

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI _____
S.C. DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE
 Direttore _____

CARTELLA

REGISTRO

DI ANESTESIA INTRAOPERATORIA

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

RIVALUTAZIONE IMMEDIATAMENTE PRECEDENTE L'INTERVENTO					
CONTROLLI ANESTESIOLOGICI	NUOVI EVENTI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NEUROLOGICI	<input type="checkbox"/> RESPIRATORI	<input type="checkbox"/> CARDIOCIRCOLATORI	
	ANESTESIA PROPOSTA <input type="checkbox"/> confermata <input type="checkbox"/> non confermata	Note:			
	Profilassi Antibiotica <small>(almeno 30/60 min prima dell'intervento)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI con	mg	<input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> im	
	Profilassi Tromboembolica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI con	mg		
Data, ora e Firma Anestesista					
CONTROLLI INFERMIERISTICI	<input type="checkbox"/> IDENTITÀ	<input type="checkbox"/> SEDE INTERVENTO	<input type="checkbox"/> PROTESI	<input type="checkbox"/> DIGIUNO	
	<input type="checkbox"/> MONILI	<input type="checkbox"/> IGIENE e TRICOTOMIA	<input type="checkbox"/>		
Data, ora e Firma IP		Note			

Rivalutazione immediatamente precedente l'intervento

Il giorno dell'intervento è necessario effettuare una rivalutazione delle condizioni del paziente prima di sottoporlo ad anestesia. Potrebbero infatti essersi verificate delle alterazioni delle condizioni di salute nel tempo intercorso tra la valutazione preoperatoria e il giorno dell'intervento. La rivalutazione clinica deve comprendere il controllo dell'insorgenza di nuovi eventi e una rapida verifica dello stato di coscienza e delle condizioni respiratorie e cardiocircolatorie. Se l'anestesista ritiene, in base all'esito dell'esame fisico, di dover modificare il tipo di anestesia precedentemente concordato, deve darne comunicazione al paziente il quale dovrà esprimere e sottoscrivere un nuovo consenso informato. Da ciò deriva che la rivalutazione anestesiológica dovrebbe essere effettuata prima della somministrazione della premedicazione, in modo che il paziente sia in grado di comprendere e volere.

Il paziente viene sottoposto anche ad una serie di controlli da parte del personale infermieristico che dovrà verificare: identità, sede dell'intervento, rispetto del digiuno, rimozione di protesi e monili, idoneità della preparazione. La non conformità va segnalata nella sezione *Note*.

Monitoraggio continuo di: ECG Fr C Tratto ST Press Arteriosa SpO2% EtCO2% Pulsogramma e Capnogramma FR Spirometria Ppeak O2% N2O Sevofane Diuresi

ALR	Anestetico locale	(%, ml, mg, boli, inf cont)	Opiaceo (ml, mg, boli, inf cont)	Altro
<input type="checkbox"/> Epidurale				
<input type="checkbox"/> Subaracnoidea				
<input type="checkbox"/> Spino-Peri				
<input type="checkbox"/> Plessica <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx				
<input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx				

INFUSIONI cristalloidi	<input type="checkbox"/> S. Fisiolog.				
	<input type="checkbox"/> S. Elettr. R				
	<input type="checkbox"/> S. Gluc. 5%				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
BILANCIO IDRICO	IN	Totale Infusioni:	<input type="checkbox"/> Emazie depl:	<input type="checkbox"/> Plasma	<input type="checkbox"/> Altro: Totale:
	OUT	<input type="checkbox"/> Diuresi:	<input type="checkbox"/> Perdita Ematica	SNG:	Perspiratio: Totale:

Incisione Cutanea ore:

Incisione Utero ore:

Fine Sutura Cutanea ore:

Estrazione Fetale ore:

Risveglio: Pronto Dolce Ritardato Risponde Esegue ordini semplici Vomito Tosse Dolore Agitazione

Decurarizzante Atropina mg

Prostigmina mg

Recupero neuro - muscolare completo ore:

SALA RISVEGLIO		Ora ingresso:				
MONITORAGGIO		Ingresso	15	30	45	60
Ventilazione (S=Spontanea / A=Assistita / C=Controllata)						
FR						
PA / FC						
Diuresi						
Drenaggio: A / B / C						
Valutazione Analgesia - Analogo Verbale (1 - 10)						
Bromage score						
Complicanze (N=nausea, V=vomito, B=brivido, A=altro)						
SCORE DI ALDRETE		Ingresso	15	30	45	60
Coscienza (0=Non risvegliabile / 1=Risvegliabile / 2=Sveglio)						
Respiratorio (0=Apnea / 1=Dispnea / 2=Respira e tossisce)						
SaO2 (0= < 92% in O2 / 1= > 92% in O2 / 2= > 92% in aria ambiente)						
PAS (0= ± 50 mmHg / 1= ± 20-50 mmHg / 2= ± 20mmHg)						
Attività motoria (0 =Assente / 1 = 2 arti / 2 = 4 arti)						
Totale						
TERAPIE PRATICATE		Ingresso	15	30	45	60

INDICAZIONI PER IL REPARTO

U.O. di provenienza Rianimazione

EFFETTUARE CONTROLLI DI:	ULTERIORI ISTRUZIONI	CONSULENZE - ESAMI DA EFFETTUARE
<input type="checkbox"/> Pr Arteriosa	<input type="checkbox"/> CVC	
<input type="checkbox"/> Fr Cardiaca	<input type="checkbox"/> Catetere Vesc	
<input type="checkbox"/> Fr Respirator	<input type="checkbox"/> Drenaggi	
<input type="checkbox"/> Diuresi	<input type="checkbox"/>	
INFUSIONI CONSIGLIATE (prime 24 ore post-operatorie)	TER.ANTALGICA CONSIGLIATA(primeore postoperatorie)	
FARMACI COSIGLIATI	ULTERIORI ISTRUZIONI	

TRASFERIMENTO C/O:

U.O. di provenienza Rianimazione

Data _____ ora _____

Firma Inf. Prof.

Firma Anestesista

