

HOJA DE VISITA Y VALORACIÓN PREANESTÉSICA

VISITA Y VALORACIÓN PREANESTÉSICA				
01 SIGNOS Y SINTOMAS	02 EDAD	03 TALLA	04 PESO	05 SEXO
06 DIAGNÓSTICO			07 OPERACIÓN PROPUESTA	
08 ANESTESIAS PREVIAS SÍ NO			09 RECIBE MEDICACIÓN SÍ NO	
10 HISTORIA FAMILIAR DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS SÍ NO			11 ALERGIAS SÍ NO	
HISTORIA PERSONAL DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS SÍ NO				
12 VÍA AÉREA / DIENTES /CABEZA Y CUELLO		13 MALLAMPATI I II III IV		13a PATIL más 6 cms. Menos 6 cms.
				13c CORMACK I II III IV
14 RESPIRATORIO		15 CARDIOVASCULAR, RIESGO		16 HEMATOLOGÍA
RX		EKG		Ht TP
TABACO TB.		FC TA		Hb TTP
Medicación:		Medicación:		TS Plaq.
17 SNC		18 SISTEMA ENDOCRINO		Grupo Sang. RH
Medicación:		Medicación:		GLICEMIA
20 DIGESTIVO		21 OSTEOMUSCULAR		HEMORRAGIAS SÍ NO
Medicación:		Medicación:		19 HEPATO-RENAL
22 SIGNOS VITALES PRE-ANESTÉSICOS		Medicación:		
23 ESTUDIOS ESPECIALES:		22 SIGNOS VITALES PRE-ANESTÉSICOS		
ELECTROLITOS		UROANÁLISIS		
Rx		ECO		
HIV		OTROS:		
24 MONITOREO ESPECIAL REQUERIDO		25 ASA	26 PRE-MEDICACIÓN	
		1		
		2		
		3		
		4	MÉDICO (r)	
27 PLAN ANESTÉSICO:		5	28 AUTORIZACIÓN del PACIENTE:	
		E		
VISITA Y CONTROL POSTANESTÉSICA - POSTOPERATORIO				
29 CONDICIONES DE INGRESO: FECHA: _____			30 CONDICIONES DE SALIDA	
<input type="checkbox"/> DESPIERTO <input type="checkbox"/> VENT. ESPONTÁNEA			ALTA: fecha _____ hora _____	
<input type="checkbox"/> SEDADO <input type="checkbox"/> CON TUBO ENDOTRAQUEAL			<input type="checkbox"/> HABITACIÓN <input type="checkbox"/> AMBULATORIO <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> REOPERACIÓN	
<input type="checkbox"/> NO RESPONDE <input type="checkbox"/> VENT. MECÁNICA			VIA AEREA _____ REFLEJOS _____	
CATETER PERIDURAL <input type="checkbox"/>			ESTADO MENTAL _____ SPO2 AIRE AMBIENTE <input type="checkbox"/>	
SIGNOS VITALES: TA _____ Fc _____ Fr _____ Temp _____			SIGNOS VITALES: TA _____ Fc _____ Fr _____ Temp _____	
COLOR PIEL: ROSADO _____ PALIDO _____ CIANOTICO _____			BROMAGE _____ ALDRETE _____	
FIRMA DR. _____ HORA _____			NOMBRE y FIRMA DR. _____	
TERAPIA DEL DOLOR CON: _____			MANTENIMIENTO HORA INICIO CAMBIO A:	
DOSIS CARGA: 1° 2°			REFUERZOS: 1° hora 2° hora	

RECORD DE ANESTESIA

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL																				
RECORD DE ANESTESIA					HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERT															
APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRES			# HISTORIA CLINICA													
FECHA	EDAD	SEXO	PESO KG.	ESTATURA	OCUPACION ACTUAL	SRVICIO	SALA	# DE CAMA												
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO					DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO															
OPERACION PROPUESTA					OPERACION REALIZADA															
MEDICO CIRUJANO					AYUDANTES			INSTRUMENTISTA												
MEDICO ANESTESIOLOGO					AYUDANTE MEDICO y/o TECNÓLOGO MEDICO				QUIRÓFANO											
REGISTRO TRANS-ANESTÉSICO																				
SIGNOLOGÍA: P.A. - <input type="checkbox"/> Inducción Anestesia <input type="checkbox"/> Fin Anestesia <input type="checkbox"/> Respiración Espontánea <input type="checkbox"/> Respiración Controlada <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Máscara de Oxígeno - MO2 Pulso <input type="checkbox"/> Inicio Operación <input checked="" type="checkbox"/> Fin Operación <input type="checkbox"/> Respiración Asistida <input type="checkbox"/> Saturación Oxígeno - % <input type="checkbox"/> Torniquete - T <input type="checkbox"/> Cámara Nasal Oxígeno - CNO2 MONITOREO: ECG <input type="checkbox"/> Etco2 <input type="checkbox"/> Oximetría <input type="checkbox"/> Estetoscopio Esofágico <input type="checkbox"/> Estimulador Nervio <input type="checkbox"/> Sonda Naso gástrica <input type="checkbox"/> Sonda Foley <input type="checkbox"/> Sonda Nelaton <input type="checkbox"/> Swan-Ganz <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> PA. No invasiva <input type="checkbox"/> PA. invasiva <input type="checkbox"/> Potenciales Evocados <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/>																				
	0	15	30	45	1	15	30	45	2	15	30	45	3	15	30	45	4	15	30	45
220 21 200 40° 19 180 38° 17 160 36° 15 140 34° 13 120 32° 11 100 30° 9 80 28° 7 60 26° 5 40 3 20 1 0																				
Clasificación Previa: <input type="checkbox"/>																				
Ag. Jefe de:																				
1			6				11								Duración Anestesia					
2			7				12								Hrs		Min.			
3			8				13								Duración Operación					
4			9				14								Hrs.		Min.			
5			10				15													
TÉCNICAS		TÉCNICAS		INFUSIONES				COMPLICACIONES												
General		Neuroaxiales																		
Sist. Abierto	Asepsia con:		Dextrosa cc.				HIPOTENSION ARRITMIAS													
Sist. Cerrado			Lactato Ringer cc.				DEPRESIÓN RESPIRATORIA													
Sist. Semi-Cerrado	Habón si no		Normosol cc.				NAÚSEAS VOMITOS													
Aparatos Usados		Técnica:		Sangre cc.				INTUBACIÓN DIFÍCIL												
Circular	Epidural		Expansores cc.				CONDUCTIVA INSUFICIENTE													
Vaivén	Espinal		Cloruro Sodio 0,9% cc.				LARINGOSPASMO													
Máscara	Combinada		TOTAL cc.				PARO CARDIACO													
Intubación		Simple		HEMORRAGIA cc. Aprox.				CAMBIO DE TÉCNICA												
Oral	Continua		BALANCE				NINGUNA COMPLICACIÓN													
Rápida	Caudal		APGAR				PUNCIÓN ACCIDENTAL DURAMADRE													
Tubo #	Altura Punción:		1 Min. 5 Min. 10 Min. F. Muerto				OTROS:													
Mang. Inflado cc	Punción Media						MONITOREO ESPECIAL - COMENTARIOS													
Taponamiento	Punción Lateral		DIURESIS cc.																	
Anest. Tópica	Aguja #																			
Anest. Transoral	Nivel		PCTE. SALE DEL QUIRÓFANO A:																	
Anestesia Local: si - no	Hiperbara						Firma del Anestesiólogo:													
B. Periférico: si - no	Posición Paciente:		Supervisado por:																	
			Hora:																	