

CARTELLA ANESTESIOLOGICA



OSPEDALE "G.B. GRASSI" RM/3 U.O.S.D. ANESTESIA

Cognome		N	Nome		Età S	Sesso	Reparto		Letto n°	
D:										
Diagnosi preoperatoria:										
intervente entrarate proposes							Grading Chirurgico			
ELEZIONE		Day Su	rgery	APA	UF	JRGENZA EMEI			RGENZA	
Data prima visit Anestesista:	a:	Nulla Osta Intervento SI NO	Si richi	ede nuovo videat an	estesiologic	gico per i seguenti motivi:				
Ulteriore richiest	a di es	sami / indagii	ni strumen	tali / consulenze:		Data so	econd	a visita:	Nulla Osta Intervento	
						Anestesista:			□ SI	
									□ NO	
ASA:	Mal	lampati:	Allergie:							
In previsione de	ll'inte	ervento si co	nsiglia la	seguente terapia e/o	o premedica:	zione:				
									A STATE OF THE STA	
Richiesta Sangue: Emoderivati					Previsto ricovero in TIPO:					
Note per l'Anes	tesista	della Sala C)peratoria	:						
		C	ONSENS	SO ALL'ATTO AN	NESTESIO	LOGIC)			
di esiti an dell'Anestes Per cause n programma dichiarazion	che i ista ev nedich anesto ae di	nvalidanti t ventuali prob ne o tecnich esiologico po consenso	emporane lemi, alle e che pro otrà esser informat	to è un procediment ei o permanenti. ergie e/o intolleranze egiudichino la sicu e variato. Preso atto o allegato alla pra, dott.:	Dichiaro de farmacologo rezza o l'es o di quanto presente ca	i aver giche o a ito dell'i sopra e ortella, a	portat limen nterve di qua ccette	to a co tari. ento chin anto espo o il tra	rurgico il osto nella attamento	
Roma,/							ore			
affinché le i	nform	nsenso sono a azioni clinich	acquisiti c ne fornite	on l'ausilio dei fami possano essere meg	lio recepite o Fi	nno colla e compre rma del f	se dal	paziente are	.	

Rivalutazione A	nestesiologica prima	dell'anestesia:						
		ANESTESIA GENERALE						
D								
Descrizione:		Gestione vie Aeree e parametri ventilatori						
		- Mallampati ; - Scala di Cormack e Lehane						
Induzione:	Mantenimento:	- IOT o INT tubo n° e tipologia						
induzione.	Wantenmente.	- PEG (tipologia):						
		- Tipo di ventilazione: F.R. ; TV(ml) ; FiO ₂ ;						
		- Intub. con Bilume (tipologia):						
		- Altri presidi:						
		Controllo della temperatura						
		ANESTESIA LOCO-REGIONALE						
	l De	escrizione della Tecnica e dei Farmaci utilizzati:						
 Subaracnoide 	a	ACTIZIONO GOILE TOOMOLE O GOI I MANAGE ELEMENTE.						
Epidurale								
D Plessica								
Locale								
Diagnosi operat	toria:							
Intervento eseg	uito							
Anestesista		Chirurghi:						
		NOTE						
***************************************	***************************************							

	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,							

4444444								

Prescrizioni p	ost-operatorie per	il reparto:						
•	_ _							
Data	Ora	Firma leggibile dell'Anestesista						
Data		I IIIII TAPPIOTA ANI I IIIAATAA						

DATA Premedicazione descrizione: Profilassi antibiotica: anestesiologica (ore.....) Ore _____ Posizione sul tavolo operat.: Inizio anestesia descrizione: Ore _____ Inizio Intervento **INTRAOPERATORIO** (incisione cute) 15 30 45 15 30 45 30 45 30 45 Farmaci Ossigeno (FiO2) Alogenato % Induzione: Miorilassante: Oppioide: Remifentanil (µg/kg/min) Propofol (ml/h) Sol. Fisiologica Ringer lattato sostituto plasmatico **EMAZIE CONCENTRATE** PLASMA unità Monitoraggio 30 45 30 45 15 30 45 30 45 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 Pulsossimetia Capnometria Diuresi Temperatura FINE INTERV. FINE ANEST. Controllo postoperatorio (parametri osservati: coscienza, respiro, emodinamica, sanguinamento, INVIO paziente in: diuresi, temperatura, nausea e vomito, DOLORE POSTOPERATORIO): □ Reparto Risveglio: ☐ TIPO Firma Anestesista

Legenda: Inizio anestesia | Fine anestesia | F.C. • A.P. max Y A.P. min A

VAS: ____; o non valutabile

ANAMNESI - ESAME OBIETTIVO

Età		Sesso	:	Peso:		zza:	B.M.I.	M.E.T.s:	A	ASA:	
ANAIMNESI											
E.O.	······································	o VIE ADE	DEC.								
	tazioi ampat	ie VIE AEF	E. collo	Distanza tire	o-menton.	Mobilità	rachide cerv.	Apertura Boo	ca	Altro	
Protesi dentaria Si □ no □			Fumatore Si		Bev Si 🗆	e alcolici no 🗆	Terapia An Si t		nti / Antiaggreg no □		
ALL	ERGII	E/INTOLLE	RANZE								
Inda	gini	ematochi	niche				eseguite il				
Glic			G.B.		CK		Fib			Gruppo	
Azot			G.R.		GOT		INI			Sanguigno:	
Crea	it.		Hb		GPT		AP				
Na		.,	Hct	γG		AT					
K			PLT		Bil. To		FD:	r			
Na K Cl Ca			Album		Bil. Di	-			—		
Ca					1				1		
ECC	ý:	, ž									
Rx 7	Гогас	e:									
Con	sulen	ze e altri a	accertam	enti clinici:			1				