


**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale “Città di Torino “
P.O.Martini**

**DIPARTIMENTO CHIRURGIA
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE 3
DIRETTORE DR. ROBERTO BALAGNA**

CARTELLA ANESTESIOLOGICA

VISITA PREOPERATORIA

COGNOME		NOME		SESSO	ETÀ	DATA DI NASCITA			
REPARTO		LETTO	DIAGNOSI		INTERVENTO				
FUMO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EX <input type="checkbox"/> SÌ N° sig/die		PROTESI DENTARIE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ DENTI MOBILI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ		ALLERGIE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ		PESO	ALTEZZA		
ANAMNESI:				TERAPIA IN CORSO:					
ANNO INTERVENTI CHIRURGICI ANESTESIE				GRUPPO SANGUIGNO TS <input type="checkbox"/> eseguito 1° RH <input type="checkbox"/> eseguito 2° DISPONIBILITÀ SANGUE OMOLOGO SACCHE N° AUTOLOGO SACCHE N°					
ECG RX TORACE ESAMI DI LABORATORIO		ESAME OBIETTIVO <input type="checkbox"/> nella norma <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>PA</td> <td>FC</td> </tr> </table>						PA	FC
PA	FC								
		MOBILITÀ DEL <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO COLLO RIDOTTA							
		DISTANZA TIRO-MENTALE RIDOTTA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO MALLAMPATI 							
CONSULENZE ESEGUITE <input type="checkbox"/> cardiologia <input type="checkbox"/> pneumologia <input type="checkbox"/> diabetologia <input type="checkbox"/> internistica <input type="checkbox"/> neurologia <input type="checkbox"/> pediatria <input type="checkbox"/> nefrologia <input type="checkbox"/>				CONSULENZE DA RICHIEDERE <input type="checkbox"/> cardiologia <input type="checkbox"/> pneumologia <input type="checkbox"/> diabetologia <input type="checkbox"/> internistica <input type="checkbox"/> neurologia <input type="checkbox"/> pediatria <input type="checkbox"/> nefrologia <input type="checkbox"/>					
CONSENSO INFORMATO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO				PREANESTESIA					
RISCHIO ASA 1 2 3 4 5 <input type="text" value="urgenza"/>				DATA		FIRMA ANESTESISTA			

NOTE PER IL REPARTO	ESAMI DA RICHIEDERE:	
RIVALUTAZIONE PRE OPERATORIA	DATA	FIRMA

INTRAOPERATORIO

DATA	NOTE:		
	ANESTESISTA	CHIRURGI	INTERVENTO
POSIZIONE OPERATORIA: <input type="checkbox"/> SUPINA <input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG <input type="checkbox"/> GENUPETTORALE <input type="checkbox"/> SEDUTA <input type="checkbox"/> PRONA <input type="checkbox"/> ANTITRED. <input type="checkbox"/> GINECOLOGICA <input type="checkbox"/> LATERALE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX			
<u>INCANNULAMENTO</u> <input type="checkbox"/> 1° GAUGE VENOSO PERIF. <input type="checkbox"/> 2° GAUGE CENTRALE..... ARTERIOSO		<u>TOURNIQUET</u> mmHg..... inizio h..... fine h	
		<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> CATET. VESC. DIURESI INIZIO INTERV. DIURESI FINE INTERV.	
<u>RISCALDAMENTO PAZIENTE</u> <input type="checkbox"/> METALLINE <input type="checkbox"/> HOT LINE <input type="checkbox"/> ARIA CALDA			

☐ ANESTESIA LOCO-REGIONALE

<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCALE <input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCALE EFFETTUATA DAL CHIRURGO <input type="checkbox"/> TRONCULARE <input type="checkbox"/> AVR <input type="checkbox"/> BIBLOCCO <input type="checkbox"/> ENS <input type="checkbox"/> POPLITE <input type="checkbox"/> PLESSO.....	<h3 style="text-align: center;">FARMACI</h3> LIDOCAINA % ml..... MEPIVACAINA % ml..... BUPIVACAINA % ml..... ROPIVACAINA % ml..... LEVOBUPIVACAINA % ml.....	
SUB-ARACNOIDEA <input type="checkbox"/> selettiva <input type="checkbox"/> a sella AGO GAUGE LIVELLO PERIDURALE AGO GAUGE LIVELLO..... DOSE TEST CON <input type="checkbox"/> catetere <input type="checkbox"/> TUNNELLIZZATO INFUSIONE CONTINUA: VELOCITÀ..... ELASTOMERO		<h3 style="text-align: center;">FARMACI</h3> <h3 style="text-align: center;">FARMACI</h3>

<div> <input type="checkbox"/> ANESTESIA GENERALE </div>										FOGLIO N°:		
LARINGOSCOPIA DIRETTA: (CORMACK - LEHANE)					VIE AEREE: <input type="checkbox"/> M. FACCIALE <input type="checkbox"/> M. LARINGEA					<input type="checkbox"/> VIDEOLARINGOSCOPIO		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2e	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3e	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> IDT	<input type="checkbox"/> INT	<input type="checkbox"/> ARM	<input type="checkbox"/> CUFF	N°	<input type="checkbox"/> TRACHEO	<input type="checkbox"/> FASTRACK
VENTILAZIONE		<input type="checkbox"/> TV		<input type="checkbox"/> FR		<input type="checkbox"/> LE		<input type="checkbox"/> PEEP		<input type="checkbox"/> ALTRO		
		<input type="checkbox"/> MANUALE ..										

MONITORAGGIO <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> saturimetria <input type="checkbox"/> EtCO ₂	<input type="checkbox"/> press. Art. incruenta <input type="checkbox"/> temperatura <input type="checkbox"/>	ESAMI INTRAOPERATORI	RECUPERO INTRAOPERATORIO
--	--	-----------------------------	---------------------------------

[illegible][illegible][illegible][illegible]

ALLEGATO PROLUNGAMENTO DECORSO OPERATORIO										<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------	-----------------------------

DECURARIZZAZIONE

RISVEGLIO

INGRESSO ORE ORE	PAO _____	USCITA ORE	PAO _____
	FC _____		FC _____
	SpO ₂ _____		SpO ₂ _____
	Dolore (VAS) _____		Dolore (VAS) _____
	SCALA DI ALDRETE _____		SCALE DI ALDRETE _____

POST OPERATORIO

☐ TERAPIA INTENSIVA

□ REPARTO

TERAPIA INFUSIONALE

ORE

[illegible]

ANALGESIA AL BISOGNO

PROFILASSI ANTITROMBOTICA

ESAMI DI CONTROLLO

OSSIGENO TERAPIA ☐ lt./min

DATA.....

FIRMA ANESTESISTA.....

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA
(da leggere con attenzione)

Io sottoscritto/a nato/a a il
dichiaro di essere stato informato/a dal medico anestesista Dr.
che in vista dell'intervento chirurgico per me programmato, è necessario un trattamento anestesilogico che servirà a
permettere le manovre chirurgiche od endoscopiche in assenza di dolore.

Dalla valutazione del mio stato generale di salute che mi colloca nella **CLASSE ASA***
ed in rapporto allo specifico intervento previsto, il cui **rischio relativo è ****
emerge che le procedure anestesilogiche possibili sono:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> anestesia locale | <input type="checkbox"/> anestesia loco regionale con sedazione |
| <input type="checkbox"/> anestesia peridurale | <input type="checkbox"/> sedo - analgesia |
| <input type="checkbox"/> anestesia peridurale continua | <input type="checkbox"/> anestesia generale bilanciata |
| <input type="checkbox"/> anestesia subaracnoidea | <input type="checkbox"/> anestesia generale totalmente endovenosa |
| <input type="checkbox"/> anestesia combinata (sub. + perid. cont.) | (<input type="checkbox"/> T.I.V.A. <input type="checkbox"/> T.C.I.) |
| <input type="checkbox"/> anestesia loco-regionale | <input type="checkbox"/> anestesia integrata (gen. + perid. continua) |

L'anestesista operatore deciderà quindi la tecnica anestesilogica al momento più adeguata tra quelle indicate.

Sono stato, tuttavia informato che per motivi di ordine tecnico e clinico, ma sempre e solo nel mio esclusivo interesse, potrebbe rendersi necessario modificare la tecnica concordata.

Prima dell'intervento chirurgico mi potranno essere somministrati dei farmaci (preanestesia) per ridurre il livello di ansia, per ridurre l'acidità del succo gastrico, per ridurre l'intensità delle possibili reazioni anafilattoidi, per facilitare l'introduzione dell'anestesia e per prevenire reazioni vagali.

Durante l'anestesia e sino al risveglio ed alla stabilizzazione dei parametri vitali, mi verrà assicurato un controllo clinico accurato e strumentale adeguato alle mie condizioni generali ed all'intervento chirurgico subito.

Autorizzo il medico anestesista ad effettuare tutte le terapie, le manovre e le procedure di emergenza ed a prendere tutti i provvedimenti che si rendessero necessari per la mia sicurezza.

Sono stato informato che nel periodo post operatorio sarà sottoposto ad un trattamento analgesico per ridurre il dolore causato dall'intervento.

- Rispetterò il digiuno pre-operatorio
- Sospenderò le terapie in corso
- Pratterò la profilassi antitrombotica che mi è stata consegnata.

***ASA:** 1 paziente sano; 2 presenza di una lieve malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale; 3 presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato; 4 presenza di una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la sopravvivenza; 5 paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita per 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico.

****RISCHIO:** normale; aumentato; molto aumentato

Mi è stato spiegato che l'anestesia moderna è sicura, ma che tuttavia, come accade per tutte le altre discipline mediche, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza, non è esente da possibili complicanze, talvolta molto gravi:

- nausea e vomito
- cefalea da anestesia spinale
- lesioni neurologiche permanenti
- grave reazione ai farmaci
- lesioni legate alla necessità di protesi respiratorie (es. intubazione)
- insufficienza cardiocircolatoria
- insufficienza respiratoria
- coma
- decesso

In particolare sono stato informato che le patologie attuali potrebbero espormi ai seguenti rischi aggiuntivi:

FIRMA DEL PAZIENTE _____ DATA _____ FIRMA DEL GENITORE /TUTORE _____ NOME E COGNOME e FIRMA di EVENTUALE TESTIMONE/INTERPRETE _____ FIRMA DEL MEDICO _____	REVOCA DEL CONSENSO <input type="checkbox"/> DATA _____ FIRMA del PAZIENTE _____ FIRMA del MEDICO _____
---	---

**COMITATO PER IL BUON USO DEL SANGUE - PRESIDIO OPEDALIERO MARTINI
CONSENSO INFORMATO ALLA TERAPIA TRASFUSIONALE**

dichiaro di essere stato informato/a dal Dr.
della mia situazione clinica che può richiedere/richiede terapia trasfusionale con:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emocomponenti (emazie, plasma e piastrine) | <input type="checkbox"/> Sangue omologo (predisposto) |
| <input type="checkbox"/> Albumina | <input type="checkbox"/> Fattori della coagulazione |
| <input type="checkbox"/> Immunoglobuline | <input type="checkbox"/> Colla di fibrina |
| <input type="checkbox"/> Streptochinasi | <input type="checkbox"/> Complesso protrombinico |
| <input type="checkbox"/> Vaccino | <input type="checkbox"/> Antitrombina |
| <input type="checkbox"/> Interferone | <input type="checkbox"/> |

degli effetti benefici e dei rischi relativi (inclusa la trasmissione di virus dell'immunodeficienza, dell'epatite etc.) ed allergici ad essa correlati;

- delle conseguenze che potrebbero derivarmi dal rifiuto di tale terapia;
- della necessità di segnalare, nel mio interesse, pregressi eventi quali:

malattie	terapie effettuate/in corso
terapie post-trasfusionali	manifestazioni tossiche od allergiche
interventi chirurgici	

- che i medici curanti praticheranno questa terapia solo in caso di stretta ed assoluta necessità ed indicazione ed applicando i protocolli commisurati al rischio;
- di aver ben compreso quanto mi è stato spiegato sia in ordine alle mie condizioni cliniche che ai rischi connessi alla terapia
- delle eventuali terapie alternative (autotrasfusione, emodiluizione etc) dei loro vantaggi ed indicazioni;
- che tutte le indagini prescritte per legge sono state eseguite sul sangue del donatore per rendere la terapia il più sicura possibile;

☐ **ACCONSENSO** all'esecuzione della terapia, presso la codesta struttura, per tutta la durata del ricovero.

Data _____ ora _____ FIRMA

IL MEDICO

☐ **NON ACCONSENTO** a

Data..... ora..... FRIMA

IL MEDICO

