



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd.

NABH
Safe - I™ An NABH Safe-I Certified Hospital
FOR HOSPITAL INFECTION CONTROL

CIN: U85110KL1979PTC003092

PATTOM, THIRUVANANTHAPURAM-695 004

Phone : 0471-2521136,2521100,2521250/51/52/53 (20 lines) Fax : 91-471-2449188
email : cosmopolitan@cosmopolitanhospitals.in, www.cosmopolitanhospitals.in

DISCHARGE SUMMARY

Department Of Obstetrics & Gynecology

Name: SREYA T S

Age 29 YRS

Sex: F

OP Number: E 1188866

IP Number: 369699

Date of Admission: 9.12.18

Consultant Dr. SHEELA SHENOY

Date of Discharge: 10.12.2018

~~INCOMPLETE ABORTION~~ INCOMPLETE ABORTION UNDER GA

Primi, LMP - 13/09/18. Admitted with complaint of bleeding PV.
O/E - PR - 82/mins, BP - 110/70mmHg, CVS / Resp - NAD.

Investigations

USS (9/12/18) - Uterus 88 x 48 x 45mm. Endometrial cavity echogenic area 34 x 17 mm.

Impression - Incomplete Abortion.

Blood group - B+ve. RBS - 100, TSH - 2.9. Serology - Negative.

Course in Hospital

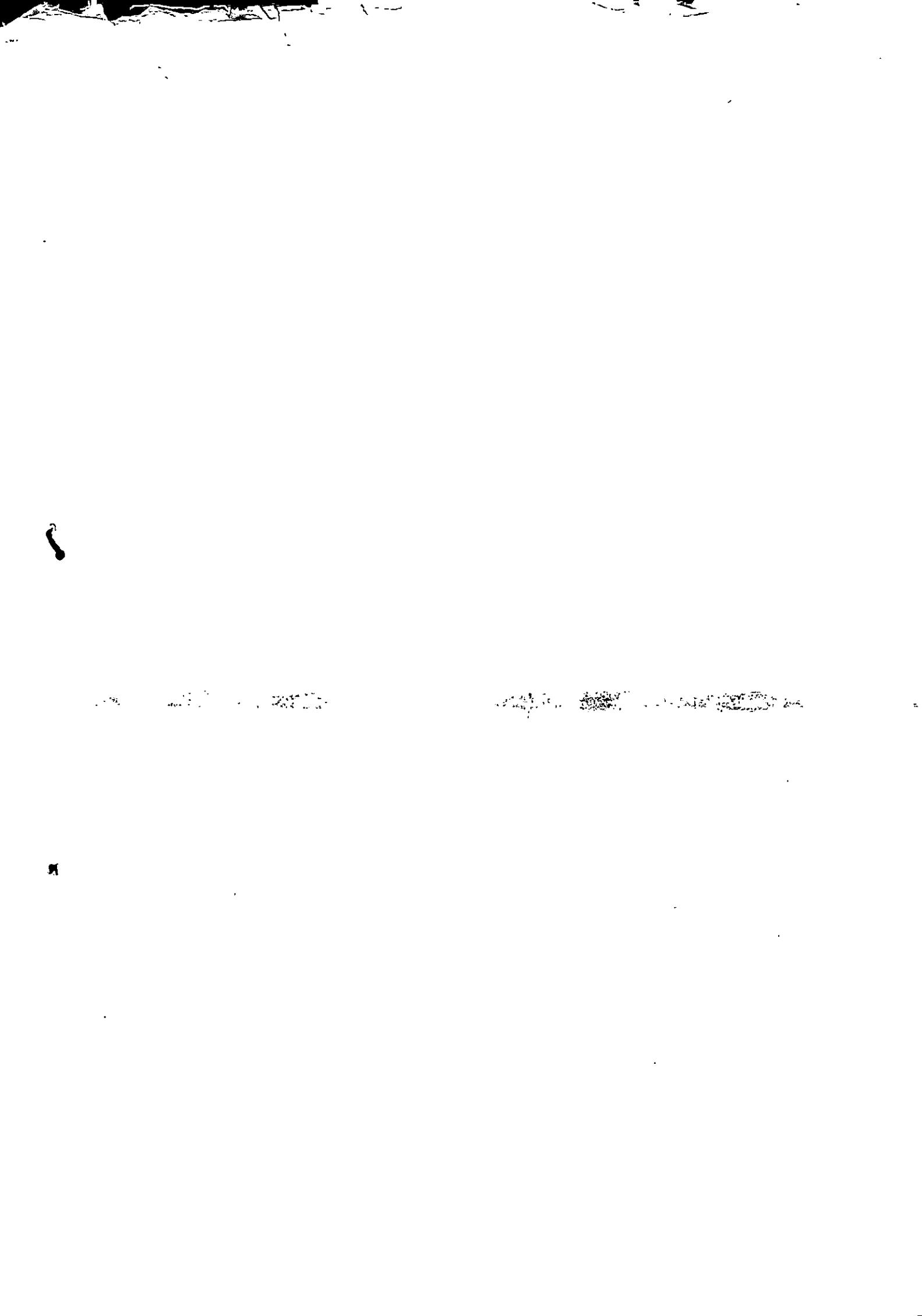
Evacuation done under GA on 10/12/18. V & V normal. Uterus 6 weeks size, OS opened. Products removed by SE. Cavity curetted feels empty. Specimen sent for HPE.

Advice on Discharge

1. Zerodol P 1-0-1 x 5 days
 2. Zanicin 200mg 1-0-1 x 5 days
 3. Pantop 40mg 1-0-0 x 5 days
- Review after next periods.

for
Achava
Dr. SHEELA SHENOY
Sr. Consultant Gynecologist.

Summary Prepared by :- Dr. Aparna





COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd.

THIRUVANANTHAPURAM - 695 004

IN PATIENT CASE RECORD

PATIENT DETAILS

SCANNED

PtNo: E001188866 IPNo: 0000369699
 Name : Mrs. SREYA T S29Y/F
 Address: FLAT 9C, SWAN HILLS APTS
 GANDHIPURAM, SREEKARYAM,

Admn Date : 09/12/2018 03:09:48 PM
 Dr. SHEELA SHENOY (GYNAECOLOGY)
 Ward : LABOUR
 Mrd S1No : CM18-075810

Diagnosis :

10/12/18
 (Incomplete)
 Mixed Abortion / Evacuate
 under GA

V/V - normal
 ut base by Hc
 Os opened
 Product removed by ST
 Anty metted. Feel enpt

Date of Discharge with time :

Signature :

Result :

Cured / Relieved / Otherwise / Died

Name of Doctor :



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd.

R/IC-09/2

THIRUVANANTHAPURAM - 695 004

CONSENT FORM

I the undersigned hereby agree to the Hospital Authorities to carry out necessary Investigation, treatment and operations they may consider necessary for myself / my relative.

L SREYA T.S......(Name) MRD. No. E 001188866

and also agree to the administration of local or General anaesthetic as may be considered necessary.

I also hereby agree to abide the rules of the hospital.

Patient Signature.....

Witness Signature.....

Name Sreya T.S.....

Name & Address MATHEWS K. JOSE
RIZHAKKUDANCHI; THALORE P.O.
THRISSUR; KERALA

Phone No. 9995997701

Relationship HUSBAND

എനിക്ക് / എന്റെ ബന്ധുവിന്(പേര്)
എം.ആർ.ഡി. നം..... ഈ ആശുപത്രിയിൽ വച്ച് രോഗകാരണം കണ്ടുപിടിക്കുന്നതിനു വേണ്ട പരിശോധനകൾ / സൂക്ഷ്മ പരിശോധനകൾ നടത്തുന്നതിനും, വേണ്ടിവന്നാൽ മയക്കം കൊടുക്കുക, ഓപ്പറേഷൻ ചെയ്യുക, രക്തം കുത്തിവയ്ക്കുക മുതലായവയ്ക്കും ഇതിനാൽ പൂർണ്ണമായി സമ്മതിച്ചിരിക്കുന്നു. കൂടാതെ ആശുപത്രി നിയമങ്ങൾ പാലിക്കുമെന്നും ഇതോടൊപ്പം സമ്മതിച്ചിരിക്കുന്നു.

രോഗിയുടെ ഒപ്പ്.....

ബന്ധുവിന്റെ ഒപ്പ്.....

പേര്.....

പേര്.....

മേൽവിലാസം.....

ഫോൺ നമ്പർ.....

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം.....



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd.

THIRUVANANTHAPURAM - 695 004

BY-STANDER'S DECLARATION

I, (Name) L MATHEWS K JOSE

(Relationship with the patient) L HUSBAND

hereby declare that my relative have today got admitted Sri./Smt./Master/Miss L SREYA T.S.

in ward 3rd old Cosmopolitan Hospital, Pattom, Thiruvananthapuram - 4 vide

IP No. E.001188866 and I further agree to be the By-Stander of the patient during

his/ her hospitalisation and abide by the discharge formalities and other obligations connected therewith.

Date	Time	Full Name & Address with Telephone No. if any	Relationship
9/12/18		MATHEWS K. JOSE KIZHAKKUDAN (H); THALOREPA THRISSUR ; 680 306 9995 997701 9037097701 fhu	HUSBAND

Thiruvananthapuram

Date 9/12/18

Signature [Signature]



PtNo: E001188866 IPNo: 0000369699
Name: Mrs. SREYA T S29Y/F
Address: FLAT 9C, SWAN HILLS APTS
GANDHI PURAM, SREEKARIYAM

ASSESSMENT FORM

Admn Date: 09/12/2018 03:09:48 PM
Dr. SHEELA SHENOY (GYNAECOLOGY)
Ward: LABOUR
Mrd SNo: CM18-075810

TIME: PAT No.:
AGE: SEX: MF

CONSULTANT / DEPARTMENT:

HISTORY OF PRESENT ILLNESS:

Admitted for DUE
on v/o incomplete abor
bleeding
clo spotting in 1 day Menses 2 yrs

PAST HISTORY:

h/o abd pain @ Pregnancy
h/o passage of LMP 12/18 as usual
fleshy mass @ uterus, low
cycles regular

h/o threatened abortion at
6 weeks SD. was sustained

FAMILY HISTORY:

No h/o medical illness

PERSONAL HISTORY:

No h/o surgeries

HISTORY OF ALLERGIES:

No h/o drug allergy

17 97 given on 9/12/18

PRESENT MEDICATIONS:

CLINICAL EXAMINATION

GENERAL EXAMINATION:

afebrile
no pallor

SYSTEMIC EXAMINATION:

MM-82/11 BP-110/80

Chest clear & S.C.

M/A soft
No distension

LOCAL EXAMINATION:

PLS - mild bleeding ⊕

PROVISIONAL DIAGNOSIS:

DV - ut bulky AV. MF PL
OS admits Cap of finger

PLAN OF CARE:

Blue
22/10/18
RBS-100
95H-2-9
HIV, HBsAg, VDRL
anti HEV - neg
Hb-12.8g/dl
URS - NAD

DATE:

TIME:

9/12/18

URS (9/12/18)

at 88 x 48 x 45mm

Endometrial cavity
echogenic area 34 x 13mm
Imp: incomplete abor.

SIGNATURE :

NAME OF DOCTOR:

Dr. Anjali



Cosmopolitan Hospitals Pvt. Ltd. Thiruvananthapuram - 4

Patient No. E 0011 88866

INPATIENT

DOCTOR'S ORDER

Name :

Age : 29y Sex : Fe

Ward : 3rd old Bed : 301

Prayer

Date	Daily Assessment	Treatment Ordered
<u>9/12/18</u>	<u>for</u>	
	<u>Posted for DnC on 10/12/18</u>	
	<u>1. NPO from 10pm</u>	
	<u>2. Consent</u>	
	<u>3. 7. Misoprostol - 400µg to be kept</u>	
	<u>at 7am on 10/12/18</u>	
	<u>4. Prepare & send pt to O2 on call</u>	
	<u>5. 1g Zaxim from IV ADD on call</u>	
	<u>6. 7. Pantop 40mg HS 8am</u>	
<u>10/12/18</u> <u>8-15am</u>	<u>For D&C today</u>	<u>by</u>
	<u>Patient on NPO</u>	<u>Dr. Rajitha</u>
	<u>BP: 110/70mmHg</u>	<u>Rpt order</u>
	<u>D/A: Soft, INAD</u>	
<u>10/12/18</u>	<u>Evacuate GA</u>	<u>Zanocin 200g/10175</u>
		<u>Zesodol P 10175</u>

All orders to be initialled, dated and timed. Cancel by closing through and initialling. Rewrite all orders when turning over and after surgeries.



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt.Ltd.

NURSES INITIAL ASSESSMENT FORM

Patient Name Sreya P.S Age: 29y Sex: F

MRD No. R 11888.66 Name of Consultant: Dr. Sheela Shenoy

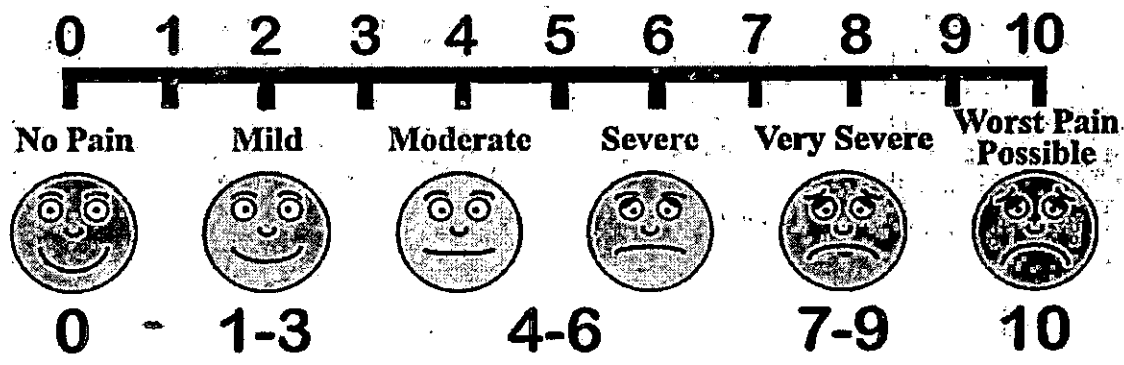
Height: 157 cm Weight: 74 Kggm BMI: 30

Known Allergies :
Nil

Present Medical Complaints :

Provisional Diagnosis :
primi
c/o spotting plus incomplete abortions

Pain Score Scale



Past medical history (previous surgeries) :

Asthma / Diabetes / Epilepsy / Hepatitis / Psychiatric Disorders/

Thyroid Disorder / Bleeding Disorder / Arthritis

(Yes / No) ✓

Obstetrical history

married forYears

a) Gravida b) Para c) Living d) Abortions

Family history :

	Living	Deceased	Age	Cancer	Heart Problems	Diabetes	others
Father							
Mother							
Sister(s)							
Brother(s)							

Nutritional status: Vegetarian / Non Vegetarian

Medication history (previous / present medication)

On General Examination :

a) General built : Slim / Well built / Obese

b) TEMP :- 98.6 °F

c) PULSE: 78 / Minute

d) Resp: 20 / Minute

e) BP: 120/70 / mm of Hg

f) SpO₂ : 95 %

g) Pallor (Yes / No):

h) Icterus (Yes / No)

i) Do you smoke (Yes / No)

j) Do you drink alcohol (Yes / No)

Date: 8/12/18

Time: 9 pm

Signature of Staff Nurse: 

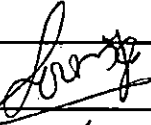
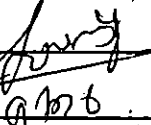
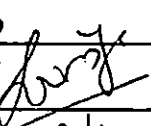
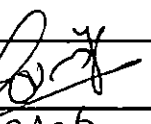
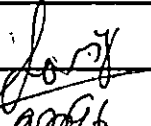

Name of Staff Nurse: 



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd. Thiruvananthapuram - 4

NURSES RECORD SHEET

I.P. No.		Name	Age	Sex
E001188866		Sreya 19	29y	F
Date	Time	Treatment details	Signature	
9/12/18	8:45 ^{PM}	Patient came to LR & complained of bleeding today evening BP - 124/82 mmHg PR - 72b/min Dr Alex seen by patient advised observation labours and scanning tomorrow	<i>[Signature]</i>	
	9:00 ^{PM}	patient had food. patient coining - all speed.	<i>[Signature]</i>	
	10:00 ^{PM}	Patient resting. all speed	<i>[Signature]</i>	
	11:00 ^{PM}	patient resting. all speed	<i>[Signature]</i>	
9/12/18	12:00 ^{PM}	Patient resting. Bleeding put	<i>[Signature]</i>	
	2 ^{PM}	Bleeding put patient resting	<i>[Signature]</i>	
	4 ^{PM}	Bp - 120/80 mmHg Bleedy put patient resting	<i>[Signature]</i>	
	6 ^{PM}	Bleedy put patient resting	<i>[Signature]</i>	

Date	Time	Treatment details	Signature
9/12/16	7:20 AM	Hand over taken from the ward duty staff	 AAB
	8:00 AM	Patient sent to ward medical BP - 160/100 mmHg	 AAB
	9:30 AM	Received the patient from the ward room after scanning	 AAB
	9:45 AM	Condition improved. Meds advised to give 100mg of 400mg orally	 AAB
	10:00 AM	<p> Ib: Zytax-C 400mg @ checked Ib: Paxlo 200mg @ Ib: Pantop 40mg @ over Bloods + </p>	 AAB
	12:00 PM	Patient had good. Bleeding normal. Vitals stable.	 AAB
	1:00 PM	<p> Received the patient from the staff. Patient general condition good. Vital signs checked and recorded. Bleeding present. BP → 110/70 mmHg </p>	



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd. Thiruvananthapuram - 4

NURSES RECORD SHEET

I.P. No.		Name	Age	Sex
E 11 88866		Sheya TS	29	F
Date	Time	Treatment details	Signature	
9/12/18	2pm	Bleeding pv present; patient is resting.	/ [Signature] 22/12/18	
	2:30pm	Tab. misoprost 400mg kept vaginally bleeding pv normal limit	/ [Signature] 22/12/18	
	4pm	Bleeding pv ⊕ patient is resting Tab. T. osml 1m given	/ [Signature] 22/12/18	
	5:45 ^{pm}	Patient sent to ward.		
		Hand over given to ward sister.	Remya 82213	
	5:50	Received the patient from LR	/ [Signature]	
9/12/18	7pm	Received the patient from evening nursing duty staff. All doses given as order.	(2140)	
	8pm	Tb. Taxim 10 } Tb. Pantop 40 } given Tb. Alprax 0.5 }	Nisha F91147	
	10pm	Patient is resting.		
	6am	BP - 100/70 SpO ₂ - 99% PR - 70/min Tb. Pantop 40mg given		
	6:30am	Liq. Taxim 1gm best dose given Tb. Pantop 40 given	Nisha F91147	

Date	Time	Treatment details	Signature
10/21/8	8:00	Hand over given to morning	
		duty staff	Nite 11/193
	6:35am	Send the pt to LR for cytology insertion.	D E0993
	7 am	Shifted the patient to	
		Hand Over taken from Night duty Staff	
	8am	Local prep action done - Consent taken Patient kept NPO Patient resting wt → 74kg	
	12 ^N	Send the pt to di	D E1824
		<u>OT Nity</u>	
	12 ¹⁰ 12 ³⁰	patient moved to OT with 10ty, consent and vital signs Negative Lineny room	H
	12:45 ^{nom}	Arrived the pt to lineny room. Y (had arth. SpO ₂ 100% Pulse - 78/mid	D E1116
	1pm	SpO ₂ 100% Pulse - 80/mid	D E1116
	1:15 ^{pm}	Pulse - 82/mid SpO ₂ 100%	
		Hand over given, shifted the	



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd.

THIRUVANANTHAPURAM - 695 004

PATIENT NUTRITION DATABASE

Name of Patient..... Sreya. 1.5 Ward/Room..... 3rd

Age..... 29 Sex..... fe

Height..... Weight.....

Diagnosis.....

Feeding Modality : Oral / Enteral / Parenteral

Diet Preference : Vegetarian / Non - Vegetarian

Appetite : Excellent / Good / Fair / Poor

Food Allergy

Food intake problems

- ◆ Problems associated with eating, chewing, swallowing

.....

- ◆ History of Nausea, Vomiting or diarrhoea

.....

- ◆ Episodes of coughing during meals

.....

Date

Signature with Name
Dietician / Nurse



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd.

ANALGESIC / SEDATIVES CHART

Patient Name:

*Sreya*Patient Number: *E 1188866*

Ward:

Date	Time	Drug	Dose	Sign. of Staff Nurse	Sign. of Doctor	Sign. of Nursing Supt./Supervisor
<i>10/12/18</i>	<i>12.15 pm</i>	<i>2ij fentanyl iv</i>	<i>100ug</i>	<i>Verified</i>	<i>Dr. A. A.</i>	

MEDICAL SUPERINTENDENT



GRAPHIC CHART

Name Sreya Ts Age 29 Sex F Ward CR I.P. No. E 1188868

Date		9	12	18	10	12	18													
No. of Days																				
Days Post OP																				
Time		2	6	10	2	6	10	2	6	10										
Pulse	TEMP																			
	C°	F°																		
210	41.1	106																		
200	40.6	105																		
190	40.0	104																		
180	39.4	103																		
170	38.9	102																		
160	38.3	101																		
150	37.8	100																		
140	37.2	99																		
130	36.7	98																		
120	36.1	97																		
110	35.6	96																		
100	35.0	95																		
90	RESP																			
	60																			
80	50																			
70	40																			
60	30																			
50	20																			
40	10																			
STOOLS																				
URINE																				
WEIGHT		74kg																		



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd.

PATTOM, THIRUVANANTHAPURAM-695 004

Phone: 0471-2521136,2521100,2521250/51/52/53 (20 lines) Fax: 91-471-2449188

email: cosmopolitan@cosmopolitanhospitals.in, www.cosmopolitanhospitals.in

DEPARTMENT OF RADIOLOGY - IMAGING REPORT

Patient ID:	E1188866	Patient Name:	SREYA TS
Age:	30 Years	Ref.by:	
Sex:	F	Study Date:	09-Dec-2018

US SCAN PELVIS

Bladder is full regular in outline lumen clear.

Uterus measures 88 x 48 x 45 mm. Myometrial echogenicity is normal.

No focal lesions seen

Endometrial cavity shows echogenic area of 34 x 17 mm.

~~Right ovary measures 30~~

Left ovary measures 26 x 19 mm.

Both ovaries are normal in size.

No adnexal mass seen.

No fluid in pouch of Douglas.

IMPRESSION:

- Incomplete abortion

DR.SURESH BABU.K MBBS,DMRD

Consultant Radiologist

Reg No:20503

Date: 09-Dec-2018 9:23:20



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd.

PATTOM, THIRUVANANTHAPURAM-695 004

Phone : 0471-2521136,2521100,2521250/51/52/53 (20 lines) Fax: 91-471-2449188

email : cosmopolitan@cosmopolitanhospitals.in, www.cosmopolitanhospitals.in

DEPARTMENT OF RADIOLOGY - IMAGING REPORT

Patient ID:	E1188866	Patient Name:	SREYA TS
Age:	29 Years	Ref.by:	DR. SHEELA SHENOY
Sex:	F	Study Date:	10-Nov-2018

U S SCAN OBSTETRICS (TVS)

LMP: 13/09/18

GA by LMP: 8 weeks 2 days

EDD by LMP: 20/06/2019

GA by USG: 5 weeks 6 days

EDD by USG: 07/07/2019

Single intrauterine gestational sac with a fetal pole inside seen.

Cardiac activity present.

CRL measures 2.9 mm - 5 weeks 6 days.

No focal lesion seen in the uterus.

No Subchorionic hematoma seen.

Placenta has not localized.

No adnexal mass seen.

No fluid in pouch of Douglas.

IMPRESSION: Single live intrauterine gestation of **5 weeks 6 days.**

Suggested: Follow up scan at 12-13 weeks to assess NT & NB.

DR.SURESH BABU.K MBBS,DMRD

Consultant Radiologist

Reg No:20503

Date: 10-Nov-2018 8:41:16

Handwritten notes:
P.W.
17
2



കോസ്മോപൊളിറ്റൻ ഹോസ്പിറ്റൽസ് പ്രൈവറ്റ് ലിമിറ്റഡ്

R/IC-02/2

തിരുവനന്തപുരം - 695004

ശസ്ത്രക്രിയ, ചികിത്സാ നടപടികളടങ്ങിയ മുതലായവയെപ്പറ്റി ബോധ്യപ്പെട്ട് നൽകുന്ന സമ്മതപത്രം.

പേര് : SREYA T.S.

വയസ്സ് : 29

ആൺ/ പെൺ

ഒ.പി / വാർഡ് : 3rd floor 301

MRD No. 11188866

ശസ്ത്രക്രിയ വിവരം.....

PAC

തീയതി.....

12/18

ഞാൻ സ്വമനസ്സാലെ ഡോ.....നെയും മറ്റ് സാങ്കേതിക സഹായികളേയും ആരോഗ്യ രക്ഷാദായകരേയും എന്നെ ചികിത്സിക്കാൻ അപേക്ഷിക്കുന്നു. എന്റെ രോഗത്തെപ്പറ്റി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുള്ളത്.....

2. എന്റെ ആരോഗ്യത്തിന്റെ അവസ്ഥ, ശസ്ത്രക്രിയാരീതി, പരിശോധനാ നടപടി ക്രമങ്ങൾ, ചികിത്സാ രീതികൾ, അപകടത്തിന്റെ വ്യാപ്തി, നേട്ടങ്ങൾ മുതലായവ തൃപ്തികരമാവുന്നോ ഡോക്ടർ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു. ചികിത്സിച്ചാലും ഇല്ലെങ്കിലും സംഭവിക്കാവുന്ന കാര്യങ്ങളും മനസ്സിലാക്കിത്തന്നു. ശസ്ത്രക്രിയ / പരിശോധന / ചികിത്സാവേളയിൽ അപ്രതീക്ഷിതമായതു വരുകയാണെങ്കിൽ ചികിത്സാ നടപടി ക്രമങ്ങൾ ദീർഘിപ്പിക്കുകയോ മാറ്റുകയോ വേണ്ടി വരും എന്നും വിശദീകരിച്ചു.

3. നിർദ്ദിഷ്ട ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കോ ചികിത്സാരീതിക്കോ പരിശോധനാരീതിക്കോ പകരമായിട്ടുള്ള നടപടികളേപ്പറ്റിയും ഗുണഭോഷങ്ങളെപ്പറ്റിയും മനസ്സിലാക്കിതന്നെങ്കിലും നിർദ്ദിഷ്ട ചികിത്സ മതിയെന്ന് ഞാൻ തീരുമാനിച്ചു.

4. മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന പരിശോധനാരീതി / ശസ്ത്രക്രിയാരീതിയുടെ വരും വരായ്കകൾ.....

5. ഇതു ചെയ്യാതിരുന്നാൽ വരാവുന്ന അപകടങ്ങൾ പോലെ ശസ്ത്രക്രിയയിലും ചികിത്സാ നടപടികളിലും മരുന്നു ഉപയോഗത്തിലും ഒക്കെ ഭവിച്ചേക്കാവുന്ന വരാവുന്നതാണ്. അതായത് അണുബാധ, തളർവാതം, ധമനികളിലും, ശ്വാസകോശങ്ങളിലും രക്തം കട്ടിയാകൽ, സ്പർശനശക്തി നഷ്ടപ്പെടൽ, കൈ കാലുകൾ പ്രവർത്തനരഹിതമാകൽ, തലച്ചോർക്ഷതം, മരണംവരേയും സംഭവിക്കാവുന്നതാണ് എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

മേൽപ്പറഞ്ഞ ഏതുതരം വിപത്തുകളും വരും വരായ്കകളും എനിക്ക് സംഭവിക്കുന്ന പക്ഷം, ഈ സ്ഥാപനമോ അതിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന ഡോക്ടർമാരോ, ജീവനക്കാരോ ഉത്തരവാദികൾ ആകുന്നതല്ല എന്നുകൂടി ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുന്നു.

താഴെപറയുന്ന അപകടങ്ങളും സംഭവിക്കാവുന്നതാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കി.....

ഏതൊരു ശസ്ത്രക്രിയ/ ചികിത്സാ/ പരിശോധനാ നടപടിയ്ക്കും അപ്രതീക്ഷിത കൂഴപ്പുങ്ങൾ സംഭവിക്കാമെന്നും യാതൊരു ഉറപ്പോ വാഗ്ദാനമോ നൽകാനാവില്ലെന്നും എന്നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്.

6. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കും, പരിശോധനയ്ക്കും , മറ്റ് ചികിത്സാ നടപടികൾക്കും മയക്കുമരുന്നുകളും വേദന സംഹാരികളും, തക്കമാത്രയിൽ ഉപയോഗിക്കേണ്ടി വരുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറിനോ, അനസ്തേഷ്യോളജിസ്റ്റിനോ ഇപ്രകാരമുള്ള ചികിത്സ എനിക്കു നൽകാവുന്നതാണ്.

*7 മുതൽ 10 വരെയുള്ള കാര്യങ്ങളിൽ സമ്മതമല്ലാത്തവ രോഗിയുടെ ഒപ്പോടുകൂടി അടയാളപ്പെടുത്തുക.

(മറുവശം)

7 ആസൂത്രിത നടപടിപ്രകാരമോ അപ്രതീക്ഷിതമായോ രക്തം നഷ്ടമായാൽ രക്തം സ്വീകരിക്കേണ്ടി വരും. രക്തമോ, അതിന്റെ ഏതെങ്കിലും ഘടകമോ സ്വീകരിക്കുന്നതു കൊണ്ടുള്ള അപകടത്തെപ്പറ്റിയും ഗുണത്തെപ്പറ്റിയും എന്നെ പറഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. അതായത്.

- a) ചുവന്ന രക്താണുക്കളുടെ പൊരുത്തക്കേടുകൊണ്ടുള്ള അപ്രതീക്ഷിത പ്രത്യാഘാതം
- b) ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് ബി, സി, HTLV-I, HIV(AIDS) Cystomegalo virus എന്നിവ പകരുക
- c) അലർജി, പനി, ഹൃദയാഘാതം

രക്തം അതിസൂക്ഷ്മമായി പരിശോധിച്ചാലും മേൽകാണിച്ച അപായങ്ങൾ സംഭവിക്കാം. രക്തം സ്വീകരിക്കൽ അത്യാവശ്യമാണെന്നും മറ്റു പ്രതിവിധികൾ ഇല്ല എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കി. മേൽ പറഞ്ഞ ഡോക്ടറേയോ അദ്ദേഹം ചുമതലപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള ഡോക്ടറേയോ, എനിക്ക് വേണ്ടിവന്നാൽ രക്തം കൃത്തിവയ്ക്കാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

8 ശരീരത്തിൽ നിന്ന് മാറ്റുന്ന ഭാഗങ്ങളോ അവയവങ്ങളോ കളയുവാൻ ആശുപത്രി അധികൃതർക്കും ഡോക്ടർക്കും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു. കൂടാതെ ഈ ഭാഗങ്ങളുടെ പതോളജി പരിശോധനയ്ക്കും സമ്മതിച്ചിരിക്കുന്നു.

9 ശസ്ത്രക്രിയകളുടേയും ചികിത്സാ നടപടികളുടേയും ഫോട്ടോകളും വീഡിയോകളും മറ്റും എന്റെ പേരു വിവരങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്താതെ മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസത്തിന്റേയും ശാസ്ത്ര പഠനത്തിന്റേയും ആവശ്യത്തിനായി എടുക്കുവാൻ ഞാൻ സമ്മതിച്ചിരിക്കുന്നു.

10 ഡോക്ടറുടെ അസിസ്റ്റന്റുമാരെയും മെഡിക്കൽ നേഴ്സിങ്ങ് വിദ്യാർത്ഥികളേയും ടെക്നീഷ്യന്മാരേയും ആരോഗ്യരക്ഷാ പ്രവർത്തകരേയും ഡോക്ടർ അനുവദിക്കുന്ന നിരീക്ഷകരേയും മറ്റും ശസ്ത്രക്രിയ/ പരിശോധനാ/ ചികിത്സാ രീതി കാണുന്നതിന് അനുവദിച്ചിരിക്കുന്നു.

11 7 മുതൽ 10 വരെയുള്ള കാര്യങ്ങൾക്ക് അനുവാദം നൽകാതിരിക്കാനുള്ള അവകാശം എനിക്കുണ്ടെന്ന് മനസ്സിലാക്കുന്നു. എനിക്ക് സമ്മതമല്ലാത്തവ ഞാൻ എന്റെ ഒപ്പോടുകൂടി അടയാളപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്.

12 ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു മുമ്പുള്ള എച്ച്. ഐ. വി. പരിശോധനയ്ക്കുള്ള സമ്മതം ഇതിനാൽ രേഖപ്പെടുത്തുന്നു. എച്ച്. ഐ. വി./എയിഡ്സിനെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ എനിക്കു മനസ്സിലാക്കി തന്നിട്ടുണ്ട്.

13 എന്റെ അസുഖത്തിനുണ്ടാകാവുന്ന ആശുപത്രി ചിലവുകളെ പറ്റി എനിക്ക് ബോധ്യപ്പെടുത്തി തന്നിട്ടുണ്ട്. ഈ ഫോറത്തിലെ ഉള്ളടക്കം വായിച്ച് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കി എന്ന് ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ഇതെല്ലാം എനിക്ക് വെളിപ്പെടുത്തി തന്നെന്നും ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കുവാനുള്ള അവസരം തന്ന് തൃപ്തികരമായ മറുപടി തന്നെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് : സാക്ഷി :

രോഗിക്ക് ഒപ്പിടാൻ കഴിവില്ലെങ്കിൽ/ പ്രായപൂർത്തി ആയില്ലെങ്കിൽ / താഴെ തരുന്ന പ്രകാരം പുരിപ്പിക്കുക

രോഗി മൈനറാണ്/ (പ്രായം.....) രോഗിക്ക് ഒപ്പിടാൻ നിവർത്തിയില്ല കാരണം.....

.....

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് :സാക്ഷിയുടെ പേര്.....

നിയമാനുസൃത രക്ഷകർത്താവ്/ അടുത്ത ബന്ധു/ആരോഗ്യസംരക്ഷണ ഏജന്റ് ഒപ്പ്.....

പേര്.....

തീയതി..... സമയം.....

രോഗിക്ക് / നിയമാനുസൃത രക്ഷകർത്താവിന് / അടുത്ത ബന്ധുവിന് / രോഗിയുടെ അവസ്ഥ, ശസ്ത്രക്രിയ, പരിശോധനാ ചികിത്സാ നടപടികൾ, അപകടത്തിന്റെ വ്യാപ്തി, ചികിത്സ കൊണ്ടുണ്ടാകുന്ന ഗുണങ്ങൾ, ദോഷങ്ങൾ മുതലായവ ഞാൻ വിശദീകരിച്ചു കൊടുത്തു.
മേൽപ്പറഞ്ഞിരിക്കുന്നവ കൂടാതെ അപ്രതീക്ഷിതമായി വരാവുന്ന കുഴപ്പങ്ങളെപ്പറ്റി രോഗിയെ/നിയമാനുസൃത രക്ഷകർത്താവിനെ ബോധ്യപ്പെടുത്തി

തീയതി: സമയം:

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....പേര്.....



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd.

R/IC-23/0

PATTOM P. O., THIRUVANANTHAPURAM - 695 004

INFORMED CONSENT FOR ANAESTHESIA

Patient Name : SREYA T.S. Age : 29 Sex: F
OP/ Ward : 3rd Rd / 301 MRD No : E 1188866

I have discussed with my doctor about the operation / procedure that I am going to have and the need for anaesthesia for this procedure.

I have been examined by a qualified anaesthesiologist. We have discussed the different types of anaesthesia that are shown on the reverse side of this form. We discussed the impact of my medical conditions (_____)

to be used for my surgery/procedure (D & C)

I give consent for any special procedures deemed necessary for the proper delivery of anaesthesia, such as intravenous catheter placement, mechanical ventilation, Intra operative monitoring and management of pain both during the operation and recovery phases. I am told about some of the procedures that might be performed, like placement of a tube in the throat through the mouth or nose to assist breathing, placement of catheters in the arteries or veins to monitor pressures or to administer medications and blood products and placement of a catheter near or in the spinal canal or near the nerves and injecting medications through them for the management of pain. I understand that although not common, there can be injuries to the organs or limbs as a result of these. I do consent to the use of blood and blood products as deemed necessary after realizing the risks and hazards due to that.

I am told that although major complications due to anaesthesia are uncommon, severe complications can occur with all types of anaesthesia including mild sedation. I understand that even though I am properly monitored and my anaesthesiologist takes precautions to avoid complications, they can occur. These include infections, drug reactions, paralysis, stroke, unexplained brain damage, blindness, limb damage, cardiac arrest, respiratory arrest and even death. I have read about the other less serious complications specific to the different types of anaesthesia given on the reverse page of this consent.

I know that specific risks depend on my health, the type of anaesthesia used and my response to anaesthesia. I agree that I have had a chance to discuss these risks with my anaesthesiologist.

I also realise that other specific risks such as the following may occur in connection with this particular procedure

I also fully understand that the hospital authorities, doctors or other staffs cannot be held responsible for any of the above mentioned complications or disorders which might arise during my hospitalization.

I agree to have anaesthesia administered by/under the supervision of qualified anaesthesiologist, I hereby give permission to use any of the anaesthetic techniques either alone or in combination. For my safety and comfort, I agree to allow my anaesthesiologist to change the anaesthesia care plan based upon his/her clinical judgement.

Name of patient : SREYA T.S. Name of witness : MATHEWS K. JOSE

Signature of patient : [Signature] Signature of witness : [Signature]

Date : 9/12/18 Time: _____

If the patient is unable to sign or is a minor, complete the following; Patient is a minor (_____ years of age), and / or is unable to sign because _____

Name and Signature of Legal Guardian/Next of Kin/ Health Care Agent _____

Relationship with the Patient HUSBAND

Date : _____ Time: _____

I have discussed the contents of this form with the patient or the legal representative authorised to sign I was not able to obtain anaesthesia consent because this case was deemed emergent by the surgeon.

Doctor's Signature and Name [Signature]

Date : 10/12/18 Time: 12:10 pm

GENERAL ANESTHESIA : With or without a breathing tube

Technique	Medicine is administered through the IV line to render you unconscious. A breathing tube may be placed into your windpipe, throat, or nose after you are unconscious or awake if necessary. Anesthetic gas and oxygen are administered through the breathing tube or mask to keep you unconscious. Alternatively IV medication can be administered to maintain unconsciousness while breathing oxygen and/or air.
Expected Result	Total unconsciousness so that you do not see, hear or feel anything during the surgery with assisted, controlled or spontaneous breathing.
Specific Risks (Non-inclusive)	<u>Common:</u> Pain at the IV site, mouth or throat pain, coughing hoarseness; nausea and vomiting, high or low blood pressure, muscles aches. <u>Uncommon:</u> Injury to the teeth, gums, mouth, nose, eyes, larynx (voice box); headache Infection at the IV site, aspiration stomach contents into the lungs; pneumonia, skin burns, permanent weakness, numbness, pain from a nerve injury or joint stiffness staying on a breathing machine after surgery with the breathing tube in your windpipe, awareness of what is happening during surgery.

EPIDURAL, SPINAL OR CAUDAL ANESTHESIA

Technique	Medicine (local anesthetic) is administered through a catheter or needle placed into the back that will numb the body.
Expected Result	Temporary loss of feeling and/ or movement to the lower part of the body, abdomen or chest, relief of pain for a period of time after surgery. You may also get medicines to make you comfortable, drowsy and blur your memory.
Specific Risks (Non-inclusive)	<u>Common:</u> Nausea and vomiting, headache, backache soreness and swelling at the puncture site. <u>Uncommon:</u> Seizure; permanent weakness, numbness, pain or paralysis from a nerve injury during application or from bleeding, infection, or from impaired breathing, heart rhythm or blood pressure.

PERIPHERAL NERVE BLOCK

Technique	Medicine (local anesthetic) is administered through a catheter or needle placed near nerves in the arm, legs, chest or abdomen that will numb only those specific parts of the body.
Expected Result (Non-inclusive)	Temporary loss of feeling and/ or movement of all or part of the limb, chest or abdomen, relief of pain for a period of time after surgery. You may also get medicine to make you comfortable, drowsy and blur your memory.
Specific Risks	<u>Common:</u> Soreness or bruising at the puncture site, nausea and vomiting. <u>Uncommon:</u> Injury to a blood vessel, seizure, permanent weakness, numbness pain or paralysis due to nerve injury, infection. Lung collapse with specific types of peripheral nerve blocks.

SEDATION OR MONITORED ANESTHESIA CARE (MAC)

Technique (Non-inclusive)	Medicine is administered through the IV line to render you sleepy and less aware during the surgery. You will be semi-conscious.
Expected Result	Decrease in anxiety and awareness while sleeping or resting during the surgery, less discomfort fewer side effects and a quicker recovery.
Specific Risks	<u>Common:</u> Nausea and vomiting, slowed breathing, injury to blood vessel, feeling pain, being aware of what is happening during surgery is highly probable. <u>Uncommon:</u> Respiratory arrest.



74 leg

PRE-OPERATIVE CHECK LIST FOR NURSES

Patient Name : <i>Sreya 93</i>	Age : <i>29y</i> Sex : <i>fe</i>
Consultant : <i>Dr. Sheela Shenoy</i>	Department : <i>Gynecology</i>
Location : <i>3rd old / 201</i>	MRD No. <i>EO01188866</i>

Pre-Op Diagnosis	Operation Proposed	Surgeon's Name	Surgery Date
<i>Incomplete abortion</i>	<i>D & C</i>	<i>Dr. Sheela Shenoy</i>	<i>10/12/18</i>

Please mark the following	Checked by			
	Ward Nurse		OT Nurse	
	YES	NO	YES	NO
Wrist Band Identity Label	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medical Record File - Complete	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consent Form for surgery signed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medication Sheet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anaesthesiologist's Record	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECG Report & Record	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	SIGNATURE	<i>Dr. Sheela</i>	SIGNATURE	<i>[Signature]</i>

X - Rays/ Scan Report & Films

-
-
-
-

Blood Grouping done	<i>B +ve</i>
Blood for Transfusion arranged	<input type="checkbox"/>
Bladder Site prepared	<input checked="" type="checkbox"/>
Prostheses / Implants	<input type="checkbox"/>
Pace maker	<input type="checkbox"/>
Dentures	<input type="checkbox"/>
Capped Teeth	<input type="checkbox"/>
Permanent bridge	<input type="checkbox"/>
Contact lenses in eyes	<input type="checkbox"/>
Personal Valuables on the body	<input type="checkbox"/>
Specify :	

SPECIAL POINTS TO REPORT	
1. Allergies	
Food	
Drugs	
Others	
2. Diabetes	
3. Hypertension	
4. Infectious disease Specify :	
5. Others :	
6. Previous H/O Surgery (if any)	

Last Feed Time 10 AM/PM

Pre-Medication Given : YES / NO

Time : 10 AM/PM

Date : 10 / 12 / 18

Drugs 1. 1b - Pantop 40
 3. 1b - Dignex 0.5

2. 1b - Pantop 40
 4.

Drugs Sensitivity Results :

Medications given in the morning :

1. 2mg Telexin 18m test case given @ 6.30 AM
 3.

2. 1mg 10mg 10
 4.

Investigations sent in the morning :

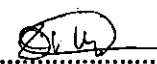
1.
 3.

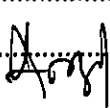
2.
 4.

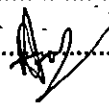
Shifting Time to OT : 12² AM/PM

Arrival Time to OT : 12¹⁰ AM/PM

Accompanied by Nurse : Name Divya S. J.

Sign 

Received OT by Nurse : Name 

Sign 



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd.

R/OT-51/1

SURGICAL SAFETY CHECKLIST

Patient Name: Sreya T.S Age: 27 Sex: F MRD. No: R001188866 Ward/Room: 07

Before induction of anaesthesia (to be recorded by the Anaesthetist)		Yes	No	Not indicated	Name & Sign
1	Patient identity, site & procedure confirmed.	/			<i>[Signature]</i>
2	Site marked	/			
3	Anaesthesia machine and medication check done	/			
4	Monitor connected and is functioning	/			
5	Any known allergies		/		
6	Difficult airway or risk of aspiration assessed	/			
7	Checked for infectious diseases, serology report	/			

Before skin incision (to be recorded by the Surgeon)		Yes	No	Not indicated	Name & Sign
1	Confirm the Pt's name, procedure and where the incision will be made.	✓			<i>[Signature]</i> for Dr. Subramanyam
2	Antibiotic prophylaxis been given within the last 1 hour	✓			
3	Risk of more than 500 ml blood loss(7 ml/kg in children) anticipated		✓		
4	Essential imaging displayed			✓	
5	Any additional procedure intended/consent taken for the same		✓		

Before skin incision (to be recorded by the Staff Nurse)		Yes	No	Not indicated	Name & Sign
1	Has sterility been confirmed (including indicator results)	/			<i>[Signature]</i>
2	Are there any equipment issues or concerns?		/		

At the end of procedure/before patient leaves OT (to be recorded by the Staff Nurse)		Yes	No	Not indicated	Name & Sign
1	Completion of instrument, sponge and needle counts	/			<i>[Signature]</i> E2184
2	Specimen labeled with patient ID	/			
3	Any equipment problem to be addressed		/		
4	Tourniquet deflation done			/	
5	Cautery burns/other intra operative iatrogenic injuries		/		
6	Patient handed over to the recovery Nurse with all records and specimen if any	/			

Date:



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd.

R/ANAE-05/0

DEPARTMENT OF ANAESTHESIA

Post Anaesthesia Scoring SystemPatient Name: *Sreyas T.S*Age: *29* Sex: *Fe*MRD. No: *E001188866*Name of Surgeon: *Dr. Sheela Shenoy* Name of Surgery: *D&C*

Category	Description of Status	Aldrete score
Respiration	Breathes, coughs freely	<u>2</u>
	Dyspnoea	1
	Apnoea	0
O2 Saturation	on room air	<u>2</u>
	O2 saturation > 92% Supplemental Oxygen	1
	O2 saturation < 92% On oxygen	0
Circulation	BP +/- 20 mm Hg pre op value	<u>2</u>
	BP +/- 20-50 mm Hg pre op value	1
	BP +/- 50 mm Hg pre op value	0
LOC	Awake & oriented	<u>2</u>
	Wakens with stimulation	1
	Not responding	0
Movement	Moves 4 limbs on own	<u>2</u>
	Moves 2 limbs on own	1
	Moves 0 limbs on own	0
Total score		<u>10</u>

Signature of Anaesthetist: *[Signature]*Name of Anaesthetist: *Dr. Liza Abheche*Date: *10/12/18*Time: *12.45 pm*



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt. Ltd.

THIRUVANANTHAPURAM - 695 004

R/ANAE-02/1

PRE OPERATIVE ANAESTHESIA ASSESSMENT CHART

Name: Sreya T.S Age: 20 Sex: F MRD No. E-1188866

Diagnosis -
Operation - D & C

Presenting Complaints - W/O incomplete abortion,

Past History

- Allergies -
 - Asthma -
 - Hypertension -
 - Diabetes -
 - Jaundice -
 - Angina -
 - Dyspnoea -
 - Convulsions -
 - Previous Anaesthesia -
 - Misc -
- No comorbidity
- No h/o food / drug allergy

Concomitant Medications -

General Examination -

PR: 80/min BP: 120/70 Pallor: - Edema: = Jaundice: -

Systemic Examination

- Airway - MTA II Hb 12.8
- Rs - NURS, AE DC Urea B +ve
- CVS - S, S, (+) Creatinine
- Spine - (N) TSH - 2.9

Investigations

- Blood - INR -
- ECG - RBS - 100
- ECHO - Na -
- X ray - K -
- Serology - we

TMT -

Misc -

ASA Status - R

Risk Factors

Anaesthesia Orders -

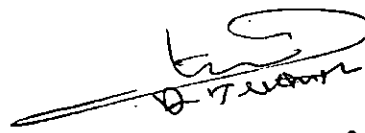
- NPO 8 hrs
- Informed Consent
- T. Paracetamol 10 mg HS & 8am
- T. Alprazolam 0.5 mg HS.
- To take all oral medications on morning of
Sx \bar{c} sips of water.

(Consultant Anaesthesiologist)

Date -

Review -

09/12/18


~~Dr. Ranjan~~
J. S. Ranjan

GA: Pre oxygenation

Pre medication

OPIOID

INHALATION

INTRAVENOUS

INDUCTION ROPOFOL.....100.....mg TPS.....mg ETOMIDATE.....mg

Ketamine.....mg Opioid.....

RELAXANT ATRAC.....mg CISATRAC..... SCOLINE.....

VEC.....mg ROCURONIUM.....

REVERSAL NEOSTIGMINE.....mg ATROPINE.....mg

others : glyco :mg

Medications

*glyco 0.2 glenex 1mg
pentonyl 100mg*

OTHER DETAILS:

Regional Anaes

SPINAL

EPIDURAL

BLOCKS _____

PT. POSITION _____

ASEPTIC PRECAUTION:

LOCAL: _____

NEEDLE : _____

SITE : _____

ATTEMPTS: _____

DRUG(S): _____

DOSE : _____

CATHETER: _____

LOB: _____

REMARKS: _____

Any Complications:

Duration of Anaesthesia

15 min

Duration of Surgery

MO 2hrs

Post - op Instructions

Monitor Vitals

Signature

Luze



COSMOPOLITAN HOSPITALS Pvt.Ltd.

R/OT-02/2

PATTOM P.O., THIRUVANANTHAPURAM - 695 004

OPERATION RECORD

NAME Sreya Sreeja T.S AGE 29 SEX :M/F MR No : E-1188866
 SURGEON E 001188866 ANAESTHESIOLOGIST _____
 ASSISTANT Dr - Sheela Shetty SCRUB NURSE S/N - Meenambika

PRE OP DIAGNOSIS : _____

POST OP DIAGNOSIS : _____

ANAESTHESIA TYPE : Mixed aloshe (Incomplete)

OPERATION : _____

START TIME : AM / PM END TIME : AM / PM

OPERATIVE FINDINGS :
10/12/18
Mixed aloshe (Incomplete)
Evacuate / GA

PROCEDURE DETAILS :
vulva vagina normal
W- Gab sin
os opened
Products removed by SE
Cant curette
Feels empty
Specimen sent for H&E

IMPLANT / DEVICE DETAILS : _____

BLOOD LOSS (Approx) : _____

* SPONGE COUNT VERIFIED : YES / No (Please tick whichever is applicable)

DATE :

SIGNATURE OF SURGEON