







ANAESTHESIA RECORD

DEPARTMENT OF ANAESTHESIA, PAIN MEDICINE AND CRITICAL CARE

BURN AND PLASTIC BLOCK, AIIMS, NEW DELHI- 110029

Name: Nirbit Age/Sex: 4y/M Ward/Bed: _____ Ht: _____ Wt: 22kg BMI: _____ Blood group: _____

Diagnosis: 65% TBSA 1st degree electric flame burn
Neck burn, neck, left & right arm
 Proposed surgery: Debridement

Previous surgeries/ Anaesthesia- (ICU stay/ Events/ Difficult airway, etc) <u>None to date</u> (under general) <u>Myocardial infarction</u>	Ongoing Medications- _____	H/o Food & drug allergies- _____
		H/o Blood transfusion(s)- _____
		Addictions- Smoking/ alcohol/ Gutka/ others _____
		LMP (for females)- _____

Cardiovascular Diseases- • Angina • MI • HTN • Rhythm disorders • Pacemaker • DVT Others- _____	Respiratory diseases- • Asthma • COPD • URTI/LRTI • OSA • _____ Others- _____	Neurological Diseases- • Seizure • Stroke • Memory/ Speech • Neuropathy • Nerve/ spinal cord • Injury	Kidney & Liver Diseases- _____
			Other diseases- _____

Burn History: _____ Date of Burn- _____
 Mode of Burn- Electric/ Flame/ Chemical/ Steam/ Oil
 Burn extent (%) & Severity (Superficial/ Partial thickness/ Full thickness)-
 (Also shade the burn areas in the given diagrams)

Inhalational Injury signs- Burn around mouth/ Deep facial or Neck burn/ Singed Hairs in ears/ blistering or oedema of oropharynx/ Persistent cough or wheezing/ Carbonaceous sputum/ Hoarseness, muffled speech or dysphagia

Phase of burn- "ebb" [resuscitative phase (<48 hours)]

"flow" [recovery]- Early/ Late

Opioid/ Anaesthetic use for previous burn dressing- _____



General Examination: Pulse: 132 /min BP: 120/80 mmHg, Temp: _____ °C/ F, BHT: _____ Sec

Cyanosis/ Clubbing/ Oedema/ Lymphadenopathy/ Icterus

Spine- _____

Airway Examination- Airway burn suspected- Yes/NO Anticipated difficult mask ventilation/ intubation- Yes/NO

MO: 2nd MMP grade: III Neck movements- _____ Teeth-loose/mixing/dentures/caps

Projected difficulties- _____

Systemic examination: CVS: S, S, S, S

RS: BLEP 10

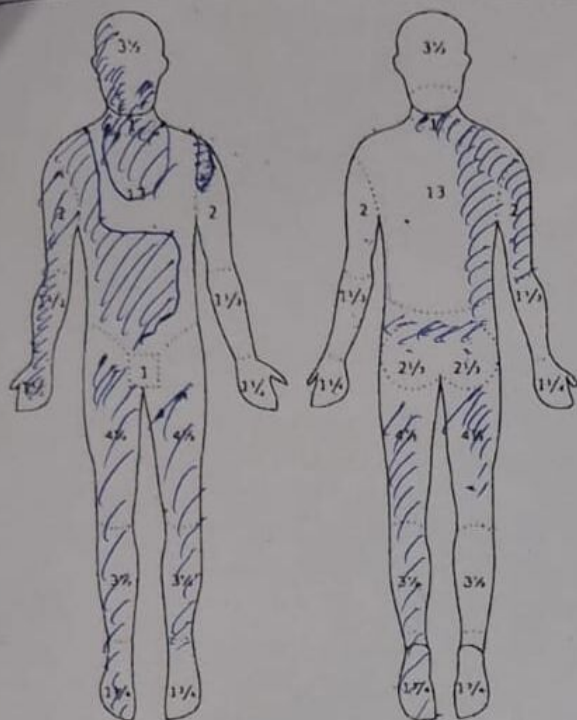
CNS: _____

Others: _____

Burns and Plastic Surgery Block
Department of Plastic, Reconstructive and Burns Surgery
All India Institute of Medical Sciences, New Delhi-29

Patient	Nishay Chawwal	Casualty No./UHID:	108505151
Date of Burns:-	15/7/25 2:30pm	Age/Sex	8y/M.
Assessment:-	11/8/25	Weight	27kg

Burn Assessment Chart (To be filled by SR on duty and to be attached in file)



प्रथम डिग्री दाह /
1st degree burn

द्वितीय डिग्री दाह /
2nd degree burn

तृतीय डिग्री दाह /
3rd degree burn

ADULT

क्षेत्र	जन्म - 1 वर्ष	1-4 वर्ष	5-9 वर्ष	10-14 वर्ष	15 वर्ष	वयस्क	अंशिक मोटाई दूसरी डिग्री	पूर्ण मोटाई तृतीय डिग्री	कुल
Area	Birth - 1y	1-4y	5-9y	10-14y	15y	Adult	Partial Thickness Second degree	Full Thickness Third degree	Total
सिर / Head	19	17	13	11	9	7			
गर्दन / Neck	2	2	2	2	2	2			
अग्रिम पट्ट / Anterior trunk	13	13	13	13	13	13			
पश्चिम पट्ट / Posterior trunk	13	13	13	13	13	13			
दाहिने पिंजरा / Right buttock	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5			
बाएँ पिंजरा / Left buttock	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5			
गुच्छन / Genitalia	1	1	1	1	1	1			
दाहिने ऊपरी बांह / Right upper arm	4	4	4	4	4	4			
बाएँ ऊपरी बांह / Left upper arm	4	4	4	4	4	4			
दाहिने निचली बांह / Right lower arm	3	3	3	3	3	3			
बाएँ निचली बांह / Left lower arm	3	3	3	3	3	3			
दाहिना हाथ / Right hand	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5			
बायाँ हाथ / Left hand	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5			
दाहिना जांघ / Right thigh	5.5	6.5	8	8.5	9	9.5			
बायाँ जांघ / Left thigh	5.5	6.5	8	8.5	9	9.5			
दाहिना निचली टांग / Right lower leg	5	5	5.5	6	6.5	7			
बायाँ निचली टांग / Left lower leg	5	5	5.5	6	6.5	7			
दाहिना पाद / Right foot	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5			
बायाँ पाद / Left foot	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5			
कुल / Total									

Complete Diagnosis

65.1 TBSA of infected electric + flame
 Been involving head neck R/L U Anterior
 Trunk Posterior Trunk Genitalia and
 R/L LL.

Signature & Name of SR:

Faculty in charge

अन्सारी नगर, नई दिल्ली-११००२६

सहमति पत्र

यू०एच०आई०डी०सं०/बहि० रो० वि० सं० 108505151

नाम : NIRBHAY लिंग : M आयु : 9y
पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री Dr. 65% TB M old with black color Bm + flame Bm lung -
head Neck B/L UL Ab. Jnk, Post Jnk, quatern 4 B/L
दूरभाष : Ph: Delhi

सहमति के लिए सूचना :

चिकित्सा उपचार संवेदाहरण तथा शल्यक क्रिया करने और/अथवा नैदानिक/चिकित्सीय प्रक्रिया के प्राधिकरण के संबंध में।

मैं एतद्वारा अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान तथा संस्थान के पदाधिकारी स्टाफ को Dr. 65% TB M के विषय में निम्नलिखित चिकित्सा उपचार शल्यक क्रिया और अथवा नैदानिक/चिकित्सीय प्रक्रियाओं के निष्पादन के लिए प्राधिकृत करता हूँ।

मुझे आपरेशन / प्रक्रिया आकस्मिक स्थिति उत्पन्न अथवा प्रकट होने पर प्रारंभिक उपचार में समय आवश्यक शल्यक और अन्य आपात प्रक्रिया के अतिरिक्त अथवा उससे अलग जो अपेक्षित समझते हैं, प्राधिकृत करता हूँ।

मैं बेहोशी में प्रयुक्त होने वाले निम्नलिखित वर्जित दवाओं (वर्जित दवाएँ दर्शाएँ अथवा नहीं) के अलावा तथा अपेक्षित समझे जाने वाले संवेदनाहारी दवाओं के प्रयोग की भी सहमति देता हूँ।

मैं स्पष्ट करता हूँ कि मैं उच्चरक्तचाप / मधुमेह / रक्त संबंधी गड़बड़ी / हृदय की बीमारी अथवा myself से पीड़ित हूँ / नहीं हूँ।

मैं यह भी स्पष्ट करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार की एलर्जी अथवा दवाई के प्रभाव से पीड़ित नहीं हूँ।

मैं पुनः इस प्रकार की औषधियों प्लाजमा और रक्त आधान अथवा किसी अन्य उपचार तथा प्रक्रिया जो आवश्यक समझी जाए के प्रयोग की भी सहमति देता हूँ।

आपरेशन के प्रकार और प्रयोजन / अथवा क्रियाओं आपरेशन की अनिवार्यता संभावित वैकल्पिक पद्धतियों उपचार पूर्वानुमान जाँच प्रक्रिया/ जाँच के जोखिम तथा जटिलताओं की संभावित तथा मेरी स्थिति/निदान के अनुरूप उपचार के बारे में मुझे पूरी तरह से स्पष्ट कर दिया गया है। उक्त परिस्थितियों में उपचार के बारे में मुझे जानकारी है।

मुझे सभी/कोई भी प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है तथा मुझे किसी अन्य चिकित्सक से मिलकर विचार कायम करने का भी विकल्प प्रदान किया गया है।

मैं स्वीकार करता हूँ कि किसी भी प्रक्रिया/उपचार से संबंधित परिणाम के लिए मुझे कोई गारंटी अथवा वचन नहीं दिया गया है।

मैं आपरेशन अथवा प्रक्रिया के निष्पादन के लिए अपने शरीर के उपयुक्त अंग की चिकित्सा वैज्ञानिक अथवा शैक्षिक उद्देश्य के लिए फोटोग्राफिंग तथा टेलीविजनिंग करने की सहमति प्रदान करता हूँ बशर्ते कि चित्र अथवा उससे संबंधित वर्णनात्मक विषयों द्वारा मेरी पहचान उद्धाटित न हो।

प्रगामी आयुर्विज्ञान शिक्षा के उद्देश्य से आपरेशन कक्ष में प्रेक्षकों प्रदेशा सहमति देता हूँ।

मैं अस्पताल के अधिकारी वर्ग को शल्यक प्रक्रिया/उपचार के दौरान किसी भी ऊतक अथवा हिस्से का, जो अलग किया जा सकता है के निपटाने की सहमति देता हूँ।