

CARTELLA DI ANESTESIA PERIOPERATORIA

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"/> _____

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

NEG

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
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

NEG

<input type="checkbox"/> INFETTIVA	<input type="checkbox"/> ISCHEMICA	<input type="checkbox"/> TRAUMATICA	<input type="checkbox"/> NEOPLASTICA				
<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

NEG

<input type="checkbox"/> POLMONITE	<input type="checkbox"/> FIBROSI	<input type="checkbox"/> PNX
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/> altro

CARDIOVASCOLARE

NEG

<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA ISCHEMICA	<input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA	<input type="checkbox"/> SCOMPENSO CARDIACO	<input type="checkbox"/> VASCULOPATIA
<input type="checkbox"/> VALVULOPATIA	<input type="checkbox"/> ARITMIE	<input type="checkbox"/> PACEMAKER	<input type="checkbox"/> EMBOLIA POLM

ALTRI APPARATI

NEG

<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
<input type="checkbox"/> GASTROENTERICO	<input type="checkbox"/> PANCREAS	<input type="checkbox"/> TIROIDE	<input type="checkbox"/> COAGULOPATIA	<input type="checkbox"/> altro	

ANESTESIOLOGICO-CHIRURGICA

NEG

Anno	ANESTESIA	INTERVENTO	Anno	ANESTESIA	INTERVENTO

COMPLICANZE ANESTESIOLOGICHE int chir precedenti

NEG

<input type="checkbox"/> ALLERGIE	<input type="checkbox"/> INTUBAZIONE DIFFICILE	<input type="checkbox"/> NAUSEA/VOMITO	<input type="checkbox"/> RISVEGLIO RITARDATO
<input type="checkbox"/> NEUROLESIONI	<input type="checkbox"/> CEFALEA	<input type="checkbox"/> altro	

ESAME OBIETTIVO

PA	FC	FR	Tc °C
----	----	----	-------

GENERALE

NEG

STATO NUTRIZIONALE	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> sottopeso	<input type="checkbox"/> obesita'	<input type="checkbox"/> EDEMI
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"/> obbligato:		
PROTESI	<input type="checkbox"/> acustiche	<input type="checkbox"/> oculari	<input type="checkbox"/> altre	<input type="checkbox"/> LESIONI CUTANEE

TESTA - COLLO

NEG

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		
<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

NEG

COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Agitazione	<input type="checkbox"/> Sopore	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Sedaz farmac
-----------	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

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 ₂ / pCO ₂	D-dimero				
PLT	CHE	pH / HCO ₃	HbSAg				
Na / K	N° Dibucaina	SaO ₂	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"/> S. PREDEPOSITO	<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			
PREMEDICAZIONE					
Data e firma Anestesista				Firma IP	

Consenso informato alle pratiche anestesilogiche

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

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

Mi è 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 anestesilogiche

DATA.....

Firma del paziente.....

Firma del Tutore.....

Firma del genitore.....

Firma del medico.....

Ritiro il consenso

data _____

Firma _____