

U.O.NEUROANESTESIA & T.I.Nch

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE
POLICLINICO LE SCOTTE - SIENA
tel. +39 0577 585228-067-279 fax +39 0577 586192

NOME _____

Età: _____ N°CF: _____

Diagnosi _____

Intervento _____

Chirurgo _____

Data OP _____ Rep.: _____

VISITA ANESTESIOLOGICA

Peso (Kg) _____

Altezza (cm) _____

ASA

ALLERGIE

ALTRE REAZIONI

Farmaci	Dosaggio	Frequenza	Ultima Assunzione
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			

ECG: _____

RXTorace: _____

Mallampati: _____

Fumatore _____

Alcool _____

Altro _____

PATOLOGICA ATTUALE:

PRECEDENTI INTERVENTI:

PRECEDENTI ANESTESIE:

PROBLEMI ANESTESIOLOGICI FAMILIARI:

ESAME FISICO

Stato Neurologico: _____

CardioCircolatorio: _____

Vie Aeree: _____

Torace: _____

Collo: _____

Denti: _____

Addome: _____

Estremità: _____

Derma: _____

Altro: _____

LABORATORIO

Hct: _____

Hb: _____

Plt: _____

Quick: _____

PTT: _____

Fibr.: _____

Creat: _____

ALT: _____

Altri: _____

AST: _____

T°C: _____

FC: _____

FR: _____

PAS/D: _____

SaO2:% _____

Altro: _____

CONSENSO INFORMATO: SI - NO

CONSENSO TRASFUSIONI: SI - NO

TRASFUSIONI INTRA-OP _____ RICHIESTE: SI - NO

PRENOTAZIONE: (*)T.I.Nch (*)RECOVERY ROOM (*)PARA-INTENSIVA (* cerchiare)

Note: _____

SISTEMI

(cerchiare i reperti positivi)

OSSERVAZIONI

Nascita: NSVD, c/SEC, FT, Peso_____.
Prematuro, Apnea, Bradicardia, IOT, BPD,
Ventilaz. Mecc., APGAR_____.

OTL/D/Ocul.: Febbre, Tracheite, Avuls. Dentarie, Escoriaz.,
Protesi Dentarie Mobili, Recenti Strept.,
Infezioni Or.Med., Sordità, Disfagia, Apnea,
Glaucoma, Cecità, Altro.

CardioCircolat.: Aritmie, Murmure, Difetti Congeniti, IMA, PMK,
BPAoC, Palpitazioni, Ipertens. Art., Farmaci
Cardiotossici. Altro.

Respiratorio: Asma, Bronchite, Polmonite, Croup,
Tracheostomia, TBC, Inalazione, Altro.

GenitoUrinario: IRA, IRC, Dialisi, Infez.Urinarie, Altro.

Epatico: Epatite, Cirrosi, Steatosi, Calc. Colec., Ittero.
Altro.

Neurologico: Epilessia, Flaccidità, Asimmetrie (S.d.L.), I.C.,
Idrocefalo, Mielodisplasia, ESA, ESD, MAV,
Traumi Cerebr., Altro.

GastroIntestin.: Reflusso GE, Diarrea, Costipaz., Vomito, Altro.

MuscoloScheletr.: Scoliosi, Miopatie, Fratture, Ipotonia, Altro.

Derma: Rash, Eczema, Eruzioni, Cicatrici, Emangiomi,
Altro.

Ematologico: SCD, Disordini Coagulaz., G6PD, Talassemia,
Trasfusioni precedenti, Anemia, Leucemia,
Linfoma, Altro.

Endocr./Metab.: Diabete, Iper/Ipo-Tiroid., Iperpl. Adren. Cong.,
Malatt. Metab. Cong., Altro.
Malatt. Metab. Cong., Altro.

PsicoSociale: Ritardo Sviluppo, Diffic. Apprendim., Autismo,
Altro.

Ostetr./Ginecol.: Data Ultimo CM:_____

Possibilità Gravidanza: SI NO

PROGRAMMA ANESTESIOLOGICO:

PRE-ANESTESIA:

DR. _____

(data)

(firma)