

INTERVENTO _____ URGENZA ☐





















TEMPI CEC			
	h. Inizio	h. Fine	Min. Tot.
I CEC			
I CLAMP			
II CEC			
II CLAMP			
ARR. CIRC			
P. CER. DX			
P. CER. SX			

BILANCIO LIQUIDI				
ENTRATE mL		USCITE mL		
R.A.		Diuresi		
Mannitolo		Ultrafiltrato		
NaCl		Residuo Oxy		
Albumina		Quota Autotrans		
Elettrolita		Perduto		

CPL Cristalloide				Tot. Bilancio
Tot. Entrate		Tot. Uscite		

AUTOTRANS
 GRC TOT : _____
 → INFUSI IN CEC : _____

CHECK LIST

-  Corretto posizionamento e direzione dei tubi
-  Collegamento a rete pompa, scambi. calore e pompa inf. cardioplegia
-  Connessione sicura dei tubi acqua-ossigenatore
-  Controllo batteria
-  Controllo senso dei rotori
-  Presenza manovre
-  Controllo soluzione del priming e farmaci
-  Reservoir aperto all'aria
-  Occlusione pompa roller
-  Circuito debolato
-  Gas Out Libero e senza perdite
-  Allarmi funzionanti e Attivi
-  Zero pressioni e limiti
-  Sonde t° alloggiare
-  Monitoraggio B-Capta
-  Connessione Gas Blender
-  Controllo asservimenti rotori
-  Posizionamento flussimetro
-  Clamp Disponibili N° _____grandi
_____piccole
-  Regolatore VavD Funzionante

[illegible]

TFCPC_____

FIRMA _____

Azienda Sanitaria Locale “Città di Torino”
Presidio Ospedaliero San Giovanni Bosco
S.S.D. CARDIOCHIRURGIA

CARTELLA CLINICA CIRCOLAZIONE EXTRACORPOREA

DATA: ____/____/____
n° CEC: _____

NOME _____	COGNOME _____	SESSO	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">M</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">F</div>	ETA' _____
DATA DI NASCITA _____ / _____ / _____	PESO _____	ALTEZZA _____	BSA _____	L/miN _____	
GR _____	CREAT _____	ATI III _____	INR _____	PTT _____	PLT _____
FE % _____	DM <input type="checkbox"/>	IP.ART. <input type="checkbox"/>	IP. POLM. <input type="checkbox"/>	BPCO <input type="checkbox"/>	FA <input type="checkbox"/> PM/ICD <input type="checkbox"/>
ANOMALIE FEM <input type="checkbox"/>		ANOMALIE TSA <input type="checkbox"/>			
REDO <input type="checkbox"/>					
ALTRO _____					
DIAGNOSI _____					
EQUIPE CHIRURGICA _____					
ANESTESISTA _____					

DATI CEC			
S.N. HLM _____		OSSIGENATORE _____	
S.N. SCAMBIATORE _____		CIRCUITO _____	
POMPA =		ROLLER <input type="checkbox"/> CENTRIFUGA <input type="checkbox"/>	
CANNULE ARTERIOSE		CANNULE VENOSE	
Fr _____	Sede _____	Tipo _____	
Fr _____	Sede _____	Tipo _____	
Fr _____	Sede _____	Tipo _____	
PRIMING :			
RINGER	<input style="width: 100px;" type="text"/>	E.C.	<input style="width: 200px;" type="text"/>
ACETATO	ml		EPARINA _____
NIRS BASALE: L _____		AUTOTRANS =	
R _____		RESERVOIR <input type="checkbox"/> CIRCUITO <input type="checkbox"/>	
ULTRAFILTRO <input type="checkbox"/>		SALASSO: <input type="checkbox"/> _____	

