Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1»

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО**

N амбулаторной карты ОДКБ \_\_\_

N полиса код с.к. код территории

Другой документ (№ квитанции об оплате) \_\_\_\_\_

Дата\_

**1. Заполняется лечащим врачом.**

Фамилия и. о.

Домашний адрес

Пол Дата рождения

OAK

О AM

ЭКГ

Диагноз

Показания к операции

Вес

**То**

АД \_ \_\_ Пульс

Дата Дата

Показания к обследованию

Данные объективного осмотра

Сопутствующие заболевания
Лечащий врач

Ф.ИО

**2. Заполняется врачом-анестезиологом**

Наркозы в анамнезе ■

Аллергоанамнез

Риск 12 3 4 5

ПРОВЕДЕННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Вид обезболивания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Операция, исследование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название

Осложнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Продолжительность наркоза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Продолжительность операции, исследований \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись анестезиолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись медицинской сестры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_