



## PERİFERİK SİNİR BLOĞU TAKİP FORMU

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Doküman Kodu      | HB.FR.009  |
| Yayın Tarihi      | 23.03.2016 |
| Revizyon Numarası | 0          |
| Revizyon Tarihi   | 0          |
| Sayfa No          | 1 / 2      |

|                        |                                                                                         |                 |          |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|
| Hastanın Adı / Soyadı: | ASA:                                                                                    | Ek Hastalık :   | Allerji: |
| Hastanın yaşı:         | Kilo:                                                                                   | Boy:            |          |
| Hastanın protokol no:  | Taraf: <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol Doğrulandı             |                 |          |
| Hastanın Tel No:       | Endikasyon: <input type="checkbox"/> Analjezi <input type="checkbox"/> Cerrahi anestezi |                 |          |
| Tarih: / /             | Ağrı tedavisi için Dr. _____ Tarafından istendi.                                        |                 |          |
| Doktor:                | Cerrahi:                                                                                | Cerrahi Süresi: |          |

|                            |                          |                |
|----------------------------|--------------------------|----------------|
| Yapılan blok(lar):         | Blok başlama süresi: /dk | Cerrahi başl:  |
| İşlem zamanı: /dk          |                          | Cerrahi bitiş: |
| Hastanın işlem öncesi: VAS | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10     |                |
| Nabız: /dakika             | Kan basıncı: / mmHg      | Oksijen Sat: % |

|                                                                                |                                             |                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uyanık                                                | <input type="checkbox"/> Sedatize           | <input type="checkbox"/> Spinal/Epidural/Genel Anestezi altında                                                             |
| Premedikasyon: Midazolam: .....mg, Fentanil: .....mcg, Propofol: .....mg       |                                             |                                                                                                                             |
| Asepsi: <input type="checkbox"/> Batikon                                       | <input type="checkbox"/> Steril eldiven     | <input type="checkbox"/> Delikli örtü Diğer:                                                                                |
| Hasta pozisyonu: <input type="checkbox"/> Supin <input type="checkbox"/> Prone | <input type="checkbox"/> Sol Lateraldekübit | <input type="checkbox"/> Sağ lateraldekübit <input type="checkbox"/> Oturur                                                 |
| ASA monitorizasyonu: <input type="checkbox"/> KB                               | <input type="checkbox"/> EKG                | <input type="checkbox"/> O2 Sat <input type="checkbox"/> Destekleyici oksijen <input type="checkbox"/> Resüsitasyonekipmanı |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teknik: <input type="checkbox"/> Tek doz                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Kateter (Cittenderinlik cm)                                                                                    |
| İğne: <input type="checkbox"/> 18G <input type="checkbox"/> 21G <input type="checkbox"/> 22G <input type="checkbox"/> 50mm <input type="checkbox"/> 100mm | Marka:                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Ultrason kullanımı                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Curved <input type="checkbox"/> Linear <input type="checkbox"/> In-plane <input type="checkbox"/> Out-of plane |
| <input type="checkbox"/> Sinir stimülasyonu                                                                                                               |                                                                                                                                         |

| Motor yanıt | Minimal akım (mA) | Lokal Anestetik | Konst (%) | Volum | Aditif / adrenalin                    |
|-------------|-------------------|-----------------|-----------|-------|---------------------------------------|
|             |                   | Bupivakain      |           |       | <input type="checkbox"/> 1/___00.000  |
|             |                   | Lidokain        |           |       | <input type="checkbox"/> Kullanılmadı |
|             |                   |                 |           |       |                                       |
|             |                   |                 |           |       |                                       |

|                                |           |               |
|--------------------------------|-----------|---------------|
| Kateter infüzyon: Hız: ml/saat | Bolus: ml | Kilit süresi: |
|--------------------------------|-----------|---------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Komplikasyon: <input type="checkbox"/> Horner <input type="checkbox"/> Nefes darlığı Diğer:                                                                                                                                                          |
| Kan aspirasyonu <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok, Enjeksiyon sırasında ağrı <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok, Enjeksiyon Basıncı: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Yüksek. |

|                                                                                                               |                                                                                               |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Blok başarısı: <input type="checkbox"/> Tam <input type="checkbox"/> Kısmi <input type="checkbox"/> Başarısız | <input type="checkbox"/> İşlem sonlandırıldı                                                  | Nedeni:                       |
| Hastanın işlem sonrası: VAS                                                                                   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                          | Nabız: /dk Kan Basıncı: /mmHg |
| <input type="checkbox"/> İşlem asistan Dr. _____ tarafından gerçekleştirildi. Oradaydım denetimimde yapıldı   |                                                                                               |                               |
| <input type="checkbox"/> İşlemi ben yaptım. SORUMLU DR. İMZA: _____                                           |                                                                                               |                               |
| Post-operatif 1. Gün sabah VAS                                                                                | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                          | Ek analjezi ihtiyacı:         |
| Hasta memnuniyeti: <input type="checkbox"/> Çok iyi <input type="checkbox"/> İyi                              | <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok kötü |                               |
| Cerrah memnuniyeti: <input type="checkbox"/> Çok iyi <input type="checkbox"/> İyi                             | <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok kötü |                               |
| Bir daha aynı yöntemi tercih eder mi?                                                                         | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır                                  |                               |



## PERİFERİK SİNİR BLOĞU TAKİP FORMU

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Doküman Kodu      | HB.FR.009  |
| Yayın Tarihi      | 23.03.2016 |
| Revizyon Numarası | 0          |
| Revizyon Tarihi   | 0          |
| Sayfa No          | 2 / 2      |

|                       | 5 DK |   | 10 DK |   | 20 DK |   | 30 DK |   | 60 DK |   |
|-----------------------|------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|
|                       | S    | M | S     | M | S     | M | S     | M | S     | M |
| El sırtı-radial taraf |      |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| Başparmak volar kısım |      |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| 5.parmak volar kısım  |      |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| Önkol medial kısım    |      |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| Başparmak abdüksiyonu |      |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| Başparmak oppozisyonu |      |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| Başparmak addüksiyonu |      |   |       |   |       |   |       |   |       |   |
| El bileği fleksiyon   |      |   |       |   |       |   |       |   |       |   |

### Sensoriyel-motor Blok

0 - Blok Yok

1 - Parsiyel (Pinprick)

2 - Tam (Dokunma)