ASL ROMA 3

U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE

PRESIDIO OSPEDALIERO
G.B. GRASSI
Via passeroni 30 - 00122 Roma Tel 06 56482173 Fax 06 56482172
e-mail segreteriaanestesia rianimazione@aslroma3 it

REGIONE LAZIO

CARTELLA DI ANESTESIA E ANALGESIA PER L'OSTETRICIA

Roma, ... /..... /.....

Cognome	Nome	Età	Peso in Kg

Gruppo sanguigno	Rh	N° gravidanze	Età gestazionale (settimane)	Altezza cm

Protesi dentarie: superiore ☐ inferiore ☐	Pressione /	F.C.	T°C

HbsAg	HCV	HIV	VDRL	ASA	elezione	urgenza

ANAMNESI

Lattice/latex	si ☐	no ☐	Farmaci quali?	si ☐ no☐	Rinite si ☐ no ☐
Polveri	si ☐	no ☐			Dermatite si ☐ no ☐
Alimentari	si ☐	no ☐			Asma si ☐ no ☐
Cerotto	si ☐	no ☐			
Iodio	si ☐	no ☐			
Pollini	si ☐	no ☐			

Note e precedenti interventi

Terapie in atto

ESAME OBIETTIVO

Mallampati	Distanza tiromentoniera	Collo (flesso-estensione)	Apertura rima orale

Cuore	Polmoni
Arti inferiori	Colonna vertebrale

NOTE

INDAGINI EMATOCHIMICHE

Glicemia		Hb		Fibrinogeno		Pt	
Globuli bianchi		Htc		ATIII		Ptt	
Globuli rossi		Plt		Didimero		I.N.R.	

ECG e visita cardiologia

Ulteriori videat

Mod. 3023 - r

CONSENSO ALL'ATTO ANESTESIOLOGICO

Sono cosciente che l'atto anestesiologico è un procedimento invasivo gravato da rischi, con possibilità di esiti anche invalidanti o permanenti. Dichiaro di aver portato a conoscenza dell'Anestesista eventuali patologie, problemi, allergie e/o intolleranze farmacologiche. Dichiaro che l'Anestesista mi ha adeguatamente informato circa la tecnica anestesiologica più idonea al mio caso. Per cause mediche o tecniche che pregiudichino la sicurezza o l'esito dell'intervento chirurgico potrà essere variato il programma anestesiologico. Preso atto di quanto sopra accetto il trattamento anestesiologico proposto

dal dr: ..... Firma del paziente, genitore, tutore .....

Roma, .../...../.....

TECNICA ANESTESIOLOGICA
Preriempimento volemico con sol. .....ml..... Medicato con.....

Con il consenso del ginecologo e della paziente, con tecnica sterile e previa anestesia locale eseguita con ..... ml, si procede alla seguente :

TECNICA DI ANALGESIA/ANESTESIA PER IL PARTO: a. epidurale ☐; a. spinale ☐; a. combinata (CSE) ☐

paziente: seduta ☐ sdraiata ☐	spazio:	ago n°	Con cateterino	Mandrino: aria ☐ liquido ☐
Dose test				
Complicanze				
Note				

FARMACI		
Anestetico locale		dose
Anestetico locale		dose
Oppioide		dose
Oppioide		dose
		dose

Nascita feto 1	sesso:	♀ ♂	alle ore	Apgar ...../.....
Nascita feto 2	sesso:	♀ ♂	alle ore	Apgar ...../.....
Parto strumentale:	ventosa ☐	kristeller ☐	taglio cesareo ☐	

Data ...../...../..... Travaglio ☐ spontaneo ☐ indotto ☐ ossitocina ☐ prostaglandine
Rottura delle membrane (data..... ora.....) ☐ spontanea ☐ artificiale
liquido amniotico .....
Farmaci usati per il travaglio .....
.....

Ginecologo Dr ..... Ostetrica ..... Anestesista Dr. .....

Anestesia per:	◻ Taglio cesareo	◻ R.C.U.	◻ Secondamento	◻ altro.....
◻ I.O.T. n°	◻ Fast-trak n°	◻ L.M.A. n°	◻ Maschera Facciale	

MONITORIZZAZIONI

V.C. ml	F.R./min	◻ SpO2	◻ EtCO2	◻ ECG	◻ NIBP	◻ alogenato	◻ Diuresi	◻ S.N.G.

	15	30	45		15	30	45		15	30	45		15	30	45		NOTE
◻ Ossigeno																	
◻ Aria ◻N2O																	
Alogenato																	
Propofol mg																	
Miorilassante mg																	
Oppioide																	
Efedrina mg																	
Ossitocina U.I.																	
Antibiotico																	
Sol. Fisiologica																	
Ringer Lattato																	
Sol. Gluc. 5%																	
Sol. elettrolitica																	
Plasmaexpander																	
Sangue unità																	
Plasma unità																	
Albumina 20%																	

SIMBOLI:	Inizio anestesia ⊥	Fine anestesia ⊤	Frequenza cardiaca •	PA max v	PA min ^

SpO2																	
EtCO2																	
200																	
150																	
100																	
50																	
0																	
DIURESI ml																	

NOTE

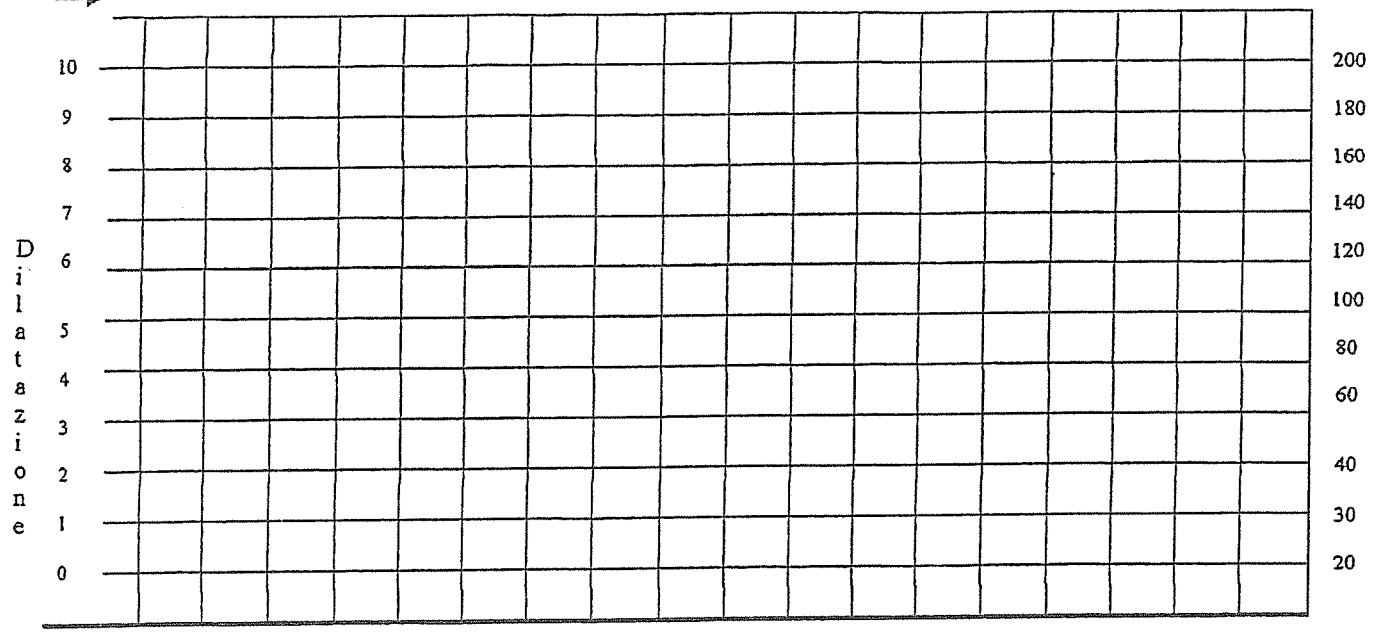
Firma dell'Anestesista.....

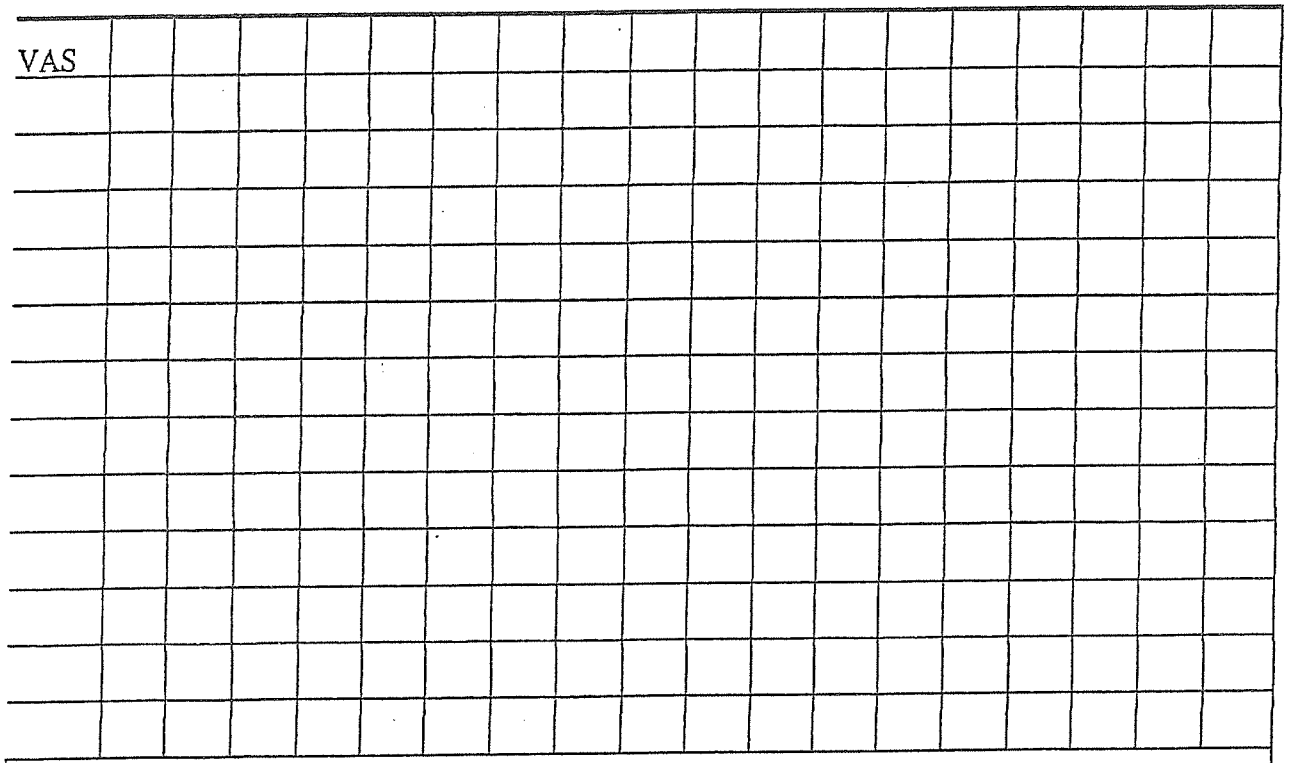
Roma...../...../ ... .

PARTOGRAMMA

TEMPO

Data ...../...../..... Ora di inizio: .....





NOTE

Nat... alle ore .....,..... del ...../...../..... di sesso M F Parto strumentale (vacuum) ☐

Anestesisti ..... /.....

Ostetrica ..... Ginecologo .....

Firma Anestesista