Referto anestesiologico operatorio

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Logo Azienda	Cognome Nome Data di nascita N° CCI/Nosologico	Barcode

DATA	**ETA'**	**Peso (kg)**	**Altezza (cm)**	**BMI**

Anestesista 1	Anestesista 2	Anestesista 3
Chirurgo 1	Chirurgo 2	Chirurgo 3
Infermiere 1	Infermiere 2	Infermiere 3

POSIZIONE PZ

- ☐ Supina
- ☐ Prona
- ☐ Dec. Lat Dx
- ☐ Dec Lat Sx
- ☐ Ginecologica
- ☐ Semi-Seduta
- ☐ Trendelemburg

☐ Catetere venoso periferico (CVP)
Maschera N°.....
Maschera laringea (LMA).....

INTUBAZIONE

- ☐ Orotracheale
- ☐ Rinotracheale
- ☐ Endobronchiale dx
- ☐ Endobronchiale sx
- ☐ Tracheostomia

Tubo calibro .....
☐ Cuffiato ☐ Armato

Cormack—Lehane: 1 2 3 4
Presidio :
.....
.....

Anestesia Loco Regionale (ALR)

- ☐ SubAracnoidea
- ☐ Peridurale
- ☐ Spinale epidurale combinata (CSE)
- ☐ Blocco Periferico

Ago.....
Sede .....

Farmaco

Catetere Venoso Centrale (CVC)
Sede.....
Cm..... Lumi .....
Fr..... Ch.....
☐ Ecoguidato

☐ **Pressione arteriosa invasiva (IPB)**
☐ **Pressione arteriosa non invasiva (NIPB)**
☐ **Pressione venosa centrale (PVC)**

Cat ..... G.....

Sede.....

☐ **Sondino Naso Gastrico (SNG)**
Cm..... Ch.....

☐ **Catetere Vescicale (CV)**
Ch .....
☐ Supporti termici

FARMACI																							
INFUSIONI																							