Duration of Surgery
Estimated Blood Loss
Operative Findings

Implant Used

Operative Steps

Post Operative Orders

NPO Status

Position for Nursing

Fluid Orders

Medications

Special Instructions

Tissue Sent for Histopathology



Surgeon



UHID _____ Room _____

Patient Name _____

Age/Sex _____

Feedback Form

Thank you for choosing Jyoti Hospital for your healthcare needs.

अपनी स्वास्थ्य संबंधी ज़रूरतों के लिए ज्योति अस्पताल को चुनने के लिए धन्यवाद।

Please rate your experience on a scale of one (Very Poor) to five (Very Good).

कृपया अपने अनुभव को एक (बहुत खराब) से पांच (बहुत अच्छा) के पैमाने पर रेट करें।

How often did the doctor listen to you carefully?

डॉक्टर ने कितनी बार आपकी बात ध्यान से सुनी?

1 2 3 4 5

How clearly did the doctor explain your condition & course of treatment?

डॉक्टर ने आपकी स्थिति और उपचार के बारे में कितनी स्पष्ट व्याख्या की ?

1 2 3 4 5

How often did the duty doctor treat you with courtesy and respect?

ड्यूटी डॉक्टर ने कितनी बार आपके साथ शिष्टता और सम्मान के साथ व्यवहार किया?

1 2 3 4 5

How often did the nurses take good care and respond to the call bell promptly?

क्या नर्सों ने आपका पूरा ध्यान रखा और कॉल बेल का तुरंत जवाब दिया?

1 2 3 4 5

How courteous and helpful was the reception staff at the time of admission?

प्रवेश के समय रिसेप्शन / फ्रंट ऑफिस स्टाफ कितना विनम्र और मददगार था?

1 2 3 4 5

How clearly were you explained your discharge summary and follow-up instructions? क्या आपको अपने डिस्चार्ज निर्देशों को स्पष्ट रूप से समझाया गया था?

1 2 3 4 5

Was your discharge done in a timely and effective manner?

क्या आपका डिस्चार्ज समय पर और प्रभावी तरीके से किया गया था?

1 2 3 4 5

How clearly were you explained the estimated cost of your treatment?

आपको अपने उपचार की अनुमानित लागत स्पष्ट रूप से बताई गई थी?

1 2 3 4 5

How satisfied were you with the TPA/Insurance Desk?

आप टीपीए/बीमा डेस्क से कितने संतुष्ट थे?

1 2 3 4 5

How do you rate the skill level of the staff collecting the blood sample?

आप रक्त का नमूना एकत्र करने वाले कर्मचारियों के कौशल स्तर का मूल्यांकन कैसे करते हैं?

1 2 3 4 5

Were you explained the radiology procedure by the radiology staff?

क्या आपको रेडियोलॉजी स्टाफ द्वारा रेडियोलॉजी प्रक्रिया के बारे में समझाया गया था?

1 2 3 4 5

How was the quality of food (e.g. taste, presentation, quantity)?

भोजन की गुणवत्ता कैसी थी (जैसे स्वाद, प्रस्तुति, मात्रा)?

1 2 3 4 5

How did you find the cleanliness standards of the room and surrounding areas?

आपने कमरे और आस-पास के क्षेत्रों के स्वच्छता मानकों का पता कैसे लगाया?

1 2 3 4 5

How often did housekeeping respond promptly to your needs?

हाउसकीपिंग ने कितनी बार आपकी ज़रूरतों पर तुरंत प्रतिक्रिया दी?

1 2 3 4 5

Did signages in the hospital aid in easy movement ?

क्या अस्पताल में साइनेज ने आसान आवाजाही में सहायता की ?

1 2 3 4 5

? How would you rate the pharmacy services in the hospital?

आप अस्पताल में फार्मसी सेवाओं का मूल्यांकन कैसे करेंगे?

1 2 3 4 5

Do you consider services offered by our hospital as value for money?

क्या आपको हमारे अस्पताल द्वारा प्रदान की गयी सेवाओं के मूल्य सही लगे ?

1 2 3 4 5

Would you recommend our Hospitals to your friends and family?

क्या आप अपने मित्रों और परिवार को हमारे अस्पतालों की सिफारिश करेंगे?

1 2 3 4 5

Please guide us how we can make the hospital services better.

कृपया हमें बताएं की हम अपने अस्पताल को कैसे बेहतर कर सकते हैं



Patient Sign

