

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 OSTEO MUSCULAR	HEMORRAGIAS SÍ NO	
Medicación:		Medicación:	19 HEPATO-RENAL	
22 SIGNOS VITALES PRE-ANESTÉSICOS		Medicación:		
23 ESTUDIOS ESPECIALES:		PA PULSO TEMP. F.R.		
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																					
190																					
180																					
170																					
160																					
150																					
140																					
130																					
120																					
110																					
100																					
90																					
80																					
70																					
60																					
50																					
40																					
30																					
20																					
10																					
0																					
Clasificación Preoperatoria: <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	VÓMITOS												
Aparatos Usados		Técnica:		Expansores				cc.													
Circular		Epidural		Cloruro Sodio 0,9%				cc.													
Vaivén		Espinal																			
Máscara		Combinada		TOTAL				cc.													
Intubación		Simple		HEMORRAGIA				cc. Aprox.													
Oral		Continua		BALANCE																	
Rápida		Caudal		APGAR				NINGUNA COMPLICACION													
1		Altura Punción:		1 Min.	5 Min.	10 Min.	F. Muerto	PUNCION ACCIDENTAL DURAMADRE													
2		Punción Media						OTROS:													
3		Punción Lateral		DIURESIS				cc.													
4		Aguja #		PCTE. SALE DEL QUIRÓFANO A:																	
5		Anest. Tópica																			
6		Anest. Transoral																			
7		Anestesia Local: si - no																			
8		B. Periférico: si - no																			
Posición Paciente:				Supervisado por:				Firma del Anestesiólogo:													
				Hora:																	