

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

DATA	ETA'	KG*	CM	BMI
------	------	-----	----	-----

* se la paziente è in gravidanza, riportare peso a termine e pre-gravidanza

Diagnosi

Intervento proposto

Elezione Data prenotazione ____/____/____ Classe di priorità: A B C D

Urgenza Emergenza Reparto.....

Interventi chirurgici :

Complicanze: SI NO

Se sì, specificare:

Esame obiettivo / anamnesi	Gravidanza: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Allergie: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non note Se sì specificare: Profilassi: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, specificare farmaci.....
Cardiovascolare nella norma : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ECG nella norma : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data:
Respiratoria nella norma : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RX torace nella norma : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data:
Neurologica nella norma : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altri apparati nella norma : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esami ematochimici nella norma : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data:..... Se NO quali:.....	Emogruppo Rh Richiesto: GRCml PFCml PLTmlml
Indagini diagnostiche /consulenze	Terapia in corso <input type="checkbox"/> nessuna

VIE AEREE	Progresa intubazione difficile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Endetulia <input type="checkbox"/> / Protesi dentali Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> / Denti vacillanti Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Apertura bocca: <input type="checkbox"/> >3cm <input type="checkbox"/> <3cm / Mallampati 1 2 3 4 / Distanza tiro-mentoniera <input type="checkbox"/> >6cm <input type="checkbox"/> <6cm / <input type="checkbox"/> Incisivi sporgenti		
Collo: mobile <input type="checkbox"/> ipomobile <input type="checkbox"/> fisso <input type="checkbox"/> circonferenza cm.....		ASA: 1 2 3 4 5 E
Ipoplasia mandibolare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No / Protusione mascella correggibile: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Anestesia proposta:
PREVISTA INTUBAZIONE DIFFICILE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ / RACHIDE patrimonio venoso: buono <input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> ALR <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> Bl. Perif <input type="checkbox"/> Sedazione

OSAS: Sì No

Accertamenti

<input type="checkbox"/> Da completare	data.....	Firma.....
<input type="checkbox"/> Completati	data.....	Firma.....
<input type="checkbox"/> NON IDONEO - Motivazioni:	
Farmaci da sospendere		
Necessita posto letto in: <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RIAN <input type="checkbox"/> TIC <input type="checkbox"/> TIN <input type="checkbox"/> TIP		
Profilassi endocardite: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se sì, quali farmaci:		
Premedicazione		
<input type="checkbox"/> PAZIENTE IDONEO		
<input type="checkbox"/> PAZIENTE NON IDONEO		
Motivazioni:		

Data

Firma anestesista.....