

Sala Risveglio

ORA

PA

FC

SpO₂

Diuresi

Drenaggi

Temperatura

Terapia infusioneale

Drip

Parametri ematochimici

ora

GR

Hb

Ht

PIT

PT

PTT

Fibr.

Gluc

Crs

Na

K

Ca

EGA: pH

pO₂

pCO₂

Alla dimissione

SI

NO

Brivido

Agitazione

Globo vescicale

Paziente risvegliabile

Dolore

Sanguinamento insolito

SI

NO

Nausea/vomito

HTL

Tosse

SpO₂ dopo 10 min. senza O₂

Firma

REGIONE PIEMONTE

AZIENDA SANITARIA LOCALE “Città di Torino”

Ospedale San Giovanni Bosco

S.C. Anestesia e Rianimazione

Direttore: Dr. Sergio Livigni

Gent. Sig./Sig.ra

in vista dell'intevento, di cui Lei ha già ricevuto informazioni dai chirurghi che la hanno in cura, sarà necessario sottoporLa ad uno dei seguenti tipi di Anestesia: Generale, Spinale, Logo-Regionale; la tecnica utilizzata sarà concordata con l'anestesista che l'avrà in carico durante la procedura chirurgica. La scelta dipenderà dalle sue condizioni cliniche e dalla valutazione dei rischi fatta dall'anestesista. Durante l'intervento e nelle fasi immediatamente precedente e successiva Le verranno somministrati farmaci e soluzioni infusionali in base alle necessità terapeutiche.

Durante l'anestesia Le verrà assicurato un controllo clinico e strumentale adeguato alle sue condizioni e all'intervento chirurgico. Tale controllo verrà continuato nell'immediato periodo post-operatorio fino a che verrà ritenuto necessario dall'anestesista.

L'anestesia moderna, pur essendo una pratica sicura, può dare luogo, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza, a complicanze gravi, che possono comportare danni e menomazioni permanenti o rivelarsi, in rari casi, anche mortali.

La presenza di malattie preesistenti (nel suo caso), può inoltre esporre a complicanze aggiuntive (), ad esse collegate e conseguenti: tali conseguenze aggravano il rischio operatorio.

Per l'effettuazione della terapia infusioneale potrà ritenersi necessario l'incannulamento di un grosso vaso centrale, manovra che può essere gravata da alcuni rischi (tra i quali, ad esempio, lesioni polmonari o pleuriche, lesioni vascolari o dei nervi periferici).

Osservazioni (ed eventualmente preferenza riguardo al tipo di anestesia):

Dichiaro di essere stato esaurientemente informato sui contenuti della precedente descrizione e sul fatto che possono essere attuati, qualora la situazione si aggravi, dei provvedimenti non precedentemente previsti o variazioni sul piano di anestesia precedentemente concordato.

Preso atto della situazione illustrata, confermo di aver ricevuto risposte esaurienti a tutti i quesiti posti e accetto di sottopormi (o di consentire che la persona sotto la mia tutela venga sottoposta) a tutte le procedure necessarie.

Data

Firma del paziente

Firma del genitore o del tutore legale

Firma del medico

REGIONE PIEMONTE

AZIENDA SANITARIA LOCALE “Città di Torino”

Ospedale San Giovanni Bosco

S.C. Anestesia e Rianimazione

Direttore: Dr. Sergio Livigni

Cartella anestesilogica (da allegare alla cartella)

Sig.

Paziente pronto

Paziente da rivalutare

Rivalutato il

Firma

Preanestesia

Consulenze da richiedere

Preparazioni particolari

*EMLA

*CVC

*

*

5

6

[illegible]

Cognome e Nome						Età	Data di nascita	Anno - n° cartella	Reparto								
						Sesso M F	Diagnosi		Intervento proposto								
Peso kg.	Altezza cm.	Protesi mobili		<input type="checkbox"/> Alcool. <input type="checkbox"/> Tossicodip.		Fumo	Allergie note										
Terapie attuali							Anamnesi patologica										
							<input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Ulcera/gastrite <input type="checkbox"/> Lipotimie										
							<input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Epatite <input type="checkbox"/> Parkinson										
							<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epatopatia <input type="checkbox"/> Ictus										
							<input type="checkbox"/> RAA <input type="checkbox"/> Nefrolitiasi <input type="checkbox"/> Ipo-ipertiroid.										
							<input type="checkbox"/> Cardiop. org. <input type="checkbox"/> Insuff. renale <input type="checkbox"/> Diabete										
							<input type="checkbox"/> Ipertensione <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Glaucoma										
							<input type="checkbox"/> Scomp. card. <input type="checkbox"/> Traumi cranici <input type="checkbox"/> Flebiti-varici										
							<input type="checkbox"/> IMA/ANGOR <input type="checkbox"/> Neuro-miopatie <input type="checkbox"/> Arteriopatie										
							<input type="checkbox"/> Aritmie <input type="checkbox"/> Epilessia <input type="checkbox"/> Coagulopatìe										
Precedenti interventi																	
Anno			Intervento			Tipo di anestesia			Problemi Anestesilogici								
Anamnesi anesthesiologica familiare <input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> POSITIVA:									EOC								
									PAOS								
									EOP								
									FC								
Precendenti trasfusioni: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO									ECG NORMALE <input type="checkbox"/> PATOLOGICO <input type="checkbox"/>								
Complicanze trasfusionali:									RX TORACE								
Testimoni di Geova: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																	
Normale Ridotta						MALLAMPATI						EON					
Apertura bocca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Estensione capo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
Flessione capo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												Accessi venosi					
Dist. mento-cart. tir. <input type="checkbox"/> > 6 cm. <input type="checkbox"/> < 6 cm.																	
						I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>											
Consulenze effettuate						ESAMI EMATOLOGICI: sbarrare la casella se presenti; segnare la data degli ultimi effettuati; segnalare solo quelli patologici; screening infettivi: barrare se negativi, sottolineare se positivi.						<input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV					
						Altri (patologici)											
						Ematochimici <input type="checkbox"/>											
Prescrizioni						Emocromo <input type="checkbox"/> Screening coagulatorio <input type="checkbox"/>											
						Urine <input type="checkbox"/>						Predepositi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Rischio anesthesiologico						Classe intervento											

Data		Intervento		Anestesisti							
Orario inizio	Orario fine	Chirurghi		Sala							
INDUZIONE		Ventilazione <input type="checkbox"/> maschera tubo n° <input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> cuffiato <input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/> armato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		SNG (ml) inizio fine Catet. vescicale (ml) inizio fine		Laccio inizio fine		POSIZIONE <input type="checkbox"/> supina <input type="checkbox"/> prona <input type="checkbox"/> laterale <input type="checkbox"/> Trenden. <input type="checkbox"/>		Monitoraggi <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIBP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T° <input type="checkbox"/>	
Difficoltà intubazione											
ORA											
Apparecchio Frequenza Tidal volume Aria Circuito AP O ₂ BF H ₂ O Alog											
Liquidi											
Farmaci e.v.											
T° diuresi 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 ETCO ₂ SpO ₂											
EAP <input type="checkbox"/> Emorecupero <input type="checkbox"/> Tecniche di riscaldamento <input type="checkbox"/>											
Note:											
Perdite (ml)		Apporti (ml)		Risveglio		Decurarizzazione					
Diuresi Perspiratio Sangue Totale		Liquidi Plasma Sangue Totale		<input type="checkbox"/> pronto <input type="checkbox"/> dolce <input type="checkbox"/> ritardato <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Agitazione <input type="checkbox"/>							
Bilancio idrico											