

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE POSTOPERATORIO

A N E S T E S I A	REPARTO C.Clinica n° Data intervento Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F - Età Peso ASA Intervento Durata (:) Anestesia Invio in reparto ore (:) Analgesici a fine intervento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ore (:) Profilassi antiemetica <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Gastroprotezione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Altro <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	PRESCRIZIONI POSTOPERATORIE
	Pompa elastomerica <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (composizione:) Farmaco ad orario: Gastroprotezione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Antiemetici <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Antiallergici <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Altro <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	I N R E P A R T O

ANAGRAFICA PAZIENTE

Nome Cognome