



CARTELLA ANESTESIOLOGICA

OSPEDALE "G.B. GRASSI" RM/3

U.O.S.D. ANESTESIA



Cognome	Nome	Età	Sesso	Reparto	Letto n°
Diagnosi preoperatoria:					
Intervento chirurgico proposto:					Grading Chirurgico
ELEZIONE	Day Surgery	APA	URGENZA	EMERGENZA	
Data prima visita:	Nulla Osta Intervento	Si richiede nuovo videat anestesiologicalo per i seguenti motivi:			
Anestesista:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Ulteriore richiesta di esami / indagini strumentali / consulenze:			Data seconda visita:	Nulla Osta Intervento	
			Anestesista:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ASA:	Mallampati:	Allergie:			
In previsione dell'intervento si consiglia la seguente terapia e/o premedicazione:					
Richiesta Sangue: Emoderivati			Previsto ricovero in TIPO:.....		
Note per l'Anestesista della Sala Operatoria:					

CONSENSO ALL'ATTO ANESTESIOLOGICO

Sono cosciente che l'atto anestesiologicalo è un procedimento invasivo gravato da rischi, con possibilità di esiti anche invalidanti temporanei o permanenti. Dichiaro di aver portato a conoscenza dell'Anestesista eventuali problemi, allergie e/o intolleranze farmacologiche o alimentari.

Per cause mediche o tecniche che pregiudichino la sicurezza o l'esito dell'intervento chirurgico il programma anestesiologicalo potrà essere variato. Preso atto di quanto sopra e di quanto esposto nella dichiarazione di consenso informato allegato alla presente cartella, accetto il trattamento anestesiologicalo proposto dall'Anestesista, dott.:

Roma, / /

Firma del paziente, genitore o tutore

.....

L'anamnesi e il consenso sono acquisiti con l'ausilio dei famigliari che hanno collaborato con l'anestesista affinché le informazioni cliniche fornite possano essere meglio recepite e comprese dal paziente.

Roma, / /

Firma del familiare

.....

DATA

Premedicazione anestesiológica Ore	descrizione:	Profilassi antibiotica: (ore.....)
Inizio anestesia Ore	descrizione:	Posizione sul tavolo operat.:

Inizio Intervento (incisione cute) Ore	INTRAOPERATORIO																	
	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Farmaci																		
Ossigeno (FiO ₂)																		
Alogenato %																		
Induzione:																		
Miorilassante:																		
Oppioide:																		
Remifentanil (µg/kg/min)																		
Propofol (ml/h)																		
Sol. Fisiologica																		
Ringer lattato sostituto plasmatico																		
EMAZIE CONCENTRATE																		
PLASMA unità																		
Monitoraggio	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
240																		
220																		
200																		
180																		
160																		
140																		
120																		
100																		
80																		
60																		
40																		
Pulsossimetria																		
Capnometria																		
Diuresi																		
Temperatura																		
FINE INTERV. ore	FINE ANEST. ore	Controllo postoperatorio (parametri osservati: coscienza, respiro, emodinamica, sanguinamento, diuresi, temperatura, nausea e vomito, DOLORE POSTOPERATORIO):	INVIO paziente in: <input type="checkbox"/> Reparto <input type="checkbox"/> TIPO ore:.....															
Risveglio:		Firma Anestesista															
		VAS:; <input type="checkbox"/> non valutabile																

Legenda: Inizio anestesia ↓ Fine anestesia ↑ F.C. • A.P. max Y A.P. min Λ

