

COGNOME E NOME :		ETA'	DATA	ORA.....
REPARTO :		LETTO:	N° CARTELLA:	
DATA DELL'INTERVENTO:				
<input type="checkbox"/> ELEZIONE	DIAGNOSI PREOPERATORIA:			
<input type="checkbox"/> URGENZA	INTERVENTO PROPOSTO:			

A N A M N E S I

ALLERGIE: NO ; SI:	FUMO: NO ; SI	sigarette/die	ALCOOL:
PRECEDENTI INTERVENTI: NO ; SI:			
PRECEDENTI ANESTESIE:		FARMACOTERAPIA IN CORSO	
GENERALE ; LOCOREGION. ; RACHIDEA			
COMPLICANZE			
NO SI:			

E S A M E O B I E T T I V O

PESO:Kg ; ALTEZZA:cm ; COND. GENERALI:		EMOGRUPPO:Rh	
P.A. / mmHg		F.C. :.....b./min <input type="checkbox"/> ritm. <input type="checkbox"/> arit. ; sierologia: <input type="checkbox"/> HbsAg+ ; <input type="checkbox"/> Hcv+ ; <input type="checkbox"/> HIV+	
DIGIUNO: <input type="checkbox"/> SI ; <input type="checkbox"/> NO ; Prevista intubazione difficile? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI :.....			
CUORE E CIRCOLAZIONE		TORACE	
E.C.G.		RX Torace	

ALTRE PATOLOGIE:

OSSERVAZIONI E CONCLUSIONI					
PREANESTESIA					
RISCHIO	NORMALE	MODICAMENTE AUMENTATO	NOTEVOLMENTE AUMENTATO	ELEVATISSIMO	ELEVATISSIMO (RIANIMAZIONE)
ANESTESIOLOGICO	A.S.A. 1	A.S.A. 2	A.S.A. 3	A.S.A. 4	A.S.A. 5

FIRMA ANESTESISTA
.....

VISITA ANESTESIOLOGICA