

مستشفى مارينا الاهلي

I.D

The Recovery Form نموذج غرفة الإنعاش

اختصاصي الجراحة _____ اختصاصي التقدير _____
مريض الإنعاش _____ ساعة قديم المريض لغرفة الإنعاش _____ التاريخ / /

Previous Medical history:

1.	H.T.N	Yes	No
2.	D.M	Yes	No
3.	C.H.F	Yes	No
4.	I.H.D	Yes	No

5.	B. Asthma	Yes	No
6.	C.O.P.D	Yes	No
7.	Other		
8.	Allergies		

Medications:

1. _____

3. _____

2. _____

4. _____

Vital Signs:

	Time	0.0	10	20	30	40	50	60	
1.	R.R								Blood Loss:
2.	SaO2								
3.	HR								
4.	Rhythm								
5.	B.P								Blood Transfusion:
6.	Urine output								
7.	Temp.								

Recovery Course:

Discharge Criteria

1. Level of consciousness & orientation: _____
2. Airways _____
3. Protective airways reflexes: _____
4. Skeletal muscle strength: _____
5. Ventilation: _____
6. Cardio-Vascular condition: _____
7. Pain: _____ Pain Killer: _____
8. Nausea, Vomiting: _____ Anti-emetic: _____
9. Bleeding: _____ Drains: _____

Transfer to:

ICU

Time:

Patient Room

Doctor Signature

Nurse Signature