

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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI con _____ mg <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> im <small>(almeno 30/60 min prima dell'intervento)</small> 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 anestesiologicala 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*.

CARTELLA / REGISTRO DI ANESTESIA INTRAOP.

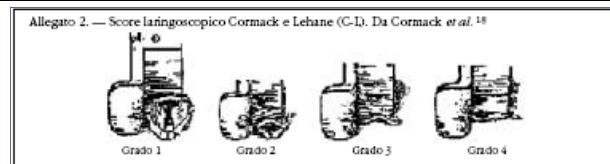
Cognome e Nome pz..... data di nascita.....

ANESTESISTA		Firma	POSTURA Pz:
INFERMIERE PROF.		Firma	Data IC:
Intervento proposto		Intervento effettuato	

<input type="checkbox"/> Premedicazione: ore:	<input type="checkbox"/> Preidratazione: ore:
---	---

ANESTESIA	Inizio procedure ore:	PRESIDI OK	TECNICHE	CHECK APPARECCHIATURE OK
<input type="checkbox"/> GENERALE <input type="checkbox"/> TIVA <input type="checkbox"/> TCI	<input type="checkbox"/> Maschera F n° <input type="checkbox"/> Cannula n° <input type="checkbox"/> LMA n° <input type="checkbox"/> Fastrach	Tubo OT Ø <input type="checkbox"/> cuffiato Tubo NT Ø <input type="checkbox"/> armato Difficoltà intub. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Ventilazione <input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Assistita <input type="checkbox"/> Controllata Circuito <input type="checkbox"/> No rebreath <input type="checkbox"/> Bassi flussi L/min	<input type="checkbox"/> CHECK APPARECCHIATURE OK
<input type="checkbox"/> Sedazione	Ago G mm Ago G mm Ago G mm	<input type="checkbox"/> Livello: <input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Catetere:	<input type="checkbox"/> Bilaterale <input type="checkbox"/> Selettiva dx <input type="checkbox"/> Selettiva sx	VT: Fr vent: V/M: Note:
<input type="checkbox"/> Epidurale	Ago G mm	<input type="checkbox"/> BT a mA Hz ms	Tipo blocco	ore:
<input type="checkbox"/> Subaracnoidea	Ago G mm	<input type="checkbox"/> BT a mA Hz ms	Tipo blocco	ore:
<input type="checkbox"/> Spino-Peri	Ago G mm			
<input type="checkbox"/> BL PL con ENS1	Ago G mm			
<input type="checkbox"/> BL PL con ENS2	Ago G mm			
<input type="checkbox"/> Locale	Sede:		<input type="checkbox"/> Sottocutanea <input type="checkbox"/> Tronculare <input type="checkbox"/> Intraarticolare	
<input type="checkbox"/> Agocannula	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> Cat Arterioso	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Cat Vesc <input type="checkbox"/>

CORMACK 1 2 3 4	SEGNALAZIONI



15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45

√	* T	200																																				
PA	42	180																																				
^	41	160																																				
FC	40	140																																				
•	39	120																																				
Start	38	100																																				
<	37	80																																				
End	36	60																																				
>	35	40																																				

Atropina mg																																				
Aria <input type="checkbox"/> L/m <input type="checkbox"/> %																																				
O2 <input type="checkbox"/> L/m <input type="checkbox"/> %																																				
N2O <input type="checkbox"/> L/m <input type="checkbox"/> %																																				
Sevorane %																																				
TPS mg																																				
Propofol mg																																				
Midazolam mg																																				
SUX mg																																				
“Curaro” mg																																				
Fentanil γ																																				
Remifentanil																																				
Efedrina mg																																				
TV / FR																																				
SaO2 %																																				
EtCO2 %																																				
PERDITE EMAT																																				
DIURESI ml																																				
Eventi Chirurg																																				

Monitoraggio continuo di:	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Fr C <input type="checkbox"/> Tratto ST <input type="checkbox"/> Press Arteriosa <input type="checkbox"/> SpO2% <input type="checkbox"/> EtCO2% <input type="checkbox"/> Pulsogramma e Capnogramma <input type="checkbox"/> FR
	<input type="checkbox"/> Spirometria <input type="checkbox"/> Ppeak <input type="checkbox"/> O2% <input type="checkbox"/> N2O <input type="checkbox"/> Sevofane <input type="checkbox"/> Diuresi <input type="checkbox"/>

ALR	Anestetico locale	(%, ml, mg, boli, inf cont)	Oppiaceo (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.Eletr. 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:	<input type="checkbox"/> Pronto <input type="checkbox"/> Dolce <input type="checkbox"/> Ritardato <input type="checkbox"/> Risponde <input type="checkbox"/> Esegue ordini semplici <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> 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 =Sveglia)						
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	<input type="checkbox"/> U.O. di provenienza	<input type="checkbox"/> Rianimazione	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------

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:	<input type="checkbox"/> U.O. di provenienza	<input type="checkbox"/> Rianimazione	<input type="checkbox"/>
Data _____ ora _____			
Firma Inf. Prof.	Firma Anestesista		

