



Pondy - Villupuram Main Road, Ariyur, Puducherry - 605 102. Phone : 0413-2260601

VAP BUNDLE

Hosp.No.	:	
Age	:	
Area	:	

Age	Hosp.No.	Area
.....		

[illegible]



CLABSI INSERTION BUNDLE

CAUTION: RESISTANT INFECTION



ENTRY LEVEL

Patient name:	UHID No:	Age/Sex:	ICU/Ward:
Department:	IPNO:	DOA:	Adm unit:
Diagnosis:			
Date of insertion:	Date of removal:	Name and designation of inserter:	

INDICATION:

Reason for new CL insertion (if applicable)

☐ New indication for CL ☐ Replace malfunctioning CL ☐ Replace due to suspected CL associated infection

If suspected CL associated infection, was the CL exchanged over a guard wire ☐ Yes ☐ No ☐ NA ☐

Hand hygiene prior to CL insertion	Yes	No
Maximal sterile barriers used (Mask, Sterile gown, Large sterile drape, Cap, sterile gloves-1,2,3,4,5)		
Skin preparation (CHG*/ Povidone iodine/ Alcohol/ Others)- specify		
Skin prep completely dry at the time of first puncture?		
Insertion site:		
☐ Jugular vein ☐ Subclavian vein ☐ Femoral vein ☐ Any other _____		
Antimicrobial coated catheter used?	Yes	No
Central line catheter type: Tunneled/ Non tunneled		
Was the insertion successful for central line placement?	Yes	No

CHG* - to be avoided in premature infants, less than 2 months neonates and in allergic conditions.



SRI VENKATESHWARAA MEDICAL COLLEGE HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE
CRBSI BUNDLE CARE



Catheter Days	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
Daily catheter care (aseptic)	Hand hygiene									
	Alcohol hub decontamination									
	CHG 2% for dressing changes									
Any local signs/ symptoms of infection?*										
Dressing changed every 48 hours or dirty/oozing whichever early										
Assessment to readiness to remove- documented?										
Signature (Staff Nurse)										
ICN signature										

*1. Fever and chills 2. Sore and red skin around the catheter

*Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter- Related Infections, 2011

*National Healthcare Safety Network Surveillance, CDC, USA



SRI VENKATESHWARAA MEDICAL COLLEGE HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE

Pondy - Villupuram Main Road, Ariyur, Puducherry - 605 102. Phone : 0413-2260601

SURVEILLANCE OF SURGICAL SITE INFECTION

Patient Name..... Age.....M/F.....

Hospital Number..... Date of Admission.....

Date of Surgery Unit

Diagnosis Name of Operation

A type of Operation Clean Ward

Surgical Speciality:

General Surgery :

Cardiothoracic :

Neurosurgery :

Pediatric Surgery :

Orthopedics :

Skin Preparation done with : Hair Clipper / Shaving

Pre - Operative Risk Factors : DM Yes / No

Any Pre - Operative Antibiotic : Yes / No

Antibiotic Name : Dose: Route :

Post Operative Antibiotic : Yes / No

Antibiotic Name : Dose: Route :



SRI VENKATESHWARAA MEDICAL COLLEGE HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE

Pondy - Villupuram Main Road, Ariyur, Puducherry - 605 102. Phone : 0413-2260601

POST OPERATIVE FOLLOW - UP DATA

SIGNS AND SYMPTOMS

1. Temp :

2. Conditions of Wound :
 - a. Warmth : Yes / No
 - b. Redness : Yes / No
 - C. Induration : Yes / No

3. Discharge Present :
 - a. Serous Discharge : Yes / No
 - b. Blood : Yes / No
 - C. Seropurulent : Yes / No
 - d. Purulent : Yes / No

4. Laboratory :
 - a. TC :
 - b. DC :
 - c. Positive Culturet :

Charge of Treatment After Infection Detected : Yes / No

Outcome of Patient :

Patient name:	UHID No:	Age/Sex:	ICU/Ward:
	IPNO:		
Department:	DOA:	Diagnosis:	
	Adm unit		
Date of insertion:	Date of removal:	Name and designation of inserter:	

INDICATION: _____

1. Sterile equipments/ instruments used : Yes ☐ No ☐
 2. Catheter inserted using strict asepsis non touch technique: Yes ☐ No ☐
 3. Closed drainage system: Yes ☐ No ☐
 4. Catheter of appropriate size: Yes ☐ No ☐
 5. Catheter secured: Yes ☐ No ☐
- Name and Signature of Doctor



SRI VENKATESHWARAA MEDICAL COLLEGE HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE
CRBSI BUNDLE CARE

[illegible]

*1. Fever and chills 2. Sore and red skin around the catheter

*Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011

***National Healthcare Safety Network Surveillance, CDC, USA**



**SRI VENKATESHWARAA MEDICAL COLLEGE
HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE**

ARIYUR, PUDUCHERRY - 605 102. Cell: 9442600276

ஸ்ரீ வெங்கடேஸ்வர மருத்துவக்கல்லூரி
மருத்துவமனை மற்றும் ஆராய்ச்சி மையம்



DOCTORS PROGRESS REPORT

Name :

IP. No. :

Dept. & Unit :

Age / Sex :

Ward :

Date & Time

Note : Progress of case, complications, change of diagnosis, condition on discharge & initial all entries

CLINICAL NOTE

ORDERS

High Risk Consent for Anaesthesia

ஆசிய நான் ஸ்ரீ வெங்கடேஸ்வர
மருத்துவமனையில் அறுவை சிகிச்சை பிரிவின் கீழ்
சுரணாக அறுவை சிகிச்சைப் பட்டுள்ளான்
எண்ணப் பரிசோதித்த மருத்துவர்
என்றும் அறுவை சிகிச்சை வசிய வேண்டும் என்று
அறிவுறுத்தினார். எனக்கு டயாக் மருந்து கொடுக்கப்படாது
அதன் பின்னர் அந்த அறுவை சிகிச்சையின் போது
கிடுகண்ட நிகழ்வுகள் நடக்க வாய்ப்பு உள்ளது என்று
கூறினார்.

- ① பாதலானது அறுவை நிகழ்வுகள்
- ② அந்த நாள்களில் அந்தம் உறையும் தன்மை
- ③ நேன் நான் கீவிர சிகிச்சை பிரிவில் நிகழ்வுகள்
- ④ Ventilator ஆதரவு
- ⑤ அறுவை சிகிச்சை மூலம் அந்தம் துண்டாகும்

இவை அனைத்தையும் அறிந்த பின்னர் இந்த
அறுவை சிகிச்சைக்கு முடி மனதுடன் கவனிப்பேன்.
இதற்கு மருத்துவமனையின் மருத்துவரின் ரொகியன்
பயன்படும்.

சுரணாக அறுவை சிகிச்சை
சுரணாக

சுரணாகியின்
சுரணாகியின்

DOCTORS PROGRESS REPORT

NABH/18/01

**SURGICAL SITE INFECTION BUNDLE CARE**

Patient name:	UHID No:	Age/Sex:	ICU/Ward:
	IPNo:		
Department:	DOS:	Adm unit:	DOA:
Diagnosis:	Surgery Procedure performed:		Name of Surgeon:

PRE-OPERATIVE BUNDLE CARE		PERIOPERATIVE BUNDLE CARE			
	Yes/ Specify	No		Yes/ Specify	No
Preoperative bathing with soap and water			Surgical site skin preparation (antiseptics+ alcohol)		
Decolonization for MRSA carriers with mupirocin			Surgical hand scrub before surgery		
Surgical antimicrobial prophylaxis Drug Dose Time Route			Oxygenation of FiO ₂ (80%)		
			Prolonged Surgery (>4 hrs)		
			Normothermia (36°C) (to be mentioned for prolonged surgeries)		
Mechanical bowel preparation (for colorectal surgeries)			Normovolemia(to be mentioned for prolonged surgeries)		
Hair removal with clippers					



SRI VENKATESHWARAA MEDICAL COLLEGE HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE



POST OPERATIVE BUNDLE CARE

POST OPERATIVE BUNDLE CARE																						
Post operative Days	D1		D2		D3		D4		D5		D6		D7		D8		D9		D10		D11	
Yes/ No	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
Hand hygiene																						
Surgical dressing																						
Any S/S of infection?*																						
Education -Prevention of SSI to patient's caretaker																						
Signature																						
ICN Signature																						

*1. Pus discharge 2. Redness 3. Delayed healing 4. Fever 5. Pain or tenderness 6. Warmth 7. Swelling

*National Healthcare Safety Network Surveillance, CDC, USA



SRI VENKATESHWARAA MEDICAL COLLEGE HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE

No. 13-A, Pondy - Villupuram Main Road, Ariyur, Puducherry - 605 102.
0413-2260601, Fax : 0413- 2644476 Web: www.svmcpndy.com
e-mail: svmch_pondy@yahoo.com / svmc@svmcpndy.com



ஸ்ரீ வெங்கடேஸ்வரா மருத்துவக்கல்லூர் மற்றும் ஆராய்ச்சி மையம்
புதுவை - விழுப்புரம் பிரதான சாலை, ஆரியூர், புதுச்சேரி - 605 102.

WHO SURGICAL SAFETY CHECK LIST ADAPTED FOR SVMCH&RC - IN OPERATION THEATRE

(Attach this form with operation notes for all patients undergoing Surgery and the filled has to be sent to MRD with IP Records)

SIGN IN (to be read out loud) Before induction of anaesthesia	TIME OUT (to be read out loud) Before skin incision	SIGN OUT (to be read out loud) Before any member of the team leaves the operating room and before patient leaves the operating room
For NURSES 1 Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure and consent? ☐ Yes 2 Consent for: ☐ Surgery ☐ Anaesthesia ☐ Blood/ Blood Products ☐ Vernacular 3. NPO Status: ☐ NPO ☐ NA 4. Surgical Site is marked ☐ Yes ☐ NA 5. Test dose : ☐ Antibiotics ☐ Lignocaine For ANAESTHETIS (Surgeon, in case of LA) 6. ☐ Patient Identity 7. Type of Anaesthesia ☐ GA ☐ GA ☐ MAC ☐ LA 8. Anaesthesia Machine and drugs checked completely ☐ Yes ☐ No. 9. Multi-para Monitor on the patient and functioning ☐ No ☐ Yes 10. Does the patient have a known allergy ☐ Yes ☐ No. 11. Difficult airway / aspiration risk : ☐ No ☐ Yes (equipment/ assistance available) 12. Confirmation of pre-medication ☐ Yes ☐ No. ☐ NA 13. Risk of > 500 ml blood loss (7ml/kg in Children) ☐ No ☐ Yes and Large bore IV cannula / venous access planned	For NURSES (Surgeon in case of LA) 1. Sterilization indicators have been confirmed ☐ 2. Additional concern: ☐ No ☐ Yes 3. Counts of sponge and instruments or any others: ☐ Yes 4. There are any equipment/implant issues or any other concern: ☐ No ☐ Yes For ANAESTHETIST 5. Verbally confirm : ☐ What is the Patient's Name? ☐ What procedure, site and position are planned 6. Antibiotic prophylaxis given ☐ Yes ☐ No ☐ NA 7. Are there any patient specific concerns? ☐ No ☐ Yes 8. ☐ What is the patient's ASA grade? 9. ☐ What monitoring equipment and other specific levels of support are required, for example blood? For SURGEON 10. ☐ Patient Identity 11. Introduction of team members by themselves by name and role: (All other activities to be suspended unless life threatening emergency)	For NURSES (Surgeon in case of LA) 1 Completion of instruments sponge and needle, sharps or any other counts ☐ Yes For ANAESTHETIST 2. Key concern for recovery & Management of this Patient ☐ NO ☐ Na ☐ Yes For SURGEON 3. Name of the procedure done 4. No. of specimen(s) & Labeling of specimen (s) including patient's name ☐ No ☐ Yes 5. Any equipment problem to be addressed ☐ No ☐ Yes 6. Specific post procedure instruction

SIGN IN (to be read out loud) Before induction of anaesthesia	TIME OUT (to be read out loud) Before skin incision	SIGN OUT (to be read out loud) Before any member of the team leaves the operating room and before patient leaves the operating room
14. Resuscitation equipment (Ambu, Defib, etc.) and drugs available ☐ Yes ☐ No 15. Any specific concern; Pacemaker Access or Intercostal drainage ☐ No ☐ Yes For SURGEON 16. ☐ Patient Identity 17. Pre-assessment and provisional diagnosis ☐ 18. Consent for Procedure : ☐ Yes 19. No of units of blood..... or blood products available..... or NA 20. Are there any specific requirement of endoscopy, instruments or implants ☐ No ☐ Yes 21. Parts prepared : ☐ Yes ☐ No ☐ NA 22. History of tamsulosin / Alpha - 1A inhibitors: ☐ Yes ☐ No ☐ NA 23. Use of Anti-coagulants / Antiplatelet ☐ Yes ☐ No ☐ NA Signature of Nurse : Name :	12. Confirmation of side of incision : ☐ Left ☐ Right ☐ Midline 13. Relevant investigation reports and images ready ☐ Yes ☐ No ☐ NA 14. is essential imaging displayed? ☐ Yes ☐ NA 15. Equipment and implants are checked ☐ Yes ☐ No ☐ NA 16. ☐ Are there any specific equipment requirements or special investigations? 17. With the Rule / Against the Rule Astigmatism: ☐ Yes ☐ No ☐ NA 18. Critical or unexpected steps ☐ No ☐ Yes 19. Case duration 20. Anticipated blood loss: 21. Has VTE prophylaxis been undertaken ☐ Yes ☐ NA 22. Has the surgical site infection (SSI) bundle been undertaken ☐ Yes ☐ NA <u>Abbreviations:</u> NA - Not Applicable LA - Local Anawsthesia RA - Regional Anaesthesia MAC - Monitored Anaesthesia Care GA - General Anaesthesia NPO - Nil Per Oral IV - Intra Venous NBM - Nasal Breathing mask VTE - Venous Thrombo-embolism Signature of Anaesthetist Name : Seal :	7. Observation: ☐ Nothing ☐ Frequency NBM..... ☐ Oxygen ☐ IV therapy ☐ NPO 8. ☐ Have specimen been labeled correctly? 9. Key concern for recovery & Management of this Patient ☐ Yes ☐ No ☐ NA Pt's Name: Sex :..... DOB:..... Age:..... Hosp ID.No: Date:..... Time:..... Provisional Diagnosis: Proposed Surgery : Department: Unit : Signature of Surgeon Name : Seal :

**SRI VENKATESHWARAA MEDICAL COLLEGE HOSPITAL & RESEARCH CENTRE**

No. 13-A, Pondy - Villupuram Main Road, Ariyur, Puducherry - 605 102.

☎ : 0413-2260601, Fax : 0413- 2644476 Web: www.svmcpandy.com

e-mail: svmch_pandy@yahoo.com / svmc@svmcpandy.com

ஸ்ரீ வெங்கடேஷ்வரா மருத்துவக்கல்லூரி மற்றும் ஆராய்ச்சி மையம்

புதுவை - விழுப்புரம் பிரதான சாலை, அரியூர், புதுச்சேரி - 605 102.

**OPERATION REPORT**M.R.D No : Date: ☐ IP Ward : Bed:Pt.Name : Age : Sex : ☐ OP ☐ Others

SURGEON :	ASSISTANT (S) :	DATE :
ANAESTHETIST :	TYPE OF ANAESTHESIA :	
PRE-OPERATIVE DIAGNOSIS :	POST - OPERATIVE DIAGNOSIS :	
PROCEDURE :		
MAJOR OPERATIVE FINDINGS :		
DESCRIPTION OF OPERATION :		
SIGNATURE OF SURGEON		

☐ DIAGRAMS AND CONTINUATION ON REVERSE

POST OPERATIVE ORDERS

Doctor's Signature & Seal

NABH / 18 / 31

SRI VENKATESHWARAA MEDICAL COLLEGE HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE

No. 13-A, Pondy - Villupuram Main Road, Ariyur, Puducherry - 605 102.

☎ : 0413-2260601, Fax : 0413- 2644476 Web: www.svmcpondy.com

e-mail: svmch_pondy@yahoo.com / svmc@svmcpondy.com



ஸ்ரீ வெங்கடேஷ்வரா மருத்துவக்கல்லூரி மற்றும் ஆராய்ச்சி மையம்
புதுவை - விழுப்புரம் பிரதான சாலை, அரியூர், புதுச்சேரி - 605 102.

**CONSENT FOR ANAESTHESIA**

Date:

Time:

Patient Name :		Age	Sex
Relation / Guardian Name			
Address			
Diagnosis			
Name of Surgery			
Type of Anaesthesia	(General / Regional / Local)		

- I have been explained about the type of Anaesthesia and risk involved for the above surgery. in details.
- I have been given the complete freedom to discuss and decide the various Choices of Anaesthesia.
- I completely agree and give my consent for the above choice of anaesthesia suited for my medical condition.
- I understand that although rare, unexpected complication may arise during or after the anaesthesia procedure and I therefore, I solemnly pledge that I will not hold the hospital administration or its employee responsible for below mentioned complications as explained to me by anaesthesiologist.

Explained possible complications / Risk involved

.....

witness Name :

witness Signature with Date :

witness Address :

Patient Signature**Anaesthesiologist Signature**

Date:

NABH/18/01

SRI VENKATESHWARAA MEDICAL COLLEGE HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE



No. 13-A, Pondy - Villupuram Main Road, Ariyur, Puducherry - 605 102.
 ☎ : 0413-2260601, Fax : 0413- 2644476 Web: www.svmcpondy.com
 e-mail: svmch_pondy@yahoo.com / svmc@svmcpondy.com



ஸ்ரீ வெங்கடேஷ்வரா மருத்துவக்கல்லூரி மற்றும் ஆராய்ச்சி மையம்
 புதுவை - விழுப்புரம் பிரதான சாலை, அரியூர், புதுச்சேரி - 605 102.

அறுவை சிகிச்சைக்கு முன் மயக்க மருந்துக்கான ஒப்புதல் படிவம்

தேதி :

நேரம் :

நோயாளியின் பெயர்	வயது	இனம்	
உறவினர் (அ) பாதுகாவலர் பெயர்			
முகவரி			
நோயின் விவரம்			
அறுவை சிகிச்சையின் பெயர் (அ) தன்மை			
மயக்கமருந்தின் தன்மை	(ஜெனரல் / ரீஜினல் / லோகல்) GA		

மேற்கண்ட அறுவை சிகிச்சைக்கு முழுமயக்கம் வாயிலாக அறுவை சிகிச்சை
 * மேற்கண்ட அறுவை சிகிச்சை முறைக்கு தேவைப்படும் தகுந்த மயக்க மருத்துவ முறைகள் பற்றி:
 விளக்கமாக கூற கேட்டேன்.
செய்யப்படும் ஈனவும், அதன் பின்விளைவுகளாக வாய் மற்றும் தொண்டை வலி, குரல்
 * எனக்கு அளிக்கப்படும் மயக்க மருத்துவமுறை குறித்து சுதந்திரமான சுயமாக ஆலோசித்து முடிவு
 எடுத்துக்கொள்ள வாய்ப்பு கொடுக்கப்பட்டது.
மாற்றும், பரிசீலனைக்கு சேதாரம் முழு மயக்கத்திலும் அரைகுறை நினைவு திருத்தல், வாந்தி
 * என்னுடைய உடல்நிலை மற்றும் அறுவை சிகிச்சைக்கு தகுந்த மயக்க மருத்துவ முறையை அளிக்க
 முழுமனதுடன் சம்மதிக்கின்றேன். **புரை ஏறாதல், நரையிரல் தொற்று ஏற்படலாம் என்றும் அறுவை**
 * மேலும் மயக்கம் அளிக்கும்போதோ பின்னரோ எதிர்பாராது ஏற்படும் பக்க விளைவுகளுக்கு
 மருத்துவர்களோ மருத்துவமனையோ (ஊழியர்களோ) பொறுப்பல்ல என்று உறுதி அளிக்கின்றேன்.
சிகிச்சைக்கு பின்பு செயற்கை சுவாசம் மற்றும் ஒலிர் சிகிச்சை பிரிவில் தங்க
நேரிடலாம் என்று அறிந்து கொண்டு
 தெரிவிக்கப்பட்ட முன் பின் விளைவுகள் :

சாட்சியாளரின் பெயர்

நோயாளியின் கையொப்பம்

சாட்சியாளரின் கையொப்பம்

சாட்சியாளரின் முகவரி

மயக்கமருந்தியல் நிபுணரின் கையொப்பம்
 நாள் :



SRI VENKATESHWARAA MEDICAL COLLEGE HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE

Ariyur, Puducherry - 605 102.

SURGICAL PATHOLOGY REQUISITION FORM

PATIENT NAME:

DATE:

AGE :

SEX :

OP/IP. NO.:

REF. BY :

PATIENT ADDRESS:

CLINICAL DIAGNOSIS:

PER OPERATIVE FINDING (IF ANY) :

NATURE OF THE SPECIMEN SENT:

TEST REQUIRED (HPE, CYTOLOGY, FNAC):

ANY OTHER INFORMATION:

DOCTOR SIGNATURE

NAME :

SEAL: