



AOU Sassari



A.D. MDLXII

UNITA' OPERATIVA _____

Direttore: _____

Scheda preoperatoria

Ricovero: Elezione Urgenza N° ADT _____ Data _____

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____

Intervento chirurgico _____

Lato Intervento	DX	SX	Contrassegno sito chirurgico	SI	NO (*)
-----------------	----	----	------------------------------	----	--------

Scheda Anestesiologica	SI	NO	Tricotomia	SI	NO
Consenso Informato	SI	NO	Smalto per unghie	SI	NO
Paziente digiuno	SI	NO	Doccia	SI	NO
Catetere Vescicale	SI	NO	Gioielli/Monili	SI	NO
CVC	SI	NO	Biancheria intima	SI	NO
Sondino naso-gastrico	SI	NO			
Presenza Pace-Makers	SI	NO	Specificare il tipo _____		
Rimozione protesi	SI	NO	Specificare il tipo _____		
Documentazione clinica : Esami radiologici	SI	NO	Cartella ricoveri precedenti	SI	NO
Preparazione intestinale	SI	NO	Farmaco _____	Esito: pos <input type="checkbox"/>	neg <input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/>
Sacche di sangue ritirate	SI	NO	Specificare n. _____		
Sacche di sangue da ritirare	SI	NO	Specificare n. _____		
Terapia somministrata	Farmaco _____	dose _____	ora _____		
Parametri preoperatori	P.A. _____	F.C. _____			
Preanestesia:	Praticata <input type="checkbox"/>	Farmaco _____	dose _____	ora _____	
	Non praticata <input type="checkbox"/>	specificare: non prescritta <input type="checkbox"/>	rifiuto <input type="checkbox"/>		
Profilassi antibiotica	SI	NO	farmaco _____	dose _____	ora _____
Profilassi antirombo.	SI	NO	farmaco _____	dose _____	ora _____

Note _____

Firma dell'infermiere che prepara il paziente _____

Firma dell'infermiere che accetta il paziente in sala _____ **ora** _____

(*) Raccomandazione Ministeriale n°3, marzo 2008 :

“Per la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura”.