

REGIONE CALABRIA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
DI \_\_\_\_\_

S.C. DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE  
Direttore: dott. \_\_\_\_\_

## CARTELLA DI ANESTESIA PERIOPERATORIA

<b>COGNOME</b>		<b>NOME</b>		<input type="checkbox"/> <b>F</b>	
<b>DIAGNOSI:</b>		<b>INTERVENTO:</b>			<input type="checkbox"/> <b>M</b>
<b>U.O.</b>	<b>DATA di NASCITA</b>	<b>PESO (kg)</b>	<input type="checkbox"/> <b>ELEZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <b>URGENZA</b>	<input type="checkbox"/> <b>EMERGENZA</b>
<b>N° NOSOLOGICO</b>	<b>ETA'</b>	<b>ALTEZZA (cm)</b>	<input type="checkbox"/> <b>ORDINARIO</b>	<input type="checkbox"/> <b>DAY SURGERY</b>	<input type="checkbox"/> _____

ANAGRAFICA											
COGNOME		M	DIAGNOSI								
NOME		F	INTERVENTO								
DATA di NASCITA	PESO (kg)	U.O.		<input type="checkbox"/> ELEZIONE	<input type="checkbox"/> URGENZA	<input type="checkbox"/> EMERGENZA					
ETA'	ALTEZZA (cm)	N° NOSOLOGICO		<input type="checkbox"/> ORDINARIO	<input type="checkbox"/> DAY SURGERY	<input type="checkbox"/>					
ANAMNESI											
FAMILIARE	<input type="checkbox"/> DIABETE MELLITO	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> IPERTENS ARTERIOSA	<input type="checkbox"/> DIATESI EMORRAGICA	<input type="checkbox"/> MIOPATIE	<input type="checkbox"/> COMPLIC ANESTESIOLOG	<input type="checkbox"/> altro			NEG <input type="checkbox"/>	
FISIOLOGICA	<input type="checkbox"/> FUMO	<input type="checkbox"/> POTUS	<input type="checkbox"/> DROGHE	<input type="checkbox"/> GRAVIDANZA IN ATTO	<input type="checkbox"/> GRAVIDANZE PREGRESSE	<input type="checkbox"/> altro					
ALLERGICA	<input type="checkbox"/> SHOCK ANAFILATTICO		<input type="checkbox"/> EDEMA GLOTTIDE	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> ORTICARIA	<input type="checkbox"/> LATTICE	<input type="checkbox"/> altro				
NEUROLOGICA											
<input type="checkbox"/> INFETTIVA		<input type="checkbox"/> ISCHEMICA			<input type="checkbox"/> TRAUMATICA		<input type="checkbox"/> NEOPLASTICA			NEG <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PARKINSON	<input type="checkbox"/> EPILESSIA	<input type="checkbox"/> NEUROPATIA	<input type="checkbox"/> MIASTENIA	<input type="checkbox"/> MIOPATIA	<input type="checkbox"/> CRAMPI	<input type="checkbox"/> M. PSICHIATR	<input type="checkbox"/> CEFALEA				
RESPIRATORIA											
<input type="checkbox"/> POLMONITE		<input type="checkbox"/> FIBROSI		<input type="checkbox"/> PNX						NEG <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ASMA		<input type="checkbox"/> BPCO		<input type="checkbox"/> altro							
CARDIOVASCOLARE											
<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA ISCHEMICA	<input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA		<input type="checkbox"/> SCOMPENSO CARDIACO		<input type="checkbox"/> VASCULOPATIA					NEG <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> VALVULOPATIA	<input type="checkbox"/> ARITMIE		<input type="checkbox"/> PACEMAKER		<input type="checkbox"/> EMBOLIA POLM						
ALTRI APPARATI											
<input type="checkbox"/> ENDOCRINO METABOLICO	<input type="checkbox"/> FEGATO	<input type="checkbox"/> RENE	<input type="checkbox"/> EMOLINFATICO	<input type="checkbox"/> SURRENE	<input type="checkbox"/> IMMUNODEFICIENZE					NEG <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> GASTROENTERICO	<input type="checkbox"/> PANCREAS	<input type="checkbox"/> TIROIDE	<input type="checkbox"/> COAGULOPATIA	<input type="checkbox"/> altro							
ANESTESIOLOGICO-CHIRURGICA											
Anno	ANESTESIA	INTERVENTO		Anno	ANESTESIA	INTERVENTO				NEG <input type="checkbox"/>	
COMPLICANZE ANESTESIOLOGICHE int chir precedenti .....											
<input type="checkbox"/> ALLERGIE		<input type="checkbox"/> INTUBAZIONE DIFFICILE			<input type="checkbox"/> NAUSEA/VOMITO		<input type="checkbox"/> RISVEGLIO RITARDATO			NEG <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> NEUROLESIONI		<input type="checkbox"/> CEFALEA			<input type="checkbox"/> altro						
ESAME OBIETTIVO											
P A		F C		F R		Tc °C					
GENERALE											
STATO NUTRIZIONALE	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> sottopeso	<input type="checkbox"/> obesita'		<input type="checkbox"/> EDEMI					NEG <input type="checkbox"/>	
COLORE CUTE	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> cianosi	<input type="checkbox"/> pallore	<input type="checkbox"/> ittero							
DECUBITO	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> obbliato:			<input type="checkbox"/> LESIONI CUTANEE						
PROTESI	<input type="checkbox"/> acustiche	<input type="checkbox"/> oculari	<input type="checkbox"/> altre								
TESTA - COLLO											
DENTI	<input type="checkbox"/> Mobili	<input type="checkbox"/> Edentulia	<input type="checkbox"/> PROTESI DENTALI		PROTRUSIONE MASCELLA		CORREGGIBILE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NEG <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> NORMALI	<input type="checkbox"/> INCISIVI		Fisse	Mobili	Sup	Inf	COLLO		<input type="checkbox"/> Mobile	<input type="checkbox"/> Ipomobile	<input type="checkbox"/> Fisso
APERTURA BOCCA	<input type="checkbox"/> > 3 cm	<input type="checkbox"/> < 3 cm	<input type="checkbox"/> Ipoplasia mandibolare		DIST. TIRO-MENTONIERA		<input type="checkbox"/> < 6 cm	<input type="checkbox"/> > 6 cm			
<input type="checkbox"/> BARBA	<input type="checkbox"/> NASO GROSSO		<input type="checkbox"/> RUSSAMENTO		MALLAMPATI		1	2	3	4	
S. NERVOSO											
COSCENZA	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Agitazione	<input type="checkbox"/> Sopore	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Sedaz farmac					NEG <input type="checkbox"/>	

S. RESPIRATORIO					NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> EUPNEA	<input type="checkbox"/> ORTOPNEA	<input type="checkbox"/> DISPNEA DA SFORZO	<input type="checkbox"/> DISPNEA A RIPOSO	<input type="checkbox"/> altro	
AUSCULTAZIONE					
<input type="checkbox"/> ALTERAZIONI TORACICHE			<input type="checkbox"/> ALTERAZIONI TRACHEALI		

S. CARDIOCIRCOLATORIO					NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VARICI ARTI INF.	<input type="checkbox"/> EDEMI	<input type="checkbox"/> TROMBOFLEBITI	<input type="checkbox"/> TURGORE GIUGULARE	<input type="checkbox"/> PACEMAKER	<input type="checkbox"/> ACCESSI VENOSI DIFFICILI

APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO		NEG <input type="checkbox"/>
note		

TERAPIA IN CORSO						NEG <input type="checkbox"/>
FARMACO	DOSE/VIA	FARMACO	DOSE/VIA	FARMACO	DOSE/VIA	

ESAMI EMATOCHIMICI		Data:			
<input type="checkbox"/> NELLA NORMA	EMOGRUPPO:	Rh:		Rif:	
GB / GR	Azotemia	Prot Tot		Fibrinogeno	
Hb / Ht	Creatinina	pO <sub>2</sub> / pCO <sub>2</sub>		D-dimero	
PLT	CHE	pH / HCO <sub>3</sub>		HbSag	
Na / K	N° Dibucaina	SaO <sub>2</sub>		HCV	
Cl / Ca	CPK / LDH	PT (INR)		HIV	
Glicemia	AST / ALT	PTT (ratio)		Gravindex	

DIAGNOSTICA STRUMENTALE		
Esame	Data	Sintesi risultato
ECG		
Rx torace		

PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE SUPPLEMENTARI	
	Data _____ firma Anestesista richiedente _____

SINTESI DELLE PATOLOGIE ASSOCIATE E VALUTAZIONE PREOPERATORIA CONCLUSIVA											
NYHA	I	II	III	IV	A.S.A.	1	2	3	4	5	E

PAZIENTE IDONEO ALLA PROCEDURA CHIRURGICA	Note:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TECNICA PROPOSTA	<input type="checkbox"/> AN. GENERALE <input type="checkbox"/> SEDOANALG. <input type="checkbox"/> SPINALE <input type="checkbox"/> PERIDURALE <input type="checkbox"/> PLESSICA <input type="checkbox"/> LOCALE
ASSISTENZA INTENSIVA P.O.	<input type="checkbox"/> PROBABILMENTE NON NECESSARIA <input type="checkbox"/> DA VALUTARE <input type="checkbox"/> SICURAMENTE NECESSARIA

NOTE PER IL REPARTO			
<input type="checkbox"/> S. OMOLOGO	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> S. PREDEPOSITO	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> PLASMA <input type="checkbox"/> ALTRO
DIGIUNO PREOPERATORIO	LIQUIDI: h	SOLIDI: h	
PROFILASSI ed altre prescrizioni	Dose, ora e via	Data e ora della somministrazione	
		Firma IP	
<b>PREMEDICAZIONE</b>			
Data e firma Anestesista		Firma IP	

REGIONE CALABRIA  
ASP DI  
S.C. DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE  
Direttore: .....

**Consenso informato alle pratiche anestesiolgiche**

Io sottoscritto.....dichiaro di essere stato esaurientemente informato sul tipo di trattamento anestesiolgico

..... che il medico anestesista dovr  eseguire con coscienza, perizia e diligenza sulla mia persona.

Mi   stato spiegato adeguatamente che le moderne metodiche hanno raggiunto elevati limiti di sicurezza, ma che, come accade per ogni altra pratica medica, esse non sono esenti da possibili complicanze, anche se attuate con perizia, attenzione e prudenza. Tali complicanze possono in casi rari essere molto gravi:

Accetto che il medico anestesista modifichi la tecnica concordata, qualora lo ritenesse necessario.

Dichiaro di essere stato informato che le seguenti patologie associate:

..... mi possono esporre a complicanze aggiuntive, in particolare a

..... Annotazioni.....

Do libero e consapevole "consenso informato" alle pratiche anestesiolgiche

DATA.....

Firma del paziente.....

Firma del Tutore.....

Firma del genitore.....

Firma del medico.....

**NORME PER LA COMPILAZIONE DELLE CHECK LIST PERIOPERATORIE**

Di seguito vengono dati alcuni consigli per la compilazione delle schede di check list.

1) Il riferimento principale per dubbi che possono insorgere sulla compilazione delle check list   l'analisi di processo che deve essere tenuta a disposizione del personale del blocco operatorio.

2) Le check list hanno l'intento di essere uno strumento a disposizione del personale per contenere l'errore e ridurre il rischio. In questa ottica le check servono come promemoria e perdono di significato se compilate a posteriori. E' comunque necessario valutare all'interno di ogni situazione se alcune operazioni sono talmente standardizzate da poter essere spuntate in una fase successiva o se alcuni apparecchi sono dotati di verifiche automatiche (ad es. alcuni tipi di defibrillatore).

**3) Check list "gestione paziente"**

a) Deve essere compilata una scheda per ogni paziente. Nella intestazione vi   il campo del numero di scheda che progressivo e deve essere riportato sulla scheda anestesiolgica. Le check paziente verranno conservate in camera operatoria.

b) Nella I colonna sono evidenziate le fasi del processo che vengono espote secondo lo sviluppo temporale dell'intervento. La parte sala risveglio deve

essere compilata solo se il paziente viene accolto in una recovery room indipendente dalla CO.

c) Nella II colonna per ora di verifica si intende l'ora di inizio di una determinata fase di controllo; è sufficiente l'inizio anche nelle verifiche di lunga durata.

d) Nella III colonna l'oggetto di verifica sono le azioni che devono essere eseguite per controllare il paziente e le fasi dell'intervento : dove un apparecchio o una funzione non fosse disponibile è sufficiente non sbarrare la voce corrispondente. Sono segnalati in rosso i campi obbligatori, cioè i campi vincolanti per la prosecuzione dell'intervento; nel caso in cui la insufficienza segnalata non possa essere risolta, l'intervento non deve procedere.

e) Nella IV colonna si lascia alla decisione di ogni servizio di anestesia la scelta della figura professionale che ha l'incarico di compilare una determinata sezione della check list. Si ritiene necessario che ogni verifica sia accompagnata dalla firma o dal numero di matricola dell'operatore sanitario che effettua la verifica stessa. Questo sia per una assunzione di responsabilità, che comporta un maggior coinvolgimento di tutti, sia per una tutela dell'operatore stesso che in caso di contestazioni o indagine potrà dimostrare di aver svolto il controllo di tutte le procedure prima dell'intervento chirurgico nell'ottica della sicurezza del paziente.

f) Nella V colonna devono essere segnalate tutte le insufficienze che, procedendo nella verifica con la guida della check, vengono intercettate ( ad es. un monitor che non si accende, il paziente che non è digiuno ).

g) Nella VI colonna viene segnalata la risoluzione della insufficienza segnalata nella colonna precedente.

h) Nella parte "note" vi è spazio per la segnalazione di eventuali ulteriori insufficienze non intercettate nella compilazione della check, ma osservate

dall'operatore e delle modalità di risoluzione delle insufficienze intercettate; inoltre vi è spazio per eventuali commenti/suggerimenti .

#### 4) Check list "gestione farmaci e presidi" e check list " gestione apparecchiature"

a) Queste check devono essere compilate giornalmente e dopo ogni intervento eseguito in regime d'urgenza per verificare che ogni presidio / farmaco / apparecchiatura sia reintegrato e/o in ordine. Come le schede gestione paziente, anche le schede gestione farmaci – presidi ed apparecchiature verranno conservate in camera operatoria.

b) Per le colonne I, III, IV,V e VI valgono le stesse indicazioni esplicitate nella check list "gestione paziente".

c) Nelle sezioni della II colonna destinate alla verifica del funzionamento, devono essere verificati solo i presidi e le apparecchiature disponibili. Per apparecchiature specifiche si intendono quelle utilizzate dall'anestesista ( ad es termoculla per neonati, scaldaliquidi particolari ecc.).